



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE SOGAMOSO

Sogamoso, Septiembre diecinueve (19) de dos mil dieciocho (2018)

Referencia: Reparación directa
Radicado: 15238-33-39-751-2015-00191-00
Demandante: Viviana Carolina Álvarez y otros
Demandado: Nación – Min. Defensa y otros

1. ASUNTO

Corresponde al Despacho dictar sentencia de primera instancia para decidir de fondo la demanda que ha dado origen al proceso de la referencia.

2. PRETENSIONES

En ejercicio del medio de control de reparación directa consagrado en el artículo 140 del CPACA, las personas abajo relacionadas, a través de apoderado, mediante demanda presentada el 4 de Junio de 2015 (*fl.7-17*) subsanada (*fl.150-160*) solicitan que se declare administrativa, patrimonial, extracontractual y solidariamente responsable a la Nación - Ministerio de Defensa - Comando General del Ejército - Dirección de Sanidad, el Hospital Militar Central y la E.S.E Hospital Regional de Sogamoso, por los daños inmateriales estimados en 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada una, por los perjuicios ocasionados por cuenta de la deficiente prestación del servicio médico que ocasionó la muerte de la señora TERESA DE JESÚS ARGUELLO MONTAÑEZ, a saber:

- JOSÉ DE LOS ÁNGELES ÁLVAREZ PONGUTÁ (Cónyuge)
- VIVIANA CAROLINA ÁLVAREZ ARGUELLO (Hija)
- YUDI ANDREA ÁLVAREZ ARGUELLO (Hija)
- KARINA ÁLVAREZ ARGUELLO (Hija)
- JOSÉ DAVID ÁLVAREZ ARGUELLO (Hijo)

Se precisa que en la subsanación de demanda, no se incluye como demandante al señor MIGUEL ANGEL ÁLVAREZ ARGUELLO (Hijo), por cuanto no acredito que hubiere agotado el requisito de conciliación prejudicial (*fl.150-160*)

Además solicitasi que se ordene a pagar las costas y agencias en derecho que se llegaren a causar; que se cumpla la condena en los términos del Art.187, 188, 192, 193 y 195 del CPACA (*fls.151-152*).

3. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

Los supuestos fácticos que respaldan las pretensiones de la demanda se sintetizan de la siguiente manera:

Manifiesta que la señora TERESA DE JESÚS ARGUELLO MONTAÑEZ, nació el 29 de marzo de 1956, que el 29 de marzo de 1980 contrajo matrimonio con el señor José de los Ángeles Álvarez Pongutá y de dicha unión nacieron las siguientes personas: Yudi Andrea, Viviana Carolina, José David y Karina Álvarez Arguello (*sic*).

Precisa que la señora Teresa de Jesús Arguello era beneficiaria del servicio de salud de las Fuerzas Militares porque su esposo era militar retirado del Ejército Nacional, motivo por el cual el 18 de enero de 2013 acudió al Dispensario del Batallón No. 1 “Tarqui” porque presentaba debilidad y dolor de cabeza, sin embargo los galenos le informaron que no tenía nada, a pesar de acudió los días subsiguientes por la misma sintomatología.

Aduce que el 12 de febrero de 2013 la paciente ingresó al servicio de urgencias de la Clínica el Laguito donde se comunicaron con el Dispensario del Batallón Tarqui para informar lo reseñado por la señora Teresa de Jesús, a lo cual se dejó la siguiente constancia: *“se llama al sargento Aullon quien informa que la pte (sic) no amerita la urgencia. Si se siente muy mal dirigirse al dispensario”* reporte consignado en el Triage firmado por la Enfermera Jefe, Mónica Talero Barreto.

Sostiene que ante la persistencia de los síntomas, la paciente, el 14 de febrero de 2013 acudió al servicio de urgencias del Hospital Regional de Sogamoso, en donde se consignó *“se evidencia como primera opción delirium hiperactivo vs accidente isquémico transitorio”*, y posteriormente el 26 de febrero de 2013 el médico cirujano Carlos Martínez Rojas indica que la paciente presenta *“posible compromiso vascular en el cerebro”*.

Afirma la demanda que en valoración realizada el 13 de marzo de 2013 el médico neumólogo Cesar Medez Arce deja la duda en *“Demencia ACV” (accidente Cerebro Vascular o ataque cerebral)* y dispone el plan para descubrir la patología orgánica de la paciente y practicar la resonancia nuclear magnética para su valoración por neurología clínica.

Menciona que el 19 de marzo de 2013, los galenos dejaron consignada en la historia clínica que en el caso de la paciente, hay una encefalomiелitis en estudio y el 22 de marzo de 2013 se determina que requiere acompañamiento constante debido a su estado crítico de salud; posteriormente es remitida a la Clínica los Andes de Tunja permaneciendo hospitalizada 3 días y trasladada al Hospital Militar Central en Bogotá donde permaneció 22 días en cuidados intensivos.

Explica que durante febrero y marzo la familia Arguello Montañez gestionó la práctica de la Resonancia Nuclear Magnética ordenada a la paciente, pero el Hospital Militar indicó que no se podía practicar porque el dispositivo no servía.

La paciente Teresa de Jesús Arguello Montañez fallece el 9 de abril de 2013 en la unidad de cuidados intensivos, sin que dicha institución, ni Sanidad Militar, hubiesen desplegado una actividad diligente tendiente a proteger la salud de la paciente y establecer cuál era la patología que presentaba para evitar su deceso (fls.152-154).

4. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.** contestó la demanda dentro del término otorgado por el Despacho, oponiéndose a todas y cada una de las pretensiones señaladas en el libelo introductorio (fls.192-217).

Manifestó que la ESE en todo momento brindó a la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez la atención médica y quirúrgica de acuerdo a la patología que presentaba, siguiendo los protocolos y procedimientos establecidos para el efecto, por tal motivo en sentir de la entidad demandada las complicaciones presentadas por la paciente con posterioridad a la atención brindada en el hospital no obedece de manera alguna al tratamiento médico que se le brindó en el Hospital Regional de Sogamoso.

Precisa que se dio la salida con recomendaciones y signos de alarma, sin embargo la paciente no volvió, pero añade que los resultados de los exámenes de TAC y demás practicados, junto con la evolución favorable, no demostraban complicaciones u otro tipo de enfermedades distintas a las diagnosticadas. Aclara que duró hospitalizada entre el 14 y 17 de febrero de 2013 y que los médicos Carlos Martínez Rojas y Cesar Mendez Arce, no prestaron servicios médicos al Hospital Regional de Sogamoso.

Resalta que los hechos se originaron por culpa exclusiva de la víctima, pues la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, no consultó en el Hospital Regional de Sogamoso de acuerdo a las recomendaciones, si presentaba síntomas de alarma, ni asistió a la cita programada para control 20 días después de la alta médica (fls.201-202).

Propone las siguientes excepciones:

1.- *Falta de causa para promover la acción*: Indica que no se demostró la verdadera causa que originó el fallecimiento porque el hecho provino por fuerza mayor o caso fortuito, situación insalvable para los médicos tratantes, aunada a la culpa exclusiva de la víctima al no consultar en el Hospital Regional de Sogamoso si presentaba síntomas de alarma y asistir a la cita de control programada 20 días después de la salida del centro hospitalario (fls. 214-215).

2.- *Falta de causa petendi*: Señala que el actor no puede de manera arbitraria enmarcar las peticiones de la demanda para que válidamente se llegue a formar el vínculo procesal (fls. 215) y la *Excepción genérica* (fls. 215).

La apoderada de la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL** en su escrito de contestación (fls.273-274) se opuso a la prosperidad de las pretensiones, aduciendo que no existió ninguna actuación irregular e irresponsable en la atención que se le prestó a la paciente en el Dispensario Médico del Batallón Tarquí de Sogamoso, pues el equipo médico realizó el diagnostico pertinente de acuerdo a la amnesis, antecedentes y examen físico practicado a la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, por lo que concluye que no es responsable de los hechos que se la acusan, dado que la atención no desencadenó el hecho dañoso alegado por los demandantes y en el plenario no se probó científicamente cual fue la causa que originó el deceso de la paciente, máxime si se tiene en cuenta que no existe necropsia practicada al cuerpo de la víctima.

Formuló como excepción la *culpa exclusiva de la víctima* explicando que los familiares de la causante colocaron en peligro la salud de la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, al no llevarla a un centro hospitalario días antes a la fecha de su fallecimiento, constituyendo su actuar omisivo o negligente en la causa adecuada en la producción del daño.

El **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** contestó la demanda (fls. 303-309) oponiéndose a la totalidad de las pretensiones, indicando que de conformidad con la historia clínica de la paciente se evidencian varios factores que demuestran que el fallecimiento era inevitable y que las actuaciones desplegadas por el Hospital Militar Central no fueron la causa del mismo porque la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez antes de ingresar al centro hospitalario venía con un cuadro patológico de varios días siendo atendida en varias entidades de salud y que la paciente acudió y aplicó tratamientos no convencionales que complicaron su estado de salud.

Precisa que no existe prueba que demuestre que antes, ni después del 18 de marzo de 2013, se haya solicitado al Hospital Militar, la práctica de la resonancia nuclear, agrega que la conducta médica a seguir fue otra, dadas las condiciones de la paciente, sin embargo cuando se decidió practicar la resonancia, ésta no se realizó en atención

al estado neurológico de la paciente, aunado al hecho de que las condiciones patológicas variaron y fueron determinantes para no realizar este examen por ser contraproducente, por lo tanto se asumió otra conducta médica. Agrega que en el evento que se hubiere practicado la resonancia, el resultado no se habría modificado.

Propuso como excepciones:

1.- *Inexistencia de un nexo causal entre la conducta desplegada por el Hospital Militar Central y el fallecimiento de la señora Teresa de Jesús Arguello.* Asegura que era inevitable el lamentable desenlace y que las actuaciones desplegadas por el centro hospitalario no fueron la causa de la muerte, porque venía con un cuadro patológico de varios días siendo atendida por diferentes instituciones y la paciente acudió y aplicó tratamientos no convencionales aceptados por la literatura médica (fls. 308).

2.- *Inexistencia de presupuestos fácticos y jurídicos para demandar en acción de reparación directa.* Sostiene que no incurrió en falla del servicio porque actuó con prudencia, pericia, diligencia y cumplimiento de protocolos en la atención (fl. 308).

3.- *La general e innominada.*

La llamada en Garantía, **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, indica en su contestación (fls. 521-527) que a la paciente se le garantizó su derecho a la salud durante su estadía en el Hospital Militar Central, tiempo durante el cual se le brindó atención médica en forma oportuna y estuvo bajo continua valoración por parte de los galenos, por consiguiente consideró que dentro del plenario hay ausencia total de elementos que permitan establecer que la atención suministrada fue culposa o careció de diligencia o cuidado; ya que la atención fue acorde con las condiciones en la que ingresó, aunado al hecho que la obligación de los profesionales de la salud, por regla general, es de medio y no de resultado, esto quiere decir, que el personal médico debe desplegar todos sus conocimientos pericia incluyendo los elementos propios de la prudencia, sin que a estos pueda imputársele el resultado favorable o adverso propio del padecimiento de cada paciente.

Formuló como excepciones:

1. *Ausencia de responsabilidad por inexistencia de nexo de causalidad de la atención médica y la muerte de la paciente.* Aduce que dentro del material probatorio hay ausencia total de elementos que permitan establecer que la atención suministrada dentro del Hospital Militar fue culposa o careció de diligencia y cuidado (fls. 525-526).

2. *Obligación de medio y no de resultado.* Sostiene que el personal médico debe desplegar todos sus conocimientos y pericia incluyendo los elementos propios de la prudencia, sin que a estos pueda imputársele el resultado favorable o adverso del padecimiento de cada paciente (fls. 527).

Frente a la **contestación del llamamiento en garantía**, indica que en el contrato de seguro, se relacionan los eventos generadores de responsabilidad para que sean objeto de cobertura los cuales deben ser reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza de seguro, ya que la cobertura se delimita a que esta notificación o reclamo se haga en la vigencia otorgada, por tal motivo para el 1º de diciembre de 2014 fecha en la cual se solicitó audiencia de conciliación ante la Procuraduría General de la Nación con el Hospital Militar Central, la póliza no se encontraba vigente, quedando los hechos objeto de litigio excluidos de todo amparo.

Por otro lado propuso como excepciones:

1. *Ausencia de cobertura para la póliza 1005679 por ser esta de modalidad reclamación.* Afirma que según la modalidad *claims made* pactada entre los contratantes para el presente contrato de seguro, al momento de la reclamación no existía póliza vigente, quedando los hechos objeto de litigio excluidos de amparo, por lo que la compañía de seguros esta eximida del pago del valor reclamado (fls. 535-539).

2. *Ausencia de cobertura para la póliza 1006016 por ser esta de modalidad reclamación.* Señala que se estructuró la exclusión de responsabilidad de la aseguradora, teniendo en cuenta que según la modalidad *claims made*, pactada entre las partes para el presente contrato de seguro, al momento de la reclamación no existía póliza vigente, quedando los hechos objeto de litigio excluidos de todo amparo, por lo que la campaña de seguros esta eximida del pago del valor reclamado (fls. 534-542).

3. *Límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado.* Sostiene que en el evento de una condena, la aseguradora no está obligada a pagar más allá del valor asegurado, con los respectivos sub-límites y deducibles, siendo este el límite máximo de responsabilidad por el que responderá la Previsora (fls.542).

4. *Deducible pactado en el contrato de seguro.* Explica que ante una hipotética condena se debe descontar el deducible que se pactó en el contrato de seguro que debe ser asumido por el asegurado (fls. 542-545).

5. *Sub-límite de la indemnización por perjuicios extrapatrimoniales.* Argumenta que se debe tener en cuenta los sub-límites pactados para la indemnización de perjuicios extrapatrimoniales pactados en la póliza 1006016 y 1005679 (fls. 543).

5. TRAMITE PROCESAL

La demanda fue presentada el 4 de junio de 2015 (fl.143), siendo inadmitida por auto del 30 de junio de 2015 (fls.145-146); subsanados los yerros, se admite la demanda por auto del 6 de agosto de 2015 (fl.162); por auto del 14 de octubre de 2016 (fls. 299-301) se declaró la nulidad de todo lo actuado a partir de la notificación efectuada al Hospital Militar Central y por auto del 27 de marzo de 2017 (fls.510-511) se aceptó la solicitud de llamamiento en garantía de la Previsora S.A. Compañía de Seguros, elevada por el Hospital Militar Central

Por auto del 24 de julio de 2017 se fijó fecha para la audiencia inicial (fl.551) la cual se realiza el 25 de agosto de 2017 (fls.554-559) en la que se agotan las etapas del Art. 180 del CPACA, mientras que la audiencia de pruebas se realiza el 3 de noviembre de 2017 (fls.711-715) siendo continuada el 6 de abril de 2018, en la que se dispuso prescindir de la audiencia de alegaciones y juzgamiento y correr traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para rendir concepto (fls. 757-460).

6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La **PARTE DEMANDANTE** alegó de conclusión (fls.773-783) fortaleciendo lo expuesto en el escrito de demanda. Después de citar lineamientos jurisprudenciales y elementos probatorios, señaló que la paciente y sus familiares estuvieron atentos en la evolución de su estado de salud, en medio de la incertidumbre ante la desmejora de los síntomas, y la negación de los servicios en la Clínica El Laguito, propiciada por el Dispensario del Batallón Tarquí”.

Manifestó que la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez fue sujeta a varios diagnósticos presuntivos diferentes motivo por el cual se debía adelantar la resonancia

magnética nuclear para confirmar la patología que realmente padecía a efectos de determinar su etiología y tratamiento.

El **HOSPITAL MILITAR CENTRAL** presentó alegatos de conclusión (*ffs. 768-774*) reafirmando la contestación de la demanda, adicional a ello y después de realizar un recuento de la historia clínica de la paciente y las pruebas recaudados en el trámite procesal, concluyó que no existió falla en la prestación del servicio de salud por parte del Hospital Militar Central y se demostró que la asistencia brindada fue oportuna, adecuada y eficiente. Indicó que no se practicó la resonancia magnética nuclear porque la paciente se encontraba en un estado de alteración “agitación psicomotora” por lo que se ordenó una resonancia bajo anestesia que no se realizó por el fallecimiento de la paciente. Finalmente solicitó que se negara la tacha a los testigos efectuada por el apoderado de la parte demandante.

El **HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.** presentó alegatos sin realizar cambios sustanciales a los expuestos en la contestación de la demanda (*ffs. 790-796*). Agregó que no se ordenó la práctica de la resonancia magnética nuclear porque la paciente no lo ameritaba de acuerdo a su estado de salud, pues los resultados del TAC eran normales y la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez evolucionó neurológicamente bien durante su estadía en el centro hospitalario. Por otro lado mencionó que la paciente acudió a productos homeopáticos influyendo de manera negativa al diagnosticar las patologías que padecía y que la paciente presentaba una lesión degenerativa a nivel cerebral que tenía un mal pronóstico, incluso antes de consulta en el Hospital Regional de Sogamoso.

El **MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL** alegó alegaciones finales (*ffs. 798-800*), precisando que la actividad medica es de medio y no de resultado y que se atendió y remitió a la paciente en las condiciones permitidas por el servicio, ya que los Dispensarios médicos de las unidades militares, no tienen la infraestructura adecuada para atender casos de alta complejidad, por tal motivo se suscriben contratos con entidades para brindar la atención medica requerida por los afiliados y beneficiarios.

La **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** alegó de conclusión (*fl. 765-767*) ratificando los argumentos de la contestación de la demanda y del llamamiento en garantía. Afirmó que existe ausencia de responsabilidad por inexistencia de nexo de causalidad entre la atención médica brindada por el Hospital Militar Central y la muerte de la paciente Teresa de Jesús Arguello Montañez. Por otro lado señaló que de acuerdo a las pruebas obrantes en el proceso, se configura ausencia de cobertura para las pólizas 1005679 y 1006016 porque se pactaron bajo la modalidad reclamación o *claims made*, aunado al hecho de que se estipularon unos límites, sub-límites y deducibles que se deben tener en cuenta al momento de proferir sentencia.

7. PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico que se debe resolver se contrae a determinar las entidades demandadas son responsables administrativa y patrimonialmente de forma solidaria, a título de falla probada del servicio, por los perjuicios inmateriales derivados del fallecimiento de la señora TERESA DE JESÚS ARGUELLO MONTAÑEZ, a quien se le brindó atención médica en el Dispensario del Batallón de Artillería Tarquí No. 1, el Hospital Regional de Sogamoso y el Hospital Militar Central, durante el periodo comprendido entre el 18 de enero hasta el 9 de abril de 2013, respecto de la cual se señala fue prestado de manera deficiente y tardía, en la medida que no se estableció la patología que sufría la paciente, ni se le practicó la resonancia nuclear magnética ordenada por el médico tratante.

Surge un segundo problema jurídico asociado en caso que se establezca la existencia de una falla en la prestación del servicio médico y hospitalario, que se circunscribe a determinar si es suficiente para imputar el daño a las entidades demandadas.

8. LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución Política, el Estado tiene el deber de responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, norma que le sirve de fundamento al artículo 140 del CPACA que consagra el medio de control de reparación directa, cuyo ejercicio dio origen al presente proceso y que establece la posibilidad que tiene el interesado de demandar la reparación del daño cuando su causa sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra.

Ahora bien, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud¹, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva; es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica y hospitalaria, de suerte que, en términos generales, es carga del demandante acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este².

La Alta Corporación ha señalado³ que en tratándose de la defectuosa prestación del servicio médico, el daño no siempre consiste en la afectación física o de las condiciones de salud del paciente, las que en no poco eventos ya resultan afectadas o en riesgo con ocasión de la patología que determina al paciente a acudir en procura de atención médica o como consecuencia inherente al tratamiento indicado. En tales eventos, lo que se reprocha a título de daño no es la pérdida de la salud o eventualmente de la vida del afectado, sino la pérdida de la oportunidad de recuperación, esto es, que se prive al paciente del tratamiento idóneo que en condiciones acordes con la *lex artis* le hubiera generado una mayor probabilidad de éxito frente a su enfermedad.

Bajo este entendido, en la pérdida de oportunidad el daño antijurídico no deriva del hecho mismo de la lesión física, de la secuela fisiológica o la muerte, sino del hecho consistente en que se prive al paciente del suministro del tratamiento o cuidado disponible que mayor beneficio le pueda reportar o que traiga aparejadas las mayores posibilidades de recuperación.

Asimismo el Alto Tribunal considera⁴ que el fundamento de la pérdida de oportunidad como daño autónomo, cuenta con dos componentes, uno de certeza y otro de incertidumbre: el primero, se predica respecto de la existencia de la expectativa, toda

¹ Es pertinente poner de presente que en reciente pronunciamiento, la Sección Tercera del Consejo de Estado en pleno señaló que, así como la Constitución Política de 1991 no privilegió ningún régimen de responsabilidad extracontractual en particular, tampoco podía la jurisprudencia establecer un único título de imputación a aplicar a eventos que guarden ciertas semejanzas fácticas entre sí, ya que este puede variar en consideración a las circunstancias particulares acreditadas dentro del proceso y a los parámetros o criterios jurídicos que el juez estime relevantes dentro del marco de su argumentación. Es decir, no todos los casos en los que se discuta la responsabilidad del Estado por daños derivados de un supuesto de hecho que guarde semejanzas deberán resolverse de la misma forma pues, se insiste, el juez puede –en cada caso concreto- válidamente considerar que existen razones, tanto jurídicas como fácticas, que justifican la aplicación de un título o una motivación diferente. Ver: Consejo de Estado, S.C.A., Sección Tercera, Sala Plena, sentencia de 19 de abril de 2012, exp. 21515, C.P. Hernán Andrade Rincón, reiterada en la sentencia de 23 de agosto de 2012, exp. 23219, del mismo ponente.

² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 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.

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de febrero de 2018, Radicado No. 05001-23-31-000-2004-04779-01(40890), Consejero Ponente: Doctor Ramiro Pazos Guerrero

⁴ Ibidem.

vez que esta debe ser cierta y razonable, al igual que respecto a la privación de la misma, pues en caso de no haber intervenido el hecho dañino infligido por el tercero, la víctima habría conservado incólume la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar un menoscabo; y, el segundo, respecto a la ganancia esperada o el perjuicio que se busca evitar, pues no se sabe a ciencia cierta si se hubiera alcanzado o evitado de no haberse extinguido la oportunidad. Y es frente al primer componente que la pérdida de oportunidad cimienta no solo el carácter cierto y actual del daño sino que es el eje sobre el que rota la reparación proveniente de la lesión antijurídica a una expectativa legítima.

- **Elementos del daño de pérdida de oportunidad**

La Sección Tercera del Consejo de Estado, en sentencia del 11 de agosto de 2010⁵, determinó los requisitos para estructurar el daño de la pérdida de oportunidad, así:

i) Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde; ii) imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; y iii) la víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado.

En atención al precedente antes citado, el Consejo de Estado realizó las siguientes precisiones a efectos de reordenar los elementos constitutivos del daño de pérdida de oportunidad:

“Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado. *En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el requisito de la “aleatoriedad” del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción⁶.*

En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593. Reiteración en sentencia del 30 de enero de 2013, rad. 23769, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁶ A propósito de la pertinencia de este elemento, la doctrina nacional ha señalado: “El requisito de la “aleatoriedad” del resultado esperado es el primer elemento que debe establecerse cuando se estudia un evento de pérdida de la oportunidad. Este requisito constituye un elemento sine qua non frente a este tipo de eventos, lo que explica que sea, tal vez, la única característica estudiada con cierta profundidad por la doctrina. // Para comenzar el estudio de este requisito es prudente comprender el significado del concepto “aleatorio”, el cual, según la definición dada en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se utiliza para referirse a algo que depende de un evento fortuito (...). Esta condición de la ocurrencia de eventos futuros es trasladada al campo de la pérdida de la oportunidad, campo en el que, como se ha indicado, la materialización del beneficio esperado es siempre incierta debido a que la misma pende para su configuración del acaecimiento de situaciones fortuitas, de un alea, que, como tal, no permite saber si lo esperado se va a producir o no. Es por ello que la persona efectivamente sólo tiene una esperanza en que dicha situación se produzca, para obtener así ese beneficio o evitar la pérdida. Incluso, para algunos autores, el alea es una característica de hecho de la noción de la pérdida de la oportunidad, de tal manera que la víctima debe estar en una posición donde sólo tiene unas esperanzas para obtener lo que buscaba. // Ahora bien, ese alea o evento fortuito del cual depende la ventaja esperada está representado en la verificación de múltiples factores que pueden llevar a la realización de esa esperanza. Así sucede en el caso de un enfermo que tiene una mera expectativa de recuperar su salud, lo cual no sólo va a depender de un tratamiento adecuado sino también de su respuesta al mismo, de su idiosincrasia, de un evento de la naturaleza, etc., motivo por el cual, y a pesar de que reciba un tratamiento adecuado, no se podrá afirmar con certeza si el resultado se habría o no conseguido (...). Debe, entonces, verificarse, en todos los eventos que se pretenda estudiar como supuestos de pérdida de pérdida de la oportunidad, si la ventaja esperada dependía de un evento fortuito, esto es, si pendía de un alea, pues en caso contrario no podrá seguirse con el estudio de los otros elementos de la figura, en atención a que no se tratará de un caso de pérdida de la oportunidad”. GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe *La Pérdida de la Oportunidad en la Responsabilidad Civil. Su Aplicación en el Campo de la Responsabilidad Civil Médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, pp. 55 y 60.

Certeza de la existencia de una oportunidad. En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de “una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente”⁷ de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente⁸.

Pérdida definitiva de la oportunidad. En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio -material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual⁹; dicho de otro modo, si bien se mantiene incólume la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el “chance” aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar.

Atendiendo lo previamente expuesto, es pertinente concluir que el sub-examine será estudiado bajo los parámetros de la falla probada en el servicio, de ahí que para la prosperidad de las pretensiones, se deben encontrar plenamente acreditados todos los elementos de la responsabilidad, a saber, el daño, la falla del servicio, y finalmente el nexo de causalidad, sin que haya lugar a presumirlos.

9. DE LA EXISTENCIA Y DEMOSTRACIÓN DEL DAÑO

El daño antijurídico es el elemento indispensable para la configuración de la responsabilidad del Estado, el cual tiene su origen prístino en la Constitución Política de 1991, también lo es, que la Carta no lo define en forma expresa, por lo que dicho concepto resulta ser particularmente indeterminado, de ahí que la definición más próxima ha sido elaborada a nivel jurisprudencial, entendiéndolo como aquel perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo, es decir, es el menoscabo de las facultades jurídicas para disfrutar de un bien, ya sea patrimonial o extra-patrimonial.

En palabras textuales del Consejo de Estado,

⁷ TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance. Presupuestos. Determinación. Cuantificación*, Astrea, Buenos Aires, 2008, pp. 38-39. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁸ “[L]a chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o esa chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésta no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta”: MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ TAMAYO, Catalina, *Responsabilidad civil extracontractual*, Temis, Bogotá, 2003, p. 260. Por otra parte Trigo Represas señala que “[E]n efecto, si la chance aparece no sólo como posible, sino como de muy probable y de efectiva ocurrencia, de no darse el hecho dañoso, entonces sí constituye un supuesto de daño resarcible, debiendo ser cuantificada en cuanto a la posibilidad de su realización y no al monto total reclamado. // La pérdida de chance es, pues, un daño cierto en grado de probabilidad; tal probabilidad es cierta y es lo que, por lo tanto, se indemniza (...) cuando implica una probabilidad suficiente de beneficio económico que resulta frustrada por el responsable, pudiendo valorársela en sí misma con prescindencia del resultado final incierto, en su intrínseco valor económico de probabilidad”: TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 263. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁹ A este respecto, la doctrina colombiana presenta este presupuesto en los siguientes términos: “La imposibilidad de obtener la ventaja esperada es un (sic) característica sin la cual no puede solicitarse una indemnización por “pérdida de la oportunidad”, por lo cual tanto la jurisprudencia y (sic) como la doctrina acogen esta exigencia sin ningún tipo de discusión. // Ello es así por cuanto si todavía el resultado esperado puede ser alcanzado, la oportunidad no estaría perdida y, en consecuencia, no habría nada que indemnizar. (...) Pensar de manera diferente sería tanto como admitir que una persona que sigue viva y puede aún ser curada por su médico pudiese demandar a un profesional sobre el supuesto de haber perdido la posibilidad de sobrevivir; o el cliente que todavía tiene la posibilidad de que su abogado presente un recurso judicial para hacer efectivos sus derechos, solicitara la indemnización por la pérdida del proceso judicial. Estas situaciones contrastan con el sentido final de la aplicación de esta figura e irían en contravía del principio que exige la existencia de un daño para poder reclamar una reparación.//No hay necesidad de hacer mayores elucubraciones para dar por sentado que la característica analizada debe ser corroborada en todos los procesos en los que se solicita la reparación de la pérdida de una oportunidad”: GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe *La Pérdida de la Oportunidad en la Responsabilidad Civil. Su Aplicación en el Campo de la Responsabilidad Civil Médica*, Universidad Externado de Colombia, 2011, p. 71 y 72.

“[el daño] consiste en la pérdida, deterioro, afectación o vulneración de un derecho subjetivo o de cualquier otro interés jurídico, que si resultan atribuibles a la administración generan la obligación de indemnizar.”¹⁰

Valiéndose de diferentes posiciones doctrinales, el Consejo de Estado ha sido reiterativo en advertir que el daño, a más de ser el primer elemento de la responsabilidad del Estado -como es obvio-, es un elemento imprescindible para la configuración de ésta, de tal suerte que *“sin él, no hay lugar a declararla, por lo que en su ausencia, resulta inoficioso verificar si se halla o no demostrada la imputación del daño a la entidad demandada.”¹¹*

En el caso concreto, el daño inmaterial reclamado deviene de las pruebas arrojadas, en primer lugar se establece que conforme a la copia del registro civil de defunción con indicativo serial 07454668 quedó probada la muerte de la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, el 9 de abril de 2013 (fls.23), lo que, de conformidad con las circunstancias alegadas en la demanda puede considerarse un daño antijurídico, que se genera a sus familiares demandantes, el cual deviene del vínculo matrimonial con el primer demandante, y por otra parte respecto de sus hijos demandantes, quienes se encuentran en primer grado de consanguinidad, que unía a los demandantes con la occisa quien ostentaba la calidad de esposa y madre respectivamente, circunstancia (fallecimiento) que menoscaba un bien jurídicamente tutelado por el legislador, del cual se derivan los perjuicios cuyo resarcimiento se pretende en este caso.

Demostrado el daño, se debe establecer si existe o no vínculo causal entre el daño alegado en la demanda y la atención médica prestada en las entidades demandadas a la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez con el fin de determinar si se configuró una falla en el servicio médico o, eventualmente, que se reúnen las condiciones que configuran una pérdida de oportunidad.

10. DEL JUICIO DE IMPUTACIÓN.

Ahora, que el daño esté debidamente probado, ello no implica que la imputación de la responsabilidad del Estado lo esté, es pues menester del juzgador comprobar, a más de la antijuricidad del daño, la imputabilidad del mismo al Estado. La Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado al unificar la jurisprudencia en las sentencias de 19 de abril de 2012¹² y de 23 de agosto de 2012¹³ precisó que según lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución, la cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento no sólo la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, sino que requiere la imputación del mismo a la administración pública, tanto por la acción, como por omisión de un deber normativo.

Es así que, aun en eventos en los cuales esté demostrada la existencia de un daño antijurídico, no se declare la responsabilidad de la entidad o entidades demandadas, ya sea porque se acredite que no hubo falla del servicio o, habiéndose configurado, si logran romper el nexo causal, mediante la acreditación de una causa extraña como el hecho exclusivo y determinante de la víctima.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 30 de enero de 2012, CP Stella Conto Díaz Del Castillo. Ref. No. 1999-00964-01(23017)

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de febrero 3 de 2010, MP, Ruth Stella Correa, Ref. 1998-00088-01 (18425)

¹² CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, sentencia de 19 de abril de 2012, CP. Dr. Hernán Andrade Rincón, Exp. 21515.

¹³ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, sentencia de 23 de agosto de 2012, CP. Dr. Hernán Andrade Rincón; Exp. 23492.

La imputabilidad es la atribución jurídica que se le hace al Estado, del daño antijurídico padecido y por el que en principio estaría en la obligación de responder; que de existir en el caso bajo estudio, se concretaría bajo el título de imputación de falla en el servicio.

Ene te orden, es menester examinar si en el caso concreto, el daño es imputable a las entidades demandadas, se realiza el recuento de las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon el fallecimiento de la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, para lo cual se acude a una metodología de orden cronológico.

En primer lugar se conoce que durante los días 18, 21 de enero y 5 de febrero de 2013 a la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, se le practican diferentes análisis de sedimento urinario en el laboratorio clínico del Dispensario Médico Batallón de Artillería Tarquí, entre otros exámenes, tal como obra en los respectivos registros de resultado (fl. 129-132)

El 12 de febrero de 2013, la paciente Arguello ingresa a la Clínica El Laguito S.A. según su historia clínica (fl. 133 y 141) “*reporte de triage*” con síntomas de “*dolor de cabeza se le olvidan las cosas por orden del sargento Aullon él dice que no es urgencia y si se siente mal que se dirija al Dispensario glucometria: 121 mg/dl*” Observaciones “*ANT Hipertensa*”.

El 14 de febrero de 2013, es atendida por el servicio de urgencias del Hospital Regional de Sogamoso, permaneciendo hospitalizada hasta el día 17 de febrero de 2013, como señala la Epicrisis (fl.42) de la paciente se le prestó la atención medica en los siguientes términos:

“paciente remitida de consulta externa Dr. Rodríguez por cuadro de dos días de evolución consistente en conductas inapropiadas y desorientación asociado a cifras tensionales elevadas. Se hospitaliza por medicina, se inicio manejo antihipertensivo por cifras tensionales elevadas (190/100), se considera posibilidad en accidente cerebro vascular por lo que se solicita TAC.

15/feb/2013 Paciente persiste desorientada, con algunas conductas inapropiadas, no obedece órdenes, se recibe reporte de paraclínico, los cuales se encuentran normales. TAC normal.

16/17/feb/2013 Paciente presenta mejoría de su cuadro clínico mejor orientada, sin focalización neurológica, sin hallazgos patológicos al examen físico, se documenta que la paciente venía recibiendo tratamiento para infección de vías urinarias ambulatoriamente, se toma (...) el cual es normal.

*Se considera como primera opción delirium hiperactivo vs accidente isquémico transitorio. Se debe realizar una valoración ambulatoria con neurología para descartar posible demencia vascular. Se descarta emergencia hipertensiva órgano blanco cerebral por hallazgos en tomografía. Se considera dar salida con recomendaciones generales y signos de alarma para reconsulta. **Cita en 20 días.**” (...) (fls. 42 y vlt)*

El mismo día del ingreso 14 de Febrero de 2013, en dicho Hospital y por cuenta de la sociedad MULTI IMÁGENES SAS, se le practicó una *tomografía computarizada de cráneo simple -TAC (fl.92)* el cual arrojó los siguientes resultados:

(...)

HALLAZGOS:

La morfología, los coeficientes de atenuación y la diferenciación cortico subcortical de los parénquimas cerebrales son satisfactorios.

El sistema ventricular se localiza en la línea media es de forma y tamaño normales.

No hay evidencia de masas, ni colecciones intra o extraaxiales.

El espacio subaracnoideo y las cisternas de la base presentan amplitud normal para la edad del paciente.

Núcleos de la base, tallo cerebral y estructuras de fosa posterior sin alteraciones.

Las estructuras óseas de la base del cráneo y la calota son de aspecto usual.

OPINION:

ESCANOGRAFIA CEREBRAL SIMPLE DENTRO DE LÍMITES NORMALES”

Ahora bien, durante los días 14, 15, 16 de febrero de 2013, durante su internación en el centro hospitalario, se le practicaron diferentes exámenes consistentes en TSH, T3, T4, T4 libre, prolactina, triglicéridos, colesterol, urocultivo, como demuestran los respectivos resultados de laboratorio clínico (fls. 230-241), además se realiza valoración neurológica (fl. 242), se le suministran medicamentos (fl. 243), le toman signos vitales (fls. 244).

El 17 de febrero de 2013, el médico Jorge Luis Salcedo Vargas adscrito al Hospital Regional de Sogamoso, ordena que a la paciente se le practique un *urocultivo*, 5 días después de finalizar el antibiótico y le da orden para control por consulta externa en 20 días, junto con el resultado del urocultivo (fls. 137-138).

Posteriormente el 26 de febrero de 2013, la paciente acude a consulta en la institución de bioterapia denominada Biosalud IPS, siendo atendida por el médico Gonzalo Guarín Vivas, quien le formula: *ozono, acónito-arnica, tribulax x 24 viales, amazing tab. masticable, neurexan tabletas* y le ordena control en 15 días, según consta en la respectiva fórmula (fl.93), medicamentos que fueron adquiridos en esa misma IPS, como señalan las facturas de venta (fl.94-97).

Según orden de servicios No. 3200110 del 6 de marzo de 2013 emitida por la Dirección de Sanidad del Ejército, se ordenó que la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez fuera valorada por Neurología en la Clínica Valle del Sol, para lo cual se expidió la factura No. 48000 el 10 de marzo de 2013 y la orden por cita prioritaria de medicina interna tal como consta en los respectivos documentos (fls. 110, 721-723).

El 10 de marzo de 2013, fue atendida por el Médico Internista – Neumólogo Cesar Méndez, adscrito a la Clínica Valle del Sol, quien indica en la hoja de evolución de especialistas (fls. 102 y vltto) que la paciente lleva mes y medio de evolución consistente en pérdida de memoria, que estuvo hospitalizada en el Hospital Regional de Sogamoso durante 4 días donde le practicaron un TAC que salió normal y le ordenaron salida; que se encuentra consciente, desorientada en tiempo, personas y lugar; en cuanto al posible diagnóstico relacionó *demencia, (...) esquizofrenia*, plan a seguir descubrir patología y ordena: *Resonancia nuclear magnética, TSH, (...)* y valoración urgente por neurología clínica.

Al día siguiente, el 11 de marzo de 2013, en el Dispensario del Batallón de Artillería No. 1 Tarquí, se realiza la transcripción de la orden del Médico Internista y se ordena la remisión de la señora Teresa Arguello, al Hospital Militar Central, para que se practique la Resonancia Nuclear Magnética con diagnóstico presuntivo entre demencia y ACV, como constata el respectivo documento (fls. 100).

El 14 de marzo de 2013, la paciente ingresa al servicio de urgencias de la Clínica de los Andes IPS, por remisión de consulta externa de neurología, ante sospecha de neuroinfección vs hidrocefalia de presión normal (fls.601-603), luego el 15 de marzo de 2013, teniendo en cuenta el deterioro cognitivo progresivo desde hacía tres meses, que el TAC cerebral es normal y ante sospecha clínica, se decide hospitalizarla para estudios de extensión; en dicho centro, le toman *punción lumbar* sin evidenciar signos de infección, se descarta *neuroinfección bacteriana o viral* que condicione el cuadro de la paciente por presencia de *LCR hipertensivo*, sin evidencia de *meningitis*. Se hospitaliza por neurología para estudio de posible *hidrocefalia de presión normal*, según reseña la historia clínica de esa institución (fls.584).

El 16 de marzo de 2013 y según los exámenes practicados, se solicita la práctica de *IRM cerebral simple y contrastada* para definir la conducta quirúrgica. El 17 de marzo de 2013 se encuentra clínicamente estable, sin deterioro neurológico, no SIRS desorientada en espacio y tiempo de manera ocasional y a la espera de Resonancia Cerebral para definir el manejo, finalmente el 18 de marzo de 2013 se espera la

ambulancia para efectuar el traslado al Hospital Militar Central, como consta en la historia clínica de la IPS Los Andes (fls.585).

Conforme el certificado de “referencia interna Hospital Militar Central” expedido el 19 de marzo de 2013 (fl.114), se autoriza el ingreso de la paciente con acompañante permanente con diagnóstico presuntivo “dx: sd alteración del estado conciencia, encefalomiелitis en estudio HTA”. En ese mismo día se practica a la paciente un RX TORAX PROYECCION UNICA, (fl. 84) cuyo resultados fueron los siguientes:

“Opacidad parahiliar de morfología tubular
Ángulos costo y cardiofrenicos libres
Aorta y pedículo vascular sin alteraciones
Silueta cardiomediastínica magnificada por proyección
Traquea central
Óseos y demás tejidos blancos usuales para la edad
Se sugiere complemento con TC”

Sobre los datos de ingreso de la paciente, en la historia clínica del Hospital Militar Central (fls. 312 y vto) se consignó lo siguiente:

“E.A: Paciente femenina de 56 años de edad con cuadro clínico que se inició el 18 de enero de este año, consistente en astenia, adinamia, deterioro de su funcionalidad y estado de alerta, con posterior dificultad para la emisión del lenguaje, además según acompañante la paciente ha presentado lenguaje incoherente y alucinaciones visuales al inicio del cuadro clínico. Esposo refiere múltiples consultas a Batallón en Sogamoso, **quienes dan egreso sin diagnóstico claro, además consultan a centro médico BIOSALUD donde dan manejo con compuestos homeopáticos.** Es valorada en Clínica de los Andes IPS en Tunja, a donde ingresa el 14/03/13, el servicio de Neurología, realizan estudios de extensión incluyendo punción lumbar, negativa para neuroinfección pero con hallazgos compatibles con hipertensión por lo que deciden remitir para realización de RMN cerebral simple y contrastada para estudio de hidrocefalia de presión normal. Neurología valora a la paciente en servicio de urgencias de Homic. Encontrando paciente postrada que no establece contacto con el examinador, y con cifras tensionales elevadas asociadas a taquicardia por lo que solicitan valoración previa hospitalización por el servicio de neurología.

(...)

EXAMEN FISICO

Paciente obnubilada, no establece contacto con el examinador, afebril, conjuntivas hipocrónicas, escleras anictéricas, mucosa oral seca con costas en mucosa oral, cuello móvil sin masas, tórax expansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados (...)

PARACLINICOS Y ANALISIS

PARACLINICOS

18/03/13

TAC de cráneo simple: con adecuada sifernecciacion cortico subcortical, línea media centrada, ventrículos y cisternas de tamaño y morfología adecuada, no lesiones ocupando espacio
INR 1.03, PT:11,2 PTT:26.3, LEUCOS:8.7, NEUTROS 59, (...)

ANALISIS

Paciente femenina de 56 años, con cuadro de 2 meses de evolución de alteración del estado de conciencia, con estudios de extensión realizados en Tunja que muestra únicamente hallazgos que no sugerían neuroinfección, por lo que remiten para valoración por neurología, y realización de RMN cerebral, servicio de neurología conceptúa que puede corresponder a encefalitis crónica de etiología a determinar; al momento del examen paciente hipertensa, y taquicárdica, con paraclínicos dentro de límites normales, la taquicardia se puede explicar por deshidratación y la hipertensión puede estar en relación a DX por el que previamente consulta enalapril en sitio de referencia, no se descarta que presenta tendencia presora como mecanismo para mantener perfusión; por lo que se decide iniciar rehidratación endovenosa, **solicitar paraclínicos complementarios para desatar foco infeccioso como desencadenante de sintomatología, no se descarta ingesta de compuestos bioquímicos como posible etiología o agente que agrave el cuadro se revalorará con reportes.**

DX:

- *Alteración del estado de conciencia crónico*
- *Encefalomielitis crónica en estudio*
- *Deshidratación grado 2*
- *Respuesta hipertensiva a la deshidratación vs hta sin tratamiento*
- *Foco infeccioso por confirmar*
- *Toxicidad por compuestos homeopáticos a confirmar*

PLAN

- *Observación mujeres*
- *Nada vía oral*
- *Sonda nasogástrica*
- *Lactato de ringer bolo de 2000 cc en 20 minutos (...) (fls. 312 y vlto)*

El 19 de marzo de 2013 el médico tratante relaciona en la historia clínica del Hospital Militar Central (fl.411) que la paciente no presenta deterioro neurológico pero persiste hemodinamicamente inestable, paraclínicos sin evidencia de alteraciones metabólicas como etiología de cuadro clínico y punción lumbar de límites normales, por otro lado indica que se estudiara su cuadro clínico, en espera de un nuevo concepto de medicina interna para control de cifras tensionales y por último precisa que se realizaran estudios de extensión, como se registra en la Epicrisis (fl.322 vlto). En esa misma fecha le practican una escanografía de cráneo simple encontrando lo siguiente “*los hallazgos descritos en el sistema ventricular y el aumento de la profundidad de los surcos, sugieren dentro de las posibilidades diagnósticas hidrocefalia crónica (hidrocefalia presión normal) se sugiere correlación con estudios complementarios y con cuadro clínico.*”

Además se practica una ecografía renal y vías urinarias observando *riñón derecho en forma, tamaño y ecogenicidad normales. Riñón izquierdo parcialmente valorado. Relación corticomedular conservada bilateral. Riñón derecho mide 98x1x40x40 mm. Con corteza 10 de mm (...) espacios peri y para renales libres. Vejiga adecuadamente distendida con sonda de Foley en su interior, cuyo resultado se registra en la historia clínica (fl.411 vlto).*

Durante los días 20, 21, 22, 23 de marzo de 2013 los galenos trataron a la paciente con igual manejo médico, a la espera de la autorización para la *IRM cerebral simple (Resonancia Magnética de la Cabeza) y contrastada*, como urgencia vital y la realización de un *electroencefalograma*, según detalla la Epicrisis (fls.323); de otro lado en las notas de evolución neurológica del 21 de marzo de 2013 se deja constancia que “*por el deterioro cognitivo de la paciente es imposible realizar el examen de Resonancia, debe ser traída en ambulancia medicalizada para que se pueda realizar el estudio bajo sedación*” que registra el mismo documento (fl.348 vlto).

El 24 de marzo de 2013, le realizan una toma de imagen diagnóstica, *RX TORAX* en la cual se observó “*proyección única de torax en AP portátil en la cual la expansión de los campos pulmonares se consideran normales. Existe una opacidad no homogénea, retrocardiaca, con pizamiento del ángulo costodiafragmático ipsilateral. Corazón tamaño normal, aorta densa y elongada, con placas de ateroma. OPINION: opacidad retrocardiaca a correlacionar con la clínica*” (fl.94).

El 25 de marzo de 2013, se relaciona en la historia clínica de la señora Teresa Arguello que no se pudo realizar la *RMN (Resonancia Magnética Nuclear)* y se dejan las siguientes observaciones (fl.323):

“*REPORTE PARACLINICOS VDRL: no reactivo ácido fólico 19 vitamina B12 542 BHCG 1.84 glicemia 151 BUN 13.3 (...)*

ANALISIS:

Paciente de 56 años hospitalizado para estudio demencia rápidamente progresiva, estudios realizados hasta el momento no muestran causa potencialmente corregible, pendiente reporte oficial de EEG.

No se pudo realizar el día de ayer RNM dado que la paciente no ha colaboro

Valorada el día de ayer por servicio de medicina interna quienes diagnosticaron infección de vías urinarias e iniciaron cefepime 2 gramos IV cada 8 horas

Se decide solicitar valoración por anestesiología para realizar RNM bajo sedación

No realizamos cambios en ordenes médicas”

El 26 de marzo de 2013, se consigna en la historia clínica (*fl. 323 vltto*) que los estudios realizados hasta el momento, no muestran causa potenciabile corregible, que la paciente fue valorada por anestesia para reprogramar la realización de la *IRM cerebral y contrastada*, que presenta cuadro rápidamente progresivo de deterioro de sus funciones mentales superiores para lo cual se encuentra en proceso de realización de estudios de extensión. Por otro lado señala que en el examen neurológico se encuentra compromiso de sus funciones mentales sin deterioro del estado de conciencia, asociado a la presencia de signos de disfunción piramidal bilateral lo que sugiere la presencia de una lesión cortical extensa, motivo por el cual *ante la sospecha de una demencia rápidamente progresiva* se ordena IRM cerebral simple y contrastada bajo anestesia como urgencia vital.

El 27 de marzo de 2013, se deja a la paciente en interconsulta al servicio de anestesiología, a fin de realizar valoración pre-quirúrgica, posiblemente bajo anestesia general, se deja orden de paraclínicos (*fl. 324*).

El 28 de marzo de 2013, se sospecha que la señora Teresa Arguello padece *síndrome de alteración de las funciones mentales superiores, a estudio vs demencia rápidamente progresiva / enfermedad de Creutzfeld-Jakob a descartar* (*fl. 324*).

La paciente para el 29 de marzo de 2013 sigue con el mismo tratamiento y pronóstico, el 30 de marzo de 2013, se realiza control metabólico con insulina, se aumenta dosis de insulina glargina en la noche y se continua con rehabilitación integral, respiratoria, inhalatoria, antibioticoterapia, glucometría cada 8 horas y se continúa pendiente de la respuesta a interconsulta por parte del servicio de anestesiología para reprogramar procedimiento (*fls.323 vltto y 324*).

En la historia clínica de la paciente para el 1º de abril de 2013 se indica que el examen neurológico no presenta cambios con respecto a valoraciones previas, se maneja con *cefepime* por infección de vías urinarias, no se modifica antibiótico hasta tener reporte de TACAR (*Tac de alta resolución de tórax*) ya tomado, pendiente realización de *IRM cerebral simple contrastada*; vista además por *CX maxilofacial*, quienes consideran llevar exodóncia, se explica a dicho servicio que el instrumental que se va a usar en el procedimiento, debe ser desechado debido a la sospecha de presentar enfermedad por priones, por neurología continua con igual manejo médico (*fls. 325 vltto*).

El 3 de abril de 2013, se recibe reporte de Tacar (Tac de alta resolución de tórax), con lesión apical pulmonar izquierda de bordes irregulares, con imágenes acompañantes que se dirigen hacia la periferia, en estrecha relación con la aorta descendente sugestiva de proceso neoplásico, en paraclínicos se evidencia aumento marcado en niveles de antígeno carcinoembionario y Tacar muestra presencia de lesión sugestiva de neoplasia en región apical de pulmón izquierdo; no presenta cambios en su examen neurológico, no signos de respuesta inflamatoria sistémica; se considera que la paciente esta cursando en un proceso paraneoplásico con afectación del sistema nervioso centro al de posible origen pulmonar, se solicita valoración por oncología y se encuentra pendiente la IRM Cerebral simple y contratada bajo anestesia (*fls. 326*).

Al día siguiente el 4 de abril de 2013, los médicos tratantes relacionan en la historia clínica (*fl. 326*) que presenta demencia rápidamente progresiva con perfil infeccioso inicialmente negativo, con área de ocupación alveolar en Tacar de tórax con sospecha por servicio tratante de neoplasia pulmonar con síndrome paraneoplásico secundario; imagen por tomografía simple de alta resolución de torax con lesión sugestiva de masa basal izquierda sin broncograma aéreo, con ace elevado, por lo cual se considera necesario realización de FBQ + BAL y biopsia transbronquial al igual que colonoscopia

y estudio contrastado cerebral y toraco abdominal; se realiza nueva valoración con imágenes y reporte de biopsia.

El 5, 6 y 7 de abril de 2013, se relacionó en la Epicrisis, la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, lo siguiente:

*“Paciente de 56 años con demencia rápidamente progresiva en estudio y sospecha de síndrome paraneoplásico con lesión pulmonar izquierda.
Vista por oncología quienes consideran necesaria la realización de Tac simple y contrastado toraco-abdominal y hemodinámica
Continua por neurología con igual manejo médico
Tiene pendiente realización de IRM cerebral simple y contrastada desde el ingreso
(...)
Valorada por servicio de rehabilitación para manejo integral solicitan valoración terapia de lenguaje y psicología.
PENDIENTE IRM cerebral simple + contraste bajo sedación solicitada el 24/03/13
colonoscopia total solicitada el 04/04/13
Tac toraco abdominal con contraste solicitada 04/04/13
(...)
No cambios en el examen neurológico al momento del examen físico, pendiente reporte Tac, valorada por servicio de rehabilitación para manejo integral solicitan valoración terapia de lenguaje y psicología
PENDIENTE IRM cerebral simple + contraste bajo sedación solicitada el 24/03/13
colonoscopia total solicitada el 04/04/13
Continuamos igual manejo médico establecido, vigilando estrictamente evolución neurológica.”*

El 8 de abril se registra:

ANALISIS: Paciente con cuadro de demencia rápidamente progresiva quien entro en paro respiratorio hoy a la madrugada posterior bradicardia sintomática y disnea progresiva, desde el momento con requerimiento de soporte ventilatorio y vasopresor. No episodios febriles, sin embargo en los últimos días había presentado tos con expectoración purulenta. Paraclínicos evidencian acidosis respiratoria y metabólica y lesión renal aguda con elevación de azoados en rango prerrenal y con oliguria. Se pasa catéter venoso central. Solicita hemocultivo, cultivo de esputo, CH, PCR. Venia en tratamiento antibiótico con cefepime desde pisos con cuadro de IVU, se inicia tratamiento con meropenem.

IDX:

- Shock séptico
- Probable foco pulmonar
- Lesión renal agua akin II
- Síndrome de alteración de las funciones mentales superiores (demencia rápidamente progresiva vs síndrome paraneoplásico del SNC)
- HTA por HC
- Estado post reanimación

(...)

Paciente de 56 años con demencia rápidamente progresiva en estudio y sospecha de síndrome paraneoplásico con lesión pulmonar izquierda sospechosa de cáncer. En el momento en reanimación por presentar paro cardiorespiratorio que requirió intubación orotraqueal con relajantes musculares y luego sedación (...) llama la atención la superversión constante de la mirada y los movimientos clónicos escasos de labios y lengua, no hay datos en la historia clínica sobre dosis y medicamento utilizado para la relajación muscular en el momento de la intubación. En el momento con persistencia de su shock séptico a pesar de soporte vasopresor. Se considera que la paciente puede estar cursando de forma adicional con un estado epiléptico no convulsivo por lo que se inicia tratamiento con fenitoina.

(...)

Recibo paciente de 57 años entubada con tubo No. 7.0 cm fijo en comisura labial en 22cm conectada a ventilación mecánica con parámetros anotados en hoja de registro acoplada y sincronizada se cambia fijación se realiza higiene bronquial cuidados de tubo orotraqueal obteniendo secreción purulenta y hemoptoica en abundante cantidad por tubo y hialina, abundante por boca queda vía aérea permeable se traslada a UCI con ventilador de transporte (fls. 327).

Ese mismo día en el Hospital Militar Central se le practica a la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez dos *RX TORAX PROYECCIÓN ÚNICA FRONTAL PORTATIL* con los siguientes datos:

“Opacidades intersticiales reticulares difusas en ambos campos pulmonares, asociado a opacidades de ocupación alveolar parahiliar izquierda en probable relación a sobrecarga hídrica vs proceso consolidativo en consolidación.

Aorta densa, elongada y ateromatosa

Silueta cardiomedial de tamaño, forma y posición normal.

Tubo de toracostomía con extremo distal a nivel de la base del hemitorax derecho

Tubo endotraqueal con extremo distal a la altura de T3

Óseo y demás tejidos blandos usuales para la edad

Catéter venoso central de acceso subclavio derecho con extremo distal en ventana cava superior

Elementos de monitoreo externo” (fl. 85)

“La silueta cardíaca es de aspecto normal.

Se observa ateromatosis calcificada del cayado aórtico

Se identifica opacidades parenquimatosas bibasales mal definidas compatibles, como primera posibilidad con focos de consolidación

Existe leve engrosamiento peribroncovascular parahiliar bilateral

No hay signos derrame pleural

Tubo endotraqueal con extremo distal a 3 cc de la carina” (fl. 89)

Asimismo le realizan una escaneografía de cráneo simple observando *incremento en el volumen del sistema ventricular y prominencia de los surcos de cambios retractiles parenquimatosos. No se identifican lesiones focales ni difusas supra ni infratentorial. No se observan colecciones intra ni extra axiales (...) OPINION CAMBIOS EXVACUO” (fl. 412 vto).*

Finalmente el 9 de abril de 2013 se realiza la última anotación de la historia clínica (fl.329). de la señora Teresa Arguello, relacionando lo siguiente:

“Paciente de 57 años

Hospitalizada desde hace 1 mes por el servicio de neurología por alteración del estado neurológico que se encontraba con sospecha de neoplasia a nivel tumoral, sin poderse confirmar y presenta paro respiratorio con actividad eléctrica, sin pulso con mioclonías tempranas que ensombrece pronóstico neurológico en AML, estado general con disfunción orgánica múltiple: renal, neurológico, cardiovascular, por lo que se considera no candidata a manejo avanzado de reanimación, por lo que se ofrecen medidas básicas y se declara fallecida 11+30”

En el aviso de defunción expedido por el Hospital Militar Central, indica como diagnóstico final: *Disfunción multisistémica – lesión pulmonar (fls. 320).*

- **Testimonios practicados por el Despacho en la audiencia de pruebas**

En la audiencia de pruebas realizada el 3 de noviembre de 2017 se recibió declaración juramentada al médico internista Dr. ALFONSO RODRÍGUEZ, quien manifestó que se graduó de la Universidad Nacional, como médico general en 1983 y como médico internista en 1988, trabajó en el extinto ISS, en la Clínica de Especialistas, Clínica el Laguito, y en el Hospital, indicando que asiste a cursos de actualización permanente cada seis meses o anual (minuto 00:26:26 Grabación 1 fl.715).

El Profesional, indica que para la fecha de los hechos, atendió a la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez en el Hospital Regional de Sogamoso y al referirse sobre mismos, expresó:

Tuve oportunidad de verla en una sola ocasión no sé exactamente ahorita si fue en consulta externa o en el servicio de urgencias cuando llega o del hospital, ella consultaban los familiares referían si más no recuerdo, que tenía dificultades en la memoria que había estado un poco desorientada que no podía hablar bien, que tenía básicamente eso, no manifestaba ninguna otra alteración, no había otra causa por la cual consultar no tenía fiebre, no tenía tos, dificultad respiratoria, dolor abdominal, dolor en alguna otra parte, sino esencialmente era por la alteración

neuroológica que presentaba que había sido si más no estoy un poco súbita, la veo la examino la encuentro bien me pareció en ese momento de pronto un poquito confusa no había signos de alteraciones neurológicas en ese momento, por decir de pronto unos que me indicaran que estaba haciendo una lesión específica en el sistema nervioso central que era su causa de por lo cual consultaba, sin embargo pues la ordeno hospitalizar y le solicite exámenes entre ellos una tomografía cerebral y no le deje prescrito algunos medicamentos inherentes para sí, la sospecha de pronto que estuviera presentando un trombo o una isquemia cerebral transitoria de algún origen o alguna encefalopatía específica para descartar y hasta ahí no puedo decir más solo la vi ese momento. (minuto 00:08:11 a minuto 00:10:22 Grabación 1 fl.715)

De acuerdo a la experiencia médica, criterio médico y la atención brindada a la paciente se interrogó sobre el tratamiento o procedimiento a seguir, exámenes y los medicamentos ordenados en tiempo y de circunstancias, indicó:

Obviamente pues si con los exámenes solicitados y con la tomografía se evidencia alguna lesión aguda o sub-aguda o crónica pues se toman las medidas pertinentes, de remisión o interconsultas a otras entidades lo que sigue pues depende de la evolución que tenga el paciente en ese momento, desconozco qué paso después de ahí hacia adelante, porque solo la veo en 15, 10, 15, 20 minutos, no la veo más, ordeno eso, cambiamos de turno la siguen viendo otras personas, y no tiene una opción porque pues los exámenes por ejemplo la tomografía no se toman inmediatamente a veces se demora 1 - 2 horas o a veces depende si los equipos están dañados hay que trasladar al paciente a otras instituciones para tomar esos exámenes, pero generalmente se toma en cuestión de 1 o 2 horas, uno a veces puede ver si tiene esas capacidades o condiciones de revisar las imágenes o se espera hasta que el especialista en radiología nos de el informe oficial, por ejemplo pensado en que tenga porque básicamente en este caso era más de tipo neurológico (...) el paso siguiente, dependiendo si el tac no sale normal por ejemplo pues el paso siguiente y depende de la evolución que tenga el paciente, porque muchas veces esos ataques transitorios pueden ser debidos también por ejemplo ha alteraciones cardiopulmonares como una arritmia, como alguna epilepsia o de pronto básicamente extrasístoles o arritmias cardiacas que en algún momento impidan el buen llenado de sangre al cerebro y puedan ocasionar estos cambios así de un momento a otro pero eso va dependiendo como tenga la evolución el paciente (minuto 00:10:55 a minuto 00:13:25 Grabación 1 fl. 715)

Frente a la necesidad de practicar una Resonancia Nuclear Magnética a la paciente para determinar su verdadero estado de salud, señaló:

No en el momento no, no porque su estado general en el momento que la veo no era tan deteriorado no habían unos cambios que nos indicaran que estaba en una situación muy comprometida, y además el primer examen que se debe hacer es la tomografía luego de ahí inclusive pues uno se puede extender que es la que nos da más información o digamos una información primaria, en cuanto a si tiene lesiones agudas o crónicas que nos orienten a pedir otros exámenes, si de pronto por ejemplo con la evolución, que tenga el paciente, persisten algunos síntomas uno puede llegar a pedir no solo la resonancia, una angioresonancia nuclear magnética tanto es decir arterial o venosa pensando en trombos pensando en otras cosas pero es un examen más ya como de otro nivel para ir lo haciendo (...) se tiene que ir agotando poco a poco los elementos que dispone uno para llegar a un diagnostico (minuto 00:15:32 a minuto 00:17:17 Grabación 1 fl. 715)

En lo que respecta al concepto de delirium imperativo vs accidente isquémico transitorio y los síntomas de las patologías que al parecer tenía la paciente

El delirium es un estado de agitación del paciente, agitación sicomotora el paciente no se encuentra como dice uno a veces en sus cabales estoy hablando en términos no tan médicos, y la isquemia cerebral transitoria es una como su nombre lo indica una falta de irrigación transitoria de sangre al cerebro que puede estar ocasionada por múltiples factores como le dije una arritmia puede darla, algún pequeño embolo que se vaya al cerebro algún espasmo de los vasos por medicamentos por café por algo que constriña los vasos puede dar eso y las manifestaciones de eso generalmente están dadas por lesiones que llamamos focalizaciones como por ejemplo de pronto que la cara se tuerza a un lado, que un ojo se desvíe para otro lado, que se duerma una mano que se duerma la otra, pero a veces hay pacientes que tienen por ejemplo una trombosis en determinados sitios específicos en el cerebro que producen agitación alteración como por ejemplo en algún momento si hay un trombo y hay una isquemia en un área específica por ejemplo en el área del habla la persona puede entender perfectamente pero no puede hablar o lo contrario puede hablar pero no entiende no percibe dependiendo del área donde se lesione el cerebro en algunos casos pueden haber lesiones en

los cuales el paciente entra en un estado de desorientación de inquietud y sus palabras no son coherentes está hablando no coordinadamente (minuto 00:17:48 a minuto 00:19:45 Grabación 1 fl. 715)

Señaló que el Hospital Regional de Sogamoso no puede practicar el examen de Resonancia Nuclear Magnética porque no cuenta con el equipo Resonador debido a su alto costo; y en lo que respecta a las consecuencias de no asistir a las citas de control precisa que se pierde el seguimiento de la patología y de los procedimientos practicados (*minuto 00:21:46 a minuto 00:24:05 Grabación 1 fl. 715*); frente a las contraindicaciones de ingerir productos homeopáticos en los tratamientos brindados al paciente en el hospital, afirmó:

Se pierde la idea de lo cual uno está haciendo si yo instauró un tratamiento y no me funciona tengo la obligación de cambiarlo en algún momento, tengo la obligación de no seguir por ese lado, precisamente cuando un paciente está hospitalizado, y hay un seguimiento a diario hay por eso, hay una buena, generalmente hay una buena visión de lo que se está haciendo y un buen seguimiento si uno ve en uno o dos días en un paciente por ejemplo sigue con fiebre, fiebre no cambia cosas o empieza a mirar otro, algo tiene que estar pasando pues obviamente si yo digo tómese esto, me va a un control en 8, 15, 20 días un mes y no se hace eso, pues se pierde de pronto lo que se está uno haciendo y más aún si de pronto entonces se aleja de ese tratamiento obviamente vendrían otras complicaciones (minuto 00:24:46 a minuto 00:25:53 Grabación 1 fl. 715).

Afirmó que en el instante en que examinó a la paciente no se diagnosticó con delirium imperativo vs accidente isquémico transitorio, pues era una duda porque no se tenía un diagnóstico preciso porque la señora llegó con cambios neurológicos, y se debían estudiar las posibilidades

Sostuvo que en el *delirium imperativo vs accidente isquémico transitorio*, que se registró en la historia clínica de la paciente al momento de examinarla no se puede tener como diagnóstico sino como duda porque la señora llegó con cambios neurológicos, y se debían estudiar las diversas posibilidades presentadas, finalmente precisó que para él sufría de un trastorno de conciencia que se podía dar por un ECV (accidente cerebro vascular) o una isquemia cerebral transitoria con un episodio de agitación sicomotora cerebral (*minuto 00:30:26 a minuto 00:33:40 Grabación 1 fl. 715*).

Se recibe además el testimonio del Dr. JORGE LUIS SALCEDO VARGAS, médico general y especialista en medicina interna, quien atendió a la paciente en el Hospital Regional de Sogamoso, y al ser interrogado sobre los hechos de la demanda, señaló:

A la paciente la conocí en el Hospital en el Hospital Regional de Sogamoso cuando fue hospitalizada venía de consulta externa, la señora fue hospitalizada y según constaba en la historia clínica la habían encontrado hipertensa y tenía cambios en su estado neurológico dados por desorientación y disartria, ella se hospitalizó se continuó el manejo que se había instaurado desde urgencias y se realizaron exámenes dentro de la hospitalización se documentó que la señora había estado recibiendo un tratamiento antibiótico por una infección urinaria, se tomó se tomaron dentro de los paraclínicos que se realizaron todos se encontraron normales dentro de los paraclínicos que se realizaron y se continuó la evolución dado que los exámenes salieron normales y la paciente evolucionó hacia la mejoría como consta en la historia clínica se decidió estuvo ingreso el 14 de febrero y salió el 17 de febrero y la señora se decidió darle salida para después continuar su manejo por consulta externa, solicitando un nuevo control. (minuto 00:50:12 a minuto 00:51:45 Grabación 1 fl. 715).

Indicó que cuando se dio la orden de salida a la paciente, se ordenó valoración por neurología y control por consulta externa, no obstante si presentaba nueva sintomatología debía re-consultar en la institución hospitalaria; manifestó que después de la salida no volvió a ver a la paciente, que para ese momento no era necesario la práctica de la Resonancia Nuclear Magnética porque en la hospitalización se le tomó una tomografía axial computarizada de cerebro que fue reportada como normal por lo tanto requería una nueva valoración de acuerdo a la sintomatología que presentara y después según la evolución solicitar otros paraclínicos; que la señora Teresa de Jesús

Arguello Montañez debía asistir en 20 días a cita de control; ahora frente al consumo de productos homeopáticos en la salud de las personas señaló que cualquier sustancia exógena o externa puede alterar cualquiera de sus sistemas, que si bien no sabe si en la hemopatía existe alguna sustancia que cause alteraciones a las personas, sí está documentado que existen sustancias naturales que alteran la salud, que la señora salió neurológicamente bien del hospital y precisó que si la paciente hubiese asistido a cita de control por consulta externa o urgencias se le habría prestado el servicio y estudiado su estado de salud (*minuto 00:52:04 a minuto 01:00:20 Grabación 1 fl. 715*).

Precisó que las valoraciones neurológicas plasmadas en la “Hoja Neurológica” de la paciente eran normales, como también los exámenes paraclínicos, entre otros que se le practicaron, a pesar de no ser usuales como de tiroides y el perfil lipídico, motivo por el cual afirma que durante la estadía del hospital, ella evolucionó satisfactoriamente y en el momento de la salida, la paciente salió bien y se descartó el accidente cerebro vascular isquémico transitorio y se consideró que la paciente requería seguir en observación con otra valoración neurológica y control por consulta externa (*minuto 00:52:04 a minuto 01:08:21 Grabación 1 fl. 715*).

- **De la tacha testimonios practicados mediante despacho comisorio**

Previo a valorar los testimonios recaudados mediante despacho comisorio a través del Juzgado 35 Oral Contencioso Administrativo del Circuito de Bogotá D.C. – Sección Tercera, este Juzgado se pronuncia sobre la tacha formulada el 2 de abril de 2018 por la parte demandante, en contra los testigos Fernando Guzmán Mora y Gabriel Adolfo Centanero Meza (*fls. 747-748*), que se incorporaron en la continuación de la audiencia de pruebas instalada el 6 de abril de 2008 (*fls. 757-760*).

La parte demandante aduce que las declaraciones pueden adolecer de imparcialidad porque los testigos ostentan vínculos contractuales y laborales con el Hospital Militar Central, entidad que conforma la parte pasiva dentro del contradictorio, circunstancia que podría condicionar la intención de los interrogados para no afectar la entidad referenciada (*fls. 747-748*), en el traslado de la tacha, los apoderados de las entidades demandadas indicaron que la oportunidad para ser formulada era dentro de la práctica de la declaración, agregando que no se observó mala fe por parte de los testigos, aunado a que no se demostró falsedad o vicio por parte de las personas llamadas a rendir testimonio (*minuto 00:07:25 a minuto 00:10:18 Grabación 1 fl. 715*).

Sobre el particular debe señalarse que el Art. 211 del CGP no establece la oportunidad para formular la tacha, motivo por el cual y dado que el juez comisionado no tenía la facultad para efectuar el traslado de la tacha instaurada, en el recaudo del testimonio, pues la comisión conferida lo limita a recibir los testimonios, se advierte que el momento para formular y tramitar la tacha, corresponde ante el Juez de conocimiento al incorporar la prueba testimonial, la cual en este caso se realiza dentro de la continuación de la audiencia de pruebas.

Ahora bien, sobre la prosperidad de la tacha de los médicos Fernando Guzmán Mora y Gabriel Adolfo Centanero Meza, el Juzgado no comparte los argumentos aducidos por la parte demandante, pues considera que estos testimonios no resultan sospechosos por el solo hecho de que provengan de profesionales de la medicina vinculados al Hospital Militar Central, por el contrario, las declaraciones de los galenos devienen precisamente porque en aquella oportunidad atendieron a la paciente, pese a resultado fatal que se desencadenó, por lo que sus declaraciones son pertinentes y útiles en la medida que aclaran algunos conceptos y anotaciones registrados en la historia clínica de la paciente y además dilucidan otros aspectos de carácter científico y técnico que revisten interés en el presente caso. Por ello, estos testimonios se tendrán como pruebas válidas, y serán apreciados en conjunto con los demás medios de prueba obrantes dentro del proceso.

Obra en el plenario la declaración jurada del médico Neurólogo GABRIEL ADOLFO CENTANARO MEZA, adscrito al Hospital Militar Central, docente de Neurología en la Universidad Militar Nueva Granada y Coordinador del servicio de Neurología desde hace 10 años aproximadamente, quien referenció lo siguiente:

Indicó que no tuvo mucho contacto con la paciente, sin embargo la revisó en algunas ocasiones y participo en una junta médica que se realizó sobre el caso, mencionó que la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez venía con un cuadro clínico de demencia rápidamente progresiva iniciada algunos meses antes con deterioro importante, que le practicaron una serie de exámenes para establecer la etiología de la demencia, y determinar el tratamiento a seguir, se le practicó un tac cerebral, una punción lumbar descartando infección, entre otros exámenes, a fin de investigar la causa, la etiología de la enfermedad, el diagnóstico y dar información a los familiares.

Mencionó que se le practicó un electroencefalograma, entre otros análisis, frente a la resonancia magnética indicó que no se pudo realizar porque la paciente estaba agitada debido a su estado de alteración mental y se necesitaba aproximadamente 40 minutos de quietud para el examen, motivo por el cual se solicitó la práctica del examen bajo anestesia, siendo la programación diferente ya que las citas son difíciles de conseguir y se encontraba en ese proceso, también solicitaron una valoración por medicina interna y un estudio general para buscar algún tipo de cáncer o tumor en alguna parte del cuerpo, por otro lado se le practicó una radiografía de escáner de tórax que arrojó una masa pulmonar (muy sugestiva de un tumor), y se inicia el estudio pertinente para establecer si la causa de la demencia se originaba por el tumor referenciado.

Sobre el diagnostico señaló que sufría una demencia rápidamente progresiva que la única etiología en una demencia rápidamente progresiva que se puede tratar es la etiología infecciosa pero esta fue descartada, aclaró que las demás etiologías de la demencia no tienen tratamiento, indefectiblemente la demencia progresa independientemente del tratamiento, entre tanto la originada por tumores tratando el tumor de base puede mejorar la demencia, por eso se insistía en la búsqueda si el tumor que tenía la paciente influía en la demencia.

Manifestó que el examen de resonancia magnética nuclear no sirve para aclarar el diagnostico sino para catalogar otro tipo de demencia dentro de las degenerativas porque éstas no tienen tratamiento etiológico, señaló que la práctica de la resonancia no influyó en la muerte de la paciente; el fallecimiento se produjo por una complicación asociada con un mal manejo de secreciones con el que venía la paciente, una bronco-aspiración que conlleva hipoxemia, falla ventilatoria, intubación, etc, es una complicación que se presenta frecuentemente en estos pacientes porque en el transcurso de la enfermedad, no manejan las secreciones pulmonares como una persona normal.

En lo que respecta a la ingesta de productos homeopáticos señaló que tienen un efecto de confianza de la persona que la consume, pero la medicina homeopática no sirve para nada, precisó que ninguna demencia rápidamente progresiva produce la muerte sino por circunstancias colaterales, que en el presente caso se produjo por un mal manejo de secreciones a nivel pulmonar que generó una encefalopatía hipoxica quedando con una lesión cerebral muy severa teniendo alta probabilidad de muerte.

Afirmó que la práctica de la resonancia magnética nuclear para esta clase de pacientes es demorada o difícil porque se necesita la presencia de anestesiólogo debido al estado de la persona ya que las citas son más prologadas dependiendo de cómo estén las citas, puede ser una semana o dos; la demencia rápidamente progresiva es llamada generalmente como un diagnóstico de trabajo, pero las pruebas para saber cuál era la etiología no se encontraron completamente se descartaron inicialmente las demencias que eran tratables – causa infecciosa (varias) y la segunda causa las paraneoplásicas y en eso quedó. Indicó que ninguno de los exámenes para investigar una demencia rápidamente progresiva se puede realizar en un hospital de segundo nivel. Finalmente precisó que se realizaron todos los protocolos establecidos para tratar a la paciente (minuto 00:05:05 a minuto 00:45:03 Grabación 1 fl.739).

Seguidamente se recibió el testimonio de la médica internista ADRIANA CATALINA USCATEGUI RUIZ, quien labora en la Fundación Cardioinfantil de Bogotá, sobre los hechos objeto de demanda, precisó:

La paciente cuando ingresó estaba en estudio una demencia rápidamente progresiva e hipertensión arterial, iniciando los análisis para encontrar la etiología la causa de la demencia, se le suministraron los medicamentos para controlar la hipertensión arterial, se descartó una neuroinfección en Tunja y se practicaron exámenes para descartar causas o déficit de algunas vitaminas, algunas infecciones como sífilis, déficit de B12 entre otros, se solicitó una resonancia y aparte de eso se estaban realizando estudios de extensión por hallazgos de una lesión pulmonar porque no se conocían las características de esta.

Precisó que recibió a la paciente como médico internista del Hospital Militar sin establecer comunicación con el exterior ni con el examinador, hemodinámicamente se encontraba una paciente taticardica con signos de deshidratación se solicitan todos los exámenes ya que era una paciente con cuadro de postración y tenía como único antecedente hipertensión arterial, que después de valorarla se consideró que cursaba por una encefalopatía en estudio, una demencia rápidamente progresiva e hipertensión arterial, que se valoraba conjuntamente con el servicio de neurología y se le suministraban los medicamentos solicitándose todos los exámenes requeridos incluyendo radiografías y tacs.

Afirmó que es común que los pacientes con postración y demencia sufran infecciones urinarias, úlceras, escaras, bronco-aspiración y neumonía, que la resonancia es una imagen diagnóstica que se utiliza para realizar una aproximación para el diagnóstico pero esto no previene el desarrollo de las complicaciones en un paciente con postración. Se descartó déficit de algunas vitaminas como B12, sífilis, VIH, que pueden causar esta condición; que tuvo dos citas para practicar la resonancia magnética, la primera no se realizó debido a la condición respiratoria y agitación sicomotora de la paciente y en la segunda ya se presenta el desencadenante que conlleva a su deceso que es una broncoaspiración y neumonía.

Manifestó que la paciente fallece secundaria a una condición propia de la demencia y postración que es una broncoaspiración que no tiene nada que ver con la patología neurológica y la no práctica de la resonancia magnética, precisa que la paciente tenía en el pulmón una lesión que se caracterizó como una masa en el lóbulo inferior izquierdo, fue valorada por el servicio de oncología quienes consideraron que probablemente se tratara de una metástasis, por parte de oncología y medicina interna se solicitaron los estudios para caracterizar la etiología de esta condición, se solicitaron una colonoscopia marcadores pulmonares los cuales no se pudieron llevar a cabo por el deceso de la señora. Señaló que la paciente fue valorada por varios servicios, se le dio el manejo por servicio de medicina interna, oncología, odontología pero la evolución fue rápida y lamentablemente fallece.

Señaló que siempre que ingresa un paciente a un servicio de urgencias se establecen unas sospechas diagnósticas que se confirman con los exámenes paraclínicos ordenados por el médico que la vé (diagnostico presuntivo); ahora dependiendo de la patología por la cual ingresa un paciente requiere imágenes diagnósticas hasta biopsias que requieren intervenciones que generalmente puede tardar entre 10 a 15 días dependiendo de la institución (diagnostico confirmado). Precisa que la mayoría de los equipos para la práctica de la resonancia están disponibles en las instituciones de cuarto nivel, y que el retraso en la práctica de la resonancia se debió porque en el Hospital Militar Central no se contaba con el equipo por lo cual se realizó de manera externa. Preciso que existen patologías que requieren estudios y manejos de tercer y cuarto nivel como ameritaba el caso. (min. 00:46:48 a min. 01:05:30 Grabación 1 fl. 739).

Por último se recibió el testimonio del Dr. JAIME FERNANDO GUZMÁN MORA, médico anatomopatólogo, intensivista, cirujano general y cardiovascular, abogado con maestría en derecho penal, Presidente de la Federación Médica Colombiana, quien frente a los hechos de la demanda indicó:

Que conoce el caso porque hace parte del grupo de asesores de la parte jurídica del Hospital Militar Central, precisó que recibe los casos los analiza y da su concepto de acuerdo a su formación. Señaló que la paciente llegó al Hospital Militar con episodio de demencia progresiva seguramente por un daño cerebral con deterioro neurológico muy importante, atribuyéndole dos causas: una demencia o enfermedad degenerativa del cerebro y se estaba pensando en una enfermedad que se llama Creutzfeldt-Jakob producida por priones caso en el cual la demencia es irreversible, la otra opción, era un tumor maligno en el tubo digestivo con invasión pulmonar que produce un síndrome paraneoplásico siendo irreversible, es decir no hay nada que hacer prácticamente y la posibilidad de mejoría era nula.

Precisó que el diagnóstico era una demencia grave progresiva por un daño cerebral cuyo origen estaba en proceso de esclarecimiento, presentándose dos posibilidades: un cuadro de demencia seguramente por un problema neurológico posiblemente infeccioso, una enfermedad degenerativa, o infecciosa; o un posible tumor maligno con invasión pulmonar con metástasis pulmonar que produce el síndrome paraneoplásico por sustancias que no se conocen de forma profunda, pero que ya había lesionado el cerebro de una manera irremediable. El pronóstico era pésimo desde el comienzo cuando llegó al Hospital Militar y muy probablemente desde antes.

Frente al tratamiento a seguir señaló que no había mucho que hacer, sin embargo se le brindó el apoyo pertinente, sosteniendo el tratamiento de apoyo para llegar a un diagnóstico preciso, infortunadamente no se le practicó autopsia clínica para no divagar sobre la causa de la muerte. Mencionó que el examen de resonancia nuclear ayudaba a orientar el diagnóstico pero no habría cambiado el pronóstico de la paciente, porque desde que la señora llegó al hospital estaba prácticamente muerta.

Indicó que la paciente tenía en el pulmón una posible invasión de un tumor maligno del tracto digestivo aunque no se estableció dónde estaba, aunado al síndrome paraneoplásico, y la complicación de la enfermedad neurológica como fue la brocoaspiración que le terminó de dañar el pulmón.

Manifestó que cualquier diagnóstico brindado a la señora al encontrarse en la fase final el tratamiento que se da es de soporte (paliativo) sin abandonar al paciente para que tenga calidad de vida en la escasa que le pueda quedar y calidad de muerte, la resonancia era para aclarar el diagnóstico, es decir, demostrar la hipótesis diagnóstica para ver que se podía hacer, la resonancia no era determinante para el tratamiento, era básicamente para evidenciar si existía una mínima posibilidad con un diagnóstico que hubiera sido de pronto inesperado para ver que se podía hacer, pero en ningún momento influyó en el desenlace de la paciente. Adujo que la práctica de la resonancia de pronto podía demostrar cosas peores u otras causas que llevaron al deterioro progresivo del cerebro pero en el momento en que fue atendida la paciente la posibilidad de recuperación era cero.

Aclaró que el diagnóstico presuntivo es hipótesis que tiene que ser demostrada y el diagnóstico definitivo en algunas ocasiones ni siquiera con la autopsia se puede aclarar, en los dos diagnósticos media el azar porque la medicina jamás será una ciencia exacta. (minuto 01:06:40 a minuto 01:52:50 Grabación 1 fl. 739).

11. CASO CONCRETO

De los medios probatorios recaudados y relacionados *ut supra*, si bien está se puede señalar que el daño moral sufrido por el señor José de los Ángeles Álvarez Pongutá y de sus hijos aquí demandantes, los cuales se derivan del fallecimiento de la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez el día 9 de abril de 2013 (fls. 23) de forma prístina se señala que en el presente caso no está demostrado que este sea imputable a la acción, omisión o demora en la atención médica y hospitalaria brindada por el Dispensario del Batallón de Artillería No. 1 “Tarquí” en la ciudad de Sogamoso, el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., ni por el Hospital Militar Central.

Está probado que la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, quien se encontraba afiliada a los servicios de salud de las Fuerzas Militares - Dirección de Sanidad del Ejército Nacional en calidad de beneficiaria de su cónyuge José de los Ángeles Álvarez Pongutá, quien para la fecha de los hechos contaba con la edad de 57 años, así conforme a la historia clínica extensamente referida en el capítulo anterior, se establece que la occisa acudió desde el 18 de enero de 2013 al Dispensario Médico del Batallón de Artillería Tarquí para que le practicaran diferentes exámenes en las vías urinarias (fls.129-132) y posteriormente el 12 de febrero de 2013 solicita atención por presentar dolor de cabeza, pérdida de memoria ingresando primero a la Clínica el Laguito S.A. institución que después de comunicarse con el Dispensario, dejó la anotación que el Sargento Aullón, informó que si la paciente se sentía mal, se dirigiera al Dispensario (fls.141).

No obstante la anotación descrita, se advierte que a la señora Teresa de Jesús se le prestó la atención medica requerida de acuerdo al cuadro clínico que presentaba, pues dos días después, se interna en el Hospital Regional de Sogamoso, con antecedente de conductas inapropiadas y desorientación asociado a cifras tensionales elevadas, por tal motivo le inician manejo antihipertensivo, le practican exámenes paraclínicos (TSH, T3, T4, T4 libre, prolactina, triglicéridos, colesterol, urocultivo), valoraciones neurológicas, tomografía simple y un TAC que arroja resultados normales, caso en el cual al presentar mejoría de su cuadro clínico, pues se encontraba mejor orientada, sin hallazgos patológicos al examen físico, se descartó emergencia hipertensiva, órgano blanco cerebral por hallazgo en Tomografía, los galenos le dan orden de salida con recomendaciones generales y signos de alarma para *reconsulta en 20 días* (fls.42 y vlto, 92, 242-244).

Valga precisar que durante los cuatro días en que la paciente permaneció en el Hospital Regional de Sogamoso (periodo del 12 al 17 de febrero de 2013), superó el cuadro clínico por el cual ingresó, pues de ello dan cuenta los exámenes practicados y los testimonios de los profesionales de la salud que la atendieron, entre ellos el del médico internista Alfonso Rodríguez, quien al ser indagado sobre el estado de la paciente, señaló que no tenía signos de alteraciones neurológicas, que le indicaran lesión específica en el sistema nervioso central, porque su estado general no estaba tan deteriorado, por lo cual agotó en primer lugar la práctica de una Tomografía, que es lo primero que se ordena en estos casos, para determinar lesiones agudas o crónicas que ameriten otra clase de exámenes, sin embargo esto se descartó en la paciente (minuto 00:08:11 a minuto 00:15:32 Grabación 1 fl. 715).

Por otro lado, el médico general y especialista en medicina interna, Dr. Jorge Luis Salcedo Vargas, fue enfático en señalar que la paciente venía con un tratamiento antibiótico debido a una infección urinaria, que ante los resultados normales de los paraclínicos y demás exámenes practicados durante la fase de hospitalización, las valoraciones neurológicas consignadas en la “hoja neurológica”, tiroides y el perfil líptico, se siguió con el tratamiento médico evolucionando la paciente a la mejoría, motivo por el cual se autorizó la salida el 17 de febrero de 2013 para continuar manejo por consulta externa, solicitando un nuevo control y valoración por neurología, no sin antes advertirle que si presentaba nueva sintomatología, debía acudir a re-consulta en la institución hospitalaria (minuto 00:50:12 a minuto 01:08:21 Grabación 1 fl. 715).

En este aspecto, es menester resaltar que la paciente Teresa Arguello no asistió a la re-consulta sino que acudió a centros médicos diferentes a los avalados por el sistema de salud al cual se encontraba afiliada, puesto que está probado que fue atendida en la IPS Biosalud, concretamente por el médico Gonzalo Guarín Vivas, quien le recetó: *ozono, acónito-arnica, tribulax x 24 viales, amazing tab. masticable, neurexan tabletas* y le ordenó control en 15 días (fl.93), medicamentos adquiridos por la paciente través de las facturas de venta obrantes a folios 94-97 del expediente, situación que deja

entrever, que la paciente interrumpe de forma libre y voluntaria, con el manejo médico que venía recibiendo por parte de la institución demandada, Dispensario y Hospital Regional de Sogamoso.

Se establece entonces que la paciente reanuda con las órdenes médicas y tratamientos indicados por los médicos adscritos a las entidades prestadoras de salud, como se deduce en que el 6 de marzo de 2013, realizó los trámites administrativos pertinentes ante la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional para ser valorada por neurología en la Clínica Valle del Sol y por medicina interna, programando cita prioritaria, como registra las facturas de venta y la orden de servicios (fls.721-723), siendo atendida el 10 de marzo de 2013 por el Dr. Cesar Méndez Médico Internista – Neumólogo, quien después de valorarla señaló como posible diagnóstico: *demencia (...) esquizofrenia determinado como plan a seguir descubrir patología y ordena resonancia nuclear magnética, TSH y valoración urgente por neurología clínica* (fls. 102 y vlto).

Teniendo en cuenta el posible diagnóstico brindado a la paciente en la Clínica Valle del Sol y ante la urgencia y necesidad en descubrir la patología, el 11 de marzo de 2013, el Dispensario del Batallón realizó la transcripción de la orden médica y autorizó la remisión de la señora Teresa Arguello al Hospital Militar Central (fl.100), aunque en el expediente no se encuentra documento alguno o medio probatorio que indique por qué razón la paciente no ingresó directamente al Hospital en mención, lo cierto es que el 14 de marzo de 2013 fue atendida en el servicio de urgencias de la Clínica de Los Andes I.P.S. por remisión externa de neurología ante sospecha de *neuroinfección vs hidrocefalia de presión normal*, tal como registra la historia clínica de esa institución de salud (fls.601-603) y ante el deterioro cognitivo progresivo, le realizan estudios de extensión y punción lumbar, sin evidenciar signos de infección bacteriana o viral ni meningitis, no obstante la hospitalizan por neurología para estudio de posible *hidrocefalia de presión normal* y ordenan la práctica de la resonancia cerebral, como registra la historia clínica (fls. 584-589)

En la precitada clínica permaneció hasta el 18 de marzo de 2013 cuando solicitaron el servicio de ambulancia para efectuar el traslado al Hospital Militar Central (fls. 585), ingresando a dicha institución con diagnóstico presuntivo *alteración de conciencia, encefalomiелitis en estudio HTA*, como registra la referencia interna de la institución de salud (fl.114), se le practica un RX tórax proyección única y ante resultados se sugiere un complemento con TC, como señala la transcripción médica (fl.84), es valorada por el servicio de neurología que conceptúa como posible diagnóstico *encefalomiелitis crónica en estudio, foco infeccioso por confirmar y toxicidad por compuestos homeopáticos a confirmar*, motivo por el cual fijan un plan a seguir (fls. 312 y vlto), le realizan paraclínicos sin evidencias de alteraciones metabólicas como etiología de cuadro clínico y punción lumbar de límites normales, sin embargo esperan un nuevo concepto por medicina interna para control de cifras tensionales para seguir con estudios de extensión, ut supra (fls. 322 vlto) por otro lado le practican una escanografía de cráneo simple y ante resultados se sugiere correlación con estudios complementarios y con cuadro clínico, como indica la transcripción médica (fl.411).

Adicionalmente le practican ecografía renal y vías urinarias, como registra la transcripción médica (fl.411 vlto), y sigue con igual manejo médico a la espera de la IRM cerebral simple y contrastada y un electroencefalograma, seguidamente el 21 de marzo de 2013 se deja constancia en la historia clínica que no se puede realizar la resonancia debido al deterioro neurológico de la paciente, por lo cual debe ser traída en ambulancia medicalizada para realizar el estudio bajo sedación, como se advierte en la historia clínica (fl.348), igualmente se deja la anotación respectiva el 25 de marzo de 2013 como consta en la historia clínica (fl.323).

La anterior circunstancia fue corroborada por el médico neurólogo Gabriel Adolfo Centanaro Meza, quien rindió testimonio a través del Juzgado comisionado, al indicar que la resonancia nuclear magnética no se realizó en primer lugar, porque la paciente estaba agitada debido a su estado de alteración mental y se necesitaba de 40 minutos aproximadamente de quietud para el examen, motivo por el cual se solicitó la práctica del examen bajo anestesia, siendo la programación diferente, ya que las citas son difíciles de conseguir y se encontraba en ese proceso, pues era necesario para su práctica, contar con la presencia de un anestesiólogo por el estado de la señora Teresa Arguello (*minuto 00:05:05 a minuto 00:45:03 Grabación 1 fl. 739*).

Asimismo lo corrobora la médica internista Adriana Catalina Uscategui Ruíz, al señalar que se le programaron dos citas para practicar la resonancia, pero la primera no se realizó debido a la condición respiratoria y agitación sicomotora de la paciente y en la segunda se presenta el desencadenante que conlleva a su deceso, que es una broncoaspiración y neumonía (*minuto 00:46:48 a minuto 01:05:30 Grabación 1 fl. 739*).

Valga precisar que el 24 de marzo de 2013 le realizan un RX tórax y al día siguiente se deja constancia en la historia clínica que los estudios no muestran la causa potencialmente corregible y se esperan reporte oficial de EEG, se le suministran medicamentos para combatir infección en vías urinarias y solicitan valoración por anestesiología para realizar la resonancia nuclear magnética bajo sedación, como registra la historia clínica (*fls. 323*).

Siguiendo el recuento de los hechos probados, se verifica que durante los días 27, 28, 29 y 30 de marzo de 2013, se deja a la paciente en interconsulta al servicio de anestesiología, orden de paraclínicos, se sospecha que padece síndrome de alteración de las funciones mentales superiores a estudio vs enfermedad de Creutzfeld-Jacob a descartar, se sigue el mismo tratamiento y pronóstico, se realiza control metabólico de insulina, rehabilitación integral, respiratoria, inhalatoria, antibacteriana, se toma glucometría y se continúa pendiente de la respuesta de interconsulta por parte del servicio de anestesiología para reprogramar la práctica de la resonancia nuclear magnética (*fls. 323 vltto y 324*).

El 1º de abril de 2013 se sigue el manejo por infección de vías urinarias y se ordena la práctica de exodoncia, el 3 y 4 de abril de 2013 se recibe reporte de tacar (Tac de alta resolución de torax) donde se evidencia lesión apical pulmonar izquierda de bordes irregulares, con imágenes que se dirigen a la periferia sugestiva de proceso neoplásico, niveles de antígeno carcinoembrionario, por tal motivo y dado que la tomografía simple de alta resolución de tórax muestra lesión sugestiva de masa basal izquierda, sin broncograma aéreo los galenos solicitan la realización de FBQ+BAL y biopsia transbronquial, colonoscopia y estudio contrastado cerebral y toraco-abdominal, para realizar nueva valoración con imágenes y reporte de biopsia, así señala la historia clínica (*fls. 326*).

No obstante debido a la nutrición enteral que estaba recibiendo la paciente y de acuerdo a su estado neurológico, pues no se encontraba en condiciones aptas para la preparación intestinal, se decide reprogramar la colonoscopia, registra su historia clínica (*fl.326*), por otro lado la valoran por el servicio de oncología, quedando pendiente los exámenes ordenados entre ellos IRM cerebral simple + contraste bajo sedación solicitada, colonoscopia, tac toraco abdominal, señala la historia clínica (*fls.326 vltto*).

El 8 de abril de 2013 la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez entra en paro cardiorespiratorio, le realizan intubación orotraqueal con relajantes musculares y sedación, higiene bronquial cuidados de tubo orotraqueal obteniendo secreción purulenta y hemoptoica en abundante cantidad por tubo y hialina abundante por boca queda vía aérea permeable y trasladan a la paciente a UCI medica con ventilador de

transporte (fls. 327). De otra parte le practican dos Rx tórax proyección única frontal portátil (fls. 85 y 89) y escenografía de cráneo simple (fls. 412 vltto).

Finalmente, el 9 de abril de 2013 la paciente presenta paro respiratorio con actividad eléctrica, sin pulso, con mioclónicas tempranas, por su estado no se considera candidata a manejo avanzado de reanimación, se ofrecen medidas básicas y se declara fallecida a las 11+30 horas, indica la historia clínica (fls. 329) y el aviso de defunción (fl.319)

Examinado al detalle el proceso de atención médica brindada, en el que se pone de relieve que se autorizaron y practicaron los procedimientos, exámenes de diagnóstico, remisiones y valoraciones clínicas por médicos de diferentes especialistas, el Despacho admite que se realizan de manera oportuna y suficiente de acuerdo al estado de evolución de la salud de la paciente, por lo cual no se advierten razones para atribuir una omisión o demora en la prestación del servicio en que hubiere podido incurrir alguna de las entidades demandadas, puesto que no se encuentra prueba alguna que indique que la causa del fallecimiento de la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez provenga de la deficiente o irregular prestación del servicio médico, como afirma la demanda.

El Despacho concluye que la ciencia médica puso a disposición de la paciente el protocolo que el avance científico permite y el mismo estado de salud de la paciente permitía, en esa medida se colige que el deceso se derivó de la propia condición de la paciente, que en algunos momentos influyó su propia voluntad para que los servicios no se continuaran o en otros el estado de diagnóstico de demencia impedían la práctica de algunos exámenes de diagnóstico, hechos que sin lugar a dudas, desde la vista científica, pueden ser atribuibles a las instituciones de salud demandadas, menos aun atribuir el fatídico desenlace. En este orden, se resalta que no se allegan medios probatorios de carácter médico especializado que demuestren un obrar diferente al que le fue realizado por los médicos especialistas adscritos a la red hospitalaria dispuesta para la atención de la paciente, tanto en el Dispensario del Batallón de Artillería Tarquí, como en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E y en el Hospital Militar Central.

En efecto, con fundamento en los medios probatorios con que cuenta el proceso, a los cuales ya se hizo referencia sobre su valor probatorio y su contenido científico de carácter médico, no es posible establecer que la realización de algún tipo de examen, como se depreca por la ausencia de la resonancia nuclear magnética, hubiese prevenido o evitado la muerte de la paciente, ni mucho menos, que por tal motivo las entidades prestadoras del servicio médico hayan incurrido en falla alguna del servicio, restándole probabilidades u oportunidades de curación o supervivencia de la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez.

Sobre este aspecto puntual, valga resaltar que la falta de práctica de la resonancia nuclear magnética, tal como se indicó en líneas anteriores, se debió al estado de alteración neurológica por la que cursaba la paciente durante la fase de hospitalización y dado que no existe documento o prueba técnica que demuestre lo contrario en el expediente, la práctica del examen en mención, no habría cambiado su pronóstico, tal como lo indicaron los profesionales de la medicina que rinden testimonio, pues fueron enfáticos en señalar que su práctica no influyó en el fallecimiento de la señora Teresa Arguello, en la medida que tan solo ayudaría a catalogar qué tipo de demencia dentro de las degenerativas, sufría la paciente, aclarando que éstas no tienen tratamiento etiológico, toda vez que inicialmente se descartaron las demencias que eran tratables como las infecciosas (varias) quedando en estudio las paraneoplásicas, cuando fallece la señora en cuestión.

Bajo este entendido, se infiere que si bien es cierto no se practicó la resonancia nuclear magnética, tal hecho no es determinante para configurar la falla en el servicio médico alegada por la parte demandante, por lo que se itera, no obra en el proceso elemento de convicción alguno que permita inferir, que a la paciente se le tenía que practicar algún tipo de examen o procedimiento específico adicional a los autorizados y realizados, puesto que no se arrima prueba que indique que así lo exigía el protocolo de atención, ni mucho menos que la falta de realización de la referida resonancia, sea la causa directa del fallecimiento.

Por otro lado no se puede perder de vista que se desconoce la causa real que desencadenó el fallecimiento de la paciente, toda vez que en el proceso no obra protocolo de necropsia o experticia medica que indique, de manera específica, cuáles fueron las causas de la muerte, ni los factores que influyeron para su ocurrencia.

En lo que respecta al diagnóstico de la paciente debe señalarse que los galenos después de descartar cada una de las posibles patologías que podría presentar la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez, teniendo en cuenta la sintomatología, los exámenes practicados, la valoración por cada una de las especialidades del ramo de la medicina que observaron a la paciente, se concluyó que padecía una *demencia* rápidamente progresiva y que se encontraba en proceso de descubrir su etiología, la cual probablemente estaba asociada a una causa paraneoplásica, por lo cual se siguen los protocolos establecidos para el efecto, realizando estudios de extensión, entre otros, tan pronto se descubrió que tenía una lesión en el pulmón que se caracterizó como una masa en el lóbulo inferior izquierdo, fue valorada por oncología y medicina interna, ordenando los estudios para descubrir la etiología de esta condición, pero fue ahí cuando se produjo el deceso.

En este punto resulta oportuno señalar que la jurisprudencia del Consejo de Estado¹⁴ ha sido reiterada en destacar que la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, razón por la cual los galenos están en la obligación de realizar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, como es natural, implican riesgos de complicaciones, que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina, de conformidad con la *lex artis*, a agotar todos los medios que estén a su alcance para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente.

Así las cosas, en el presente asunto no es posible endilgar responsabilidad a las entidades demandadas, en tanto que conforme a los medios probatorios obrantes en el plenario, el manejo dado a la paciente fue adecuado, oportuno y suficiente, pues se siguieron los protocolos de atención y es que a pesar del lamentable resultado de muerte de la señora Teresa Arguello, debe destacarse que los médicos hicieron todo lo que estaba a su alcance, pues una vez la paciente acudió a los centros hospitalarios, se le practican los estudios de extensión, las valoraciones por medicina especializada, le suministraron medicamentos, se le ordenaron multiplicidad de exámenes que se pueden practicar en entidades prestadoras de salud de mayor complejidad, lo cual deja sin sustento lo infirmado en la demanda, bajo el supuesto que la atención médica fue deficiente, negligente e inoportuna.

Recapitulando, no obra prueba alguna en el expediente que permita establecer que el fallecimiento de la señora Teresa de Jesús Arguello Montañez pueda ser atribuido – por acción u omisión-, al Dispensario del Batallón de Artillería No. 1 “Tarquí” en Sogamoso, el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. y el Hospital Militar Central.

¹⁴ Ver, entre otras, la sentencia del 27 de enero de 2016, proferida por la Sección Tercera – Subsección A del Consejo de Estado, con ponencia del Magistrado Hernán Andrade Rincón, Expediente: 29.728.

Lo anterior se debe analizar, además, a la luz de lo que ha afirmado por el Consejo de Estado¹⁵ en torno a la pérdida de oportunidad, para cuya configuración en cada caso concreto ha establecido tres criterios:

“(i) Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio, lo cual significa que esta modalidad de daño da lugar a un resarcimiento a pesar de que el bien lesionado no tiene la entidad de un derecho subjetivo —pues se trata de un mero interés legítimo, de la frustración de una expectativa, sin que ello suponga que se trata de un daño puramente eventual—, siempre y cuando se acredite inequívocamente la existencia de ‘una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente’¹⁶ de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondientes¹⁷;

(ii) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento, vale decir, la probabilidad de obtener la ventaja debe haberse convertido en inexistente, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en indebida¹⁸; lo expuesto se antoja lógico en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el “chance” aún no estaría perdido y nada habría por indemnizar; por tanto, si bien se mantiene la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir la ganancia o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido definitivamente del patrimonio —material o inmaterial— del individuo porque dichos resultados ya no podrán ser alcanzados jamás.

Tal circunstancia es la que permite diferenciar la ‘pérdida de oportunidad’ del ‘lucro cesante’ como rubros diversos del daño, pues mientras que la primera constituye una pérdida de ganancia probable —dado que, según se ha visto, por su virtud habrán de indemnizarse las expectativas legítimas y fundadas de obtener unos beneficios o de evitar una pérdida que por razón del hecho dañoso nunca se sabrá si habrían de conseguirse, o no—, el segundo implica una pérdida de ganancia cierta —se dejan de percibir unos ingresos que ya se tenían¹⁹—;

(iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado realmente se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho por el cual propugnaba, posición jurídica que ‘no existe cuando quien se pretende damnificado, no llegó a emplazarse en la situación idónea para hacer la ganancia o evitar la pérdida’²⁰.

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, Expediente No. 18593. Reiteración en sentencia del 30 de enero de 2013, rad. 23769, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

¹⁶ Cita textual del fallo: TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, Pérdida de chance Presupuestos. Determinación. Cuantificación, Astrea, Buenos Aires, 2008, pp. 38-39.

¹⁷ Cita textual del fallo: A este respecto se ha sostenido que “... la chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o esa chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésa no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta” (énfasis añadido). Cfr. MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ TAMAYO, Catalina, Responsabilidad civil extracontractual, Temis, Bogotá, 2003, p. 260.

En similar sentido, Trigo Represas señala que “[E]n efecto, si la chance aparece no sólo como posible, sino como de muy probable y de efectiva ocurrencia, de no darse el hecho dañoso, entonces sí constituye un supuesto de daño resarcible, debiendo ser cuantificada en cuanto a la posibilidad de su realización y no al monto total reclamado.

La pérdida de chance es, pues, un daño cierto en grado de probabilidad; tal probabilidad es cierta y es lo que, por lo tanto, se indemniza (...) cuando implica una probabilidad suficiente de beneficio económico que resulta frustrada por el responsable, pudiendo valorársela en sí misma con prescindencia del resultado final incierto, en su intrínseco valor económico de probabilidad” (subrayas fuera del texto original). Cfr. TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, Pérdida de chance, cit., p. 263.

¹⁸ HENAO, Juan Carlos, El daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en derecho colombiano y francés, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1998, pp. 159-160.

¹⁹ Cita textual del fallo: Al respecto la doctrina afirma que “... ‘en el lucro cesante está ‘la convicción digamos más o menos absoluta de que determinada ganancia se produzca’, mientras que en la pérdida de chance hay ‘un álea que disminuye las posibilidades de obtenerla’, diríase que en el lucro cesante el reclamo se basa en una mayor intensidad en las probabilidades de haber obtenido esa ganancia que se da por descontado que de no haberse producido el hecho frustrante se habría alcanzado. Desde el prisma de lo cualitativo cabe señalar que el lucro cesante invariablemente habrá de consistir en una ganancia dejada de percibir, en tanto que la pérdida de chance puede estar configurada por una ganancia frustrada y además por la frustración de una posibilidad de evitar un perjuicio”. Cfr. VERGARA, Leandro, Pérdida de chance. Noción conceptual. Algunas precisiones, LL, 1995-D-78, N° 3, apud TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, Pérdida de chance, cit., p. 262.

²⁰ Cita textual del fallo: ZANNONI, Eduardo, El daño en la responsabilidad civil, Astrea, Buenos Aires, 1987, pp. 110-111.

En el caso *sub lite* no se cumplen los citados criterios, puesto que no se aportó al proceso prueba alguna que acreditara certeza sobre la posibilidad de que de haberse practicado a la paciente Teresa Arguello, algún tratamiento o protocolo diferente al señalado por el grupo médico interdisciplinario que la atendió en las diferentes instituciones y momentos, ello llevaría a la preservación de su vida, así como tampoco obra medio que indique que la paciente tuviera una expectativa legítima de obtener un beneficio con la realización de algún tipo de examen médico específico, por lo que se infiere que la paciente no tenía una oportunidad real y/o cierta que hubiese visto frustrada, cercenada o destruida.

En este orden, se torna, estéril cualquier examen de los fundamentos o sistemas de responsabilidad, objetivos o tradicionales, porque se está en presencia de una falta absoluta de causalidad del hecho dañoso que pudiere ser imputable al Estado y aquéllos encuentran fundamento y razón de ser, sólo cuando el daño antijurídico le es imputable a la Administración, cuestión que no se configuró en el caso *sub examine* y por ello se releva al Juzgador de ese tipo de consideraciones.²¹

En consecuencia, al no demostrarse las circunstancias de tiempo, modo y lugar que le den sustento a las afirmaciones realizadas en la demanda y de conformidad con la regla “*onus probandi incumbit actori*” le correspondía a la parte actora, en los términos señalados en el artículo 167 del CGP., probar los hechos de los cuales alega las consecuencias patrimoniales solicitadas a su favor y en contra de las entidades demandadas, carga probatoria que no se cumplió en el plenario por la parte demandante, ostentando el deber de comprobar los fundamentos fácticos de la acción para endilgar la presunta responsabilidad a las entidades demandadas, tal como lo solicitó en el libelo introductorio.

Así las cosas y ante la inexistencia de otros medios de prueba, es claro que no se puede tener por establecida la responsabilidad en la parte demandada respecto de los daños invocados por la parte actora, sobre el particular la Sección Tercera del Consejo de Estado en providencia del treinta y uno (31) de agosto de dos mil quince (2015), Radicación número: 23001-23-31-000-1998-11014-01(36419) Consejera Ponente: doctora Stella Conto Díaz del Castillo, precisó:

Bajo este contexto es importante resaltar, que la carga de la prueba es “una noción procesal que consiste en una regla de juicio, que le indica a las partes la autorresponsabilidad que tienen para que los hechos que sirven de sustento a las normas jurídicas cuya aplicación reclaman aparezcan demostrados y que, además, le indica al juez cómo debe fallar cuando no aparezcan probados tales hechos”²². Sobre este punto se ha referido la Sala Plena en los siguientes términos²³:

“La noción de carga ha sido definida como “una especie menor del deber consistente en la necesidad de observar una cierta diligencia para la satisfacción de un interés individual escogido dentro de los varios que excitaban al sujeto”. La carga, entonces, a diferencia de la obligación, no impone al deudor la necesidad de cumplir—incluso pudiendo ser compelido a ello coercitivamente—

²¹ En ese mismo sentido consultar, por ejemplo, Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 13 de agosto de 2008, Exp. 165.16 y del 4 de junio del 2008, Exp. 16.643. MP. Enrique Gil Botero.

²² PARRA QUIJANO, Jairo. Manual de derecho probatorio. Bogotá: Librería Ediciones del Profesional. 2007., pág. 249. De manera más detallada el tratadista Devis Echandía expone lo siguiente: “Para saber con claridad qué debe entenderse por carga de la prueba, es indispensable distinguir los dos aspectos de la noción: 1º) por una parte, es una regla para el juzgador o regla del juicio, porque le indica cómo debe fallar cuando no encuentre la prueba de los hechos sobre los cuales debe basar su decisión, permitiéndole hacerlo en el fondo y evitándole el proferir un non liquet, esto es, una sentencia inhibitoria por falta de pruebas, de suerte que viene a ser un sucedáneo de la prueba de tales hechos; 2º) por otro aspecto, es una regla de conducta para las partes, porque indirectamente les señala cuáles son los hechos que a cada una le interesa probar (a falta de prueba aducida oficiosamente o por la parte contraria; cfr., núms. 43 y 126, punto c), para que sean considerados como ciertos por el juez y sirvan de fundamento a sus pretensiones o excepciones.” DEVIS ECHANDÍA, Hernando. Teoría general de la prueba judicial. Bogotá: Editorial Temis. 2002., pág. 405. De lo anterior, este último autor afirma: “De las anteriores consideraciones, deducimos la siguiente definición: carga de la prueba es una noción procesal que contiene una regla de juicio, por medio de la cual se le indica al juez cómo debe fallar cuando no encuentre en el proceso pruebas que le den certeza sobre los hechos que deben fundamentar su decisión, e indirectamente establece a cuál de las partes le interesa la prueba de tales hechos, para evitarse las consecuencias desfavorables.” Idem. pág. 406

²³ Consejo de Estado. Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sentencia de diciembre 11 de 2007. Radicado 110010315000200601308 00.

con la prestación respecto de la cual se ha comprometido con el acreedor, sino que simplemente faculta —la aludida carga—, a aquél en quien recae, para realizar una conducta como consecuencia de cuyo despliegue puede obtener una ventaja o un resultado favorable, mientras que si no la lleva a cabo, asume la responsabilidad de aceptar las consecuencias desventajosas, desfavorables o nocivas que tal omisión le acarree.

“Trayendo este concepto al ámbito del proceso y de la actividad probatoria dentro del mismo, la noción de carga se traduce en que a pesar de que la igualdad de oportunidades que, en materia de pruebas, gobierna las relaciones entre las partes procesales, dicho punto de partida no obsta para que corra por cuenta de cada una de ellas la responsabilidad de allegar o procurar la aportación, al expediente, de la prueba de ciertos hechos, bien sea porque los invoca en su favor, bien en atención a que de ellos se deduce lo que pide o a lo que se opone, ora teniendo en cuenta que el hecho opuesto está exento de prueba —verbigracia, por venir presumido por la ley o por gozar de notoriedad o por tratarse de una proposición (afirmación o negación) indefinida—.”

A partir de esta noción, las partes del proceso conocen desde el principio el comportamiento a seguir, en punto al ejercicio probatorio que requieren desplegar, con el fin de lograr la aplicación de los supuestos normativos que invocan y lograr una decisión favorable a sus intereses. De igual forma aceptan las consecuencias positivas como negativas que finalmente se desprendan, por cuanto, es el producto del debate probatorio que ellos propician y en el que participan en igualdad de condiciones, el que finalmente le permite al funcionario judicial decidir.

De la lectura de la jurisprudencia en cita y como quiera que la parte demandante incumplió con la carga probatoria que le correspondía, siendo elemento indispensable para analizar los elementos de responsabilidad patrimonial de las entidades demandadas, el Despacho negará las pretensiones de la demanda, dado que en relación con el hecho no se aportó, se repite, ninguna prueba diferente a las relacionadas en párrafos precedentes, por lo tanto, es claro, que no se dan los supuestos para proferir una condena a favor de la parte actora.

12. DECISION SOBRE EXCEPCIONES

El Hospital Regional de Sogamoso, propuso la excepciones denominadas: *Falta de causa para promover la acción*: Indica que no se demostró la verdadera causa que originó el fallecimiento de la paciente aduciendo además la culpa exclusiva de la víctima al no consultar en la entidad, complementada con la excepción de *falta de causa petendi* al decir que no se puede enmarcar peticiones para formar el vínculo procesal con la demandad.

Mientras que el Hospital Militar propone como excepción la *Inexistencia de un nexo causal entre la conducta desplegada por la Institución y el fallecimiento de la señora Teresa de Jesús Arguello*, asegurando que era inevitable el lamentable desenlace y que las actuaciones el centro hospitalario no fueron la causa de la muerte, por lo que *no existen de presupuestos fácticos y jurídicos para atribuir* falla del servicio, en la medida que su representada actuó con prudencia, pericia, diligencia y cumplimiento de protocolos en la atención.

La llamada en garantía, Aseguradora la Previsora, formuló excepciones: *Ausencia de responsabilidad por inexistencia de nexo de causalidad de la atención médica y la muerte de la paciente* y que la *obligación es de medio y no de resultado*

En este orden se declara la prosperidad de las mismas por cuanto realizado el juicio de imputación, el Despacho no encontró demostrado el nexo de causalidad entre el daño padecido por los demandantes derivados del fallecimiento de la Señora Arguello y el servicio prestado por cada una de las instituciones de salud demandadas, que pudieran denotar una falla en el servicio por demora u omisión en la atención médica hospitalaria, carga procesal que le incumbe a la parte demandante.

En tal sentido, siendo prosperas las excepciones propuestas frente a las pretensiones, por lo que no será menester analizar las excepciones propuestas frente al llamamiento en garantía, por cuanto refieren a la cobertura, límites y deducible, en caso que hubiere sido declarada como tercero responsable en el eventual pago, que como se itera, no se produce dicha orden.

De contera, la apoderada del Ejército Nacional formuló la excepción de *culpa exclusiva de la víctima* explicando que los familiares de la causante colocaron en peligro la salud de la paciente porque no fue llevada a un centro hospitalario días antes a la fecha de su fallecimiento, se declara no probada por cuanto dicha afirmación no resulta acreditada en el expediente, como causa eficiente en la producción del fatal resultado, por el contrario en esta providencia se sostiene que dicha causa no fue revelada con el debate probatorio.

13. CONDENA EN COSTAS

Conforme a lo señalado en el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 “*Salvo en los procesos que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del código de Procedimiento Civil*”. Norma que debe entenderse fue subrogada por el CGP (Ley 1564 de 2012)

El Art. 361 del CGP señala que las costas se integran por las expensas y gastos sufragados en desarrollo del proceso y además por las agencias en derecho, cuyo Art. 366 *ídem*, determina entre otras, la siguiente regla:

1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.

En este caso concreto, se condenará costas a la parte demandante, sujeto procesal vencido en este proceso y además se fijan agencias en derecho conforme a los parámetros señalados en Acuerdo 1887 de 2003 expedido por la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, norma vigente al momento de la presentación de la demanda el 4 de junio de 2015 según el acta de reparto (*fl.143*), las cuales se liquidan con base en el procedimiento señalado en el Art. 366 *ídem*.

Teniendo en cuenta que en la demanda se pretendía únicamente la indemnización del daño inmaterial (daño moral) y por lo mismo no pudo tomarse como criterio objetivo para tasar las agencias en derecho, en la medida que no se cuantificó el valor del material (*fl.8-9 y 151-152*) siendo este uno de los componentes del daño, el cual es susceptible de estimación razonada, en este caso se fijan agencias en derecho, en la suma de un salario mínimo legal mensual vigente.

14. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito Judicial de Sogamoso, “*Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la ley*”.

FALLA:

Primero.- Declarar fundadas las excepciones de mérito denominadas *Falta de causa para promover la acción y falta de causa petendi* propuestas por el Hospital Regional de Sogamoso.

Segundo.- Declarar fundadas las excepciones de mérito denominadas: *Inexistencia de un nexo causal entre la conducta desplegada por la Institución y el fallecimiento de la señora Teresa de Jesús Arguello; inexistencia de presupuestos fácticos y jurídicos para atribuir falla del servicio, propuestas por el el Hospital Militar*

Tercero.- Declarar fundadas las excepciones de mérito denominadas: *ausencia de responsabilidad por inexistencia de nexo de causalidad de la atención médica y muerte de la paciente; obligación de medio y no de resultado; falta de causa para promover la acción, propuestas por la llamada en garantía, Aseguradora la Previsora S.A., de conformidad con lo expuesto en esta providencia.*

Cuarto.- Declarar no probada la excepción denominada *culpa exclusiva de la víctima* propuesta por la apoderada de la Nación- Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional

Quinto.- Negar las pretensiones de la demanda, conforme a lo señalado en la parte considerativa de esta sentencia.

Sexto.- Condenar en costas a la parte demandante, vencida en este proceso, las cuales se liquidarán por Secretaría del Juzgado, aplicando el procedimiento establecido en el artículo 366 del CGP y se fijan agencias en derecho en la suma de un salario mínimo legal mensual vigente.

Séptimo.- Ejecutoriada la presente providencia, devolver a la parte demandante el remanente de los gastos del proceso, si hay lugar a ello y archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


NELSON JAVIER LEMUS CARDOZO
JUEZ