

Florencia,

Doctora

VIVIANA ANDREA GUEVARA VALBUENA

Juez Quinto Administrativo del Circuito

j05adminfencia@cendoj.ramajudicial.gov.co

Florencia - Caquetá

E. S. D.

Medio de control:	Reparación Directa
Demandante:	CARLOS ANTONIO SALDARRIGA ACEVEDO Y OTROS
Demandado:	HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E.
Radicado:	18-001-33-33-005-2023-00373-00
Asunto:	CONTESTACION DE LA DEMANDA

Cordial saludo señora Jueza:

JESSICA LORENA SANDOVAL ROJAS, mayor, domiciliada en esta ciudad, identificada con cédula de ciudadanía 1.117.523.014, abogada con tarjeta profesional 251.534 del C. S. de la J., obrando en calidad de apoderada de la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA, respetuosamente y dentro del término procesal establecido en el artículo 172 del CPACA me permito contestar el medio de control de la referencia, conforme a lo siguiente:

(i) Aspectos generales:

1. Pronunciamiento sobre los hechos

Al Primero a Octavo. No corresponde al demandando, deberá probarse dentro del proceso.

Al noveno No es cierto. Según la historia clínica los diagnósticos iniciales dados los síntomas de la paciente son: infección de vías urinarias y dolor abdominal no especificado. No es cierta la afirmación de la parte demandante acerca de que *"se le dijo que se temía que fuera el apéndice debido a los antecedentes familiares el cónyuge el señor Carlos Antonio Saldarriaga y la nieta la señora Carolina Uribe"*. No existe registro de ello en la historia clínica.

Al décimo No es cierto. Según la historia clínica, la paciente fue valorada

7 horas después de su ingreso. En la nota de evolución se registra: "Paciente con mejoría de su cuadro clínico. FR 22 por min; FC 78 por min; TA 130/85, hemograma normal, uroanálisis muestra fosfatos amorfos +++; se da alta médica".

Por tanto no es cierta la afirmación de la demanda en cuanto a que: *... "aún así estando la señora con dolores, con deseos de vomitar y llorando, le formularon medicamentos como hioscina N-butil bromuro x10 mg tableta y así la envían para su lugar de residencia..."*.

**Al décimo
primero**

No corresponde al HMI

**Al décimo
segundo**

No es cierto, teniendo en cuenta que para el día 09 de agosto de 2021 la paciente MARIA HINCAPIE no ingresó al HMI. Tampoco es cierto, las afirmaciones de la demanda acerca que: *"...se le informa por parte de los familiares los antecedentes y síntomas y que se temían que fuera el apéndice..."* no están registradas en la historia clínica. Deben probarse.

En segundo lugar, tampoco aparece en la historia clínica la orden de realizar cirugía de la vesícula. Lo que se solicitó en ese momento fue la valoración por cirugía, que es muy diferente. En ningún momento, en esa valoración, se le indica a la paciente que va a ser intervenida quirúrgicamente. La paciente se encontraba clínicamente estable y no tenía al examen físico signos de irritación peritoneal, por lo que no había indicación de realizar cirugía en ese momento.

**Al décimo
tercero y
décimo
cuarto**

Parcialmente ciertos. La paciente no ingresó el día lunes 9 de agosto de 2021 sino el día martes 10 de agosto de 2021, según historia clínica del HMI. A la paciente se le sugirió la posibilidad de dar de alta por presentar mejoría de sus síntomas. Sin embargo, la familiar no aceptó el egreso y por ello el médico general decidió dejar al paciente en observación y pedir la valoración por cirugía general. El cirujano lo valora y no encuentra en ese momento signos de irritación peritoneal, el paciente está estable y no tiene indicación de realizar cirugía de urgencia, por lo que decide dar de alta. Respecto a las afirmaciones de la demanda acerca de las declaraciones hechas por la familia y por el personal médico no constan en la historia clínica, deben ser probadas

Parcialmente cierto según consta en la historia clínica del HMI.

Al décimo quinto	Este punto contiene apartes de las notas de evolución del día 10 de agosto de 2021. Son ciertas y ya se comentaron en los puntos 13 y 14 del presente análisis. A la paciente no se le practicó el estudio eso fago gastroduodenoscopia como afirma la demanda. El estudio se ordenó por el cirujano para que fuera realizado en forma ambulatoria. Si se le realizó el estudio de ecografía de abdomen con los hallazgos que se describen en este punto.
Al décimo sexto y décimo séptimo	Son ciertos según consta en la historia clínica del HMI. Estos puntos solo contienen descripciones de las atenciones dadas a la paciente que concuerdan con lo registrado en la historia clínica
Al décimo octavo a vigésimo segundo	No corresponden a HMI

2. Pronunciamiento sobre las pretensiones

Primera pretensión declarativa	Nos oponemos, considerando que no se conjugan los elementos necesarios para la declaratoria de responsabilidad médica estatal en contra de la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA, por cuanto desde el punto de vista de la imputación jurídica o fundamento del deber de reparar no se avizora falla del servicio, como se verá en el escrito de excepciones de fondo y, desde la imputación fáctica, una atención diligente y adecuada no genera la relación causal con el daño, para estructurar el juicio de responsabilidad.
Primera pretensión de condena	Nos oponemos, teniendo en cuenta la anterior manifestación es menester indicar que las pretensiones por concepto de perjuicios morales son improcedentes, por cuanto los mismos no pasan de la mera narrativa. Además, se debe tener en cuenta lo probado dentro del proceso respecto a la demostración de parentesco de los demandantes y grado de consanguinidad. En tanto que no hay la menor prueba de la supuesta afectación inmaterial; además no se configura responsabilidad en este caso atribuible a mi prohijada.
Tercera	Nos oponemos, tiene vocación de prosperidad una condena en costas y agencias en derecho pero en contra de la parte demandante, atendiendo lo dispuesto en el 188 y 306

del CPACA y lo prescrito en el numeral 8º del artículo 365 del C.G.P

Cuarto

Nos oponemos, no puede perseguir la actualización monetaria La condena es improcedente. La parte demandante hace méritos para resultar condenada en costas y agencias en derecho a favor de mi prohijada.

3. Excepciones de fondo

3.1. Ausencia de falla del servicio por parte de la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA.

El juicio de imputación, como lo estructura la jurisprudencia reciente del Consejo de Estado, requiere el análisis de dos niveles. Dentro del primer nivel, el de la imputación fáctica, se realiza el estudio de la acción o la omisión y los criterios para configurarlas, mientras que en el segundo nivel de la imputación se atenderá el estudio del fundamento jurídico de reparar, esto es, de la falla del servicio, de la teoría del riesgo excepcional y del daño especial.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha considerado que la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que se deberá estudiar desde la falla probada del servicio, como título de imputación, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este¹. De allí que en este caso le incumbe a la parte actora determinar la falla y, por supuesto probarla.

Ahora para que se configure falla en el servicio médico, el mismo Consejo de Estado ha expresado que deberá la parte demandante debe demostrar que la atención no cumplió los estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso², aunado a que deberá probar que las prácticas galénicas no fueron dispensadas con diligencia y cuidado, es decir, que no se dirigieron utilizando todos los medios posibles, de orden humano, científico, farmacéuticos y técnicos³, no obstante, la parte demandante NO PRUEBA y ni siquiera narra concretamente los hechos dañinos constitutivos del daño. La parte demandante no cumple con la carga de prueba en la determinación de la falla del servicio.

En el caso bajo estudio, no obra falla del servicio por parte de la E.S.E. HOSPITAL

¹ Ver por ejemplo las sentencias del CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, del 31 de agosto 31 de 2006, exp.15772, C.P. Ruth Stella Correa; del 03 de octubre de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez

² CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, sentencia del 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella CorreaPalacio

³ CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, sentencia del 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

MARÍA INMACULADA y, de ello se podría cerciorar su Despacho con la constatación de la historia clínica. La parte demandante tampoco es específica ni hace un análisis acerca de la falla en el servicio, que a su juicio fue la circunstancia productora de la muerte de la paciente.

El caso se manejó de acuerdo a las patologías presentadas: Paciente que consulta por dolor abdominal intenso tipo cólico, difuso, además disuria, polaquiuria. Paciente ansiosa, alerta, en regular estado general. TA: 177/85 FC: 80 FR: 23 T° 36.4 SpO2 98% Peso: 55 Talla: 148 cm. Abdomen: Dolor en mesogastrio. Dolor a la palpación y por los especialistas idóneos para su manejo: Internista, Cirujano con los mejores recursos a disposición en el momento de la atención. El manejo médico dado por el personal que manejó el caso estuvo acorde a sus patologías.

3.2 Ausencia de imputación fáctica respecto de la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA / La causa de la muerte obedeció a sus condiciones patológicas.

Como se ha venido afirmando por parte de la jurisprudencia del Consejo de Estado, la imputación del daño antijurídico exige analizar dos esferas: a) la imputación fáctica y b) la imputación jurídica, en la que se debe determinar la atribución conforme a un deber jurídico que opera con fundamento en los distintos criterios de imputación, consolidados en el precedente de la sala de lo Contencioso Administrativo⁴.

La imputación fáctica se estudia a través de teorías causales, donde entra en juego la acción u omisión por parte de la entidad estatal y el daño antijurídico irrogado, para que finalmente se materialice los presupuestos que permiten determinar la responsabilidad patrimonial del Estado o, por el contrario, denegarse las pretensiones de la demanda y por contera, eximirse de responsabilidad a la entidad estatal cuando dichos elementos no logran ser acreditados.

Esta misma máxima autoridad de lo Contencioso Administrativo, en reiterado ocasiones ha determinado que el nexo causal permite vincular el daño con el responsable del mismo, de forma que para que pueda ser declarada la responsabilidad debe establecerse una relación de causa a efecto entre el actuar administrativo y el daño. Entonces, como debe existir necesariamente un nexo o relación de causalidad entre el daño antijurídico y la acción u omisión que se imputa. En este caso pretenden erradamente los demandantes que esta entidad acceda a reparar unos perjuicios que presuntamente les fueron ocasionados, a

⁴ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN C, Consejero Ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA, Bogotá D.C., 13 de junio de 2013. Radicación No. 54001233100019971216101 (26800)

pesar de las atención diligente, proba, cuidadosa que se tuvo en el ingreso y atenciones que tuvo la señora MARIELA HINCAPIE MUÑOZ (Q.E.P.D.) – pareciera- que tan solo por cuanto en el proceso de sus atenciones participó personal médico - asistencial del HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E., en razón a que este aspecto no deriva *per se*, la responsabilidad estatal de esta entidad. Véase lo que al respecto ha dicho el Consejo de Estado:

"Vale señalar que en materia de responsabilidad estatal, el asunto no puede ser resuelto con la sola constatación de la intervención causal de la actuación médica, sino que esa actuación debe ser constitutiva de una falla del servicio y ser ésta su causa eficiente. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que éste constituyó un efecto"⁵ no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente"

"La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la lexartis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijurídica del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo"⁶

Así las cosas, se debe observar si hubo inobservancia de la lexartis y que la misma se constituya en la causa eficiente del daño. Nótese como debe existir imprescindiblemente un vínculo entre la actuación de mi prohijada y el daño antijurídico, cuya reparación persiguen los demandantes. Al respecto ha dicho el

⁵ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Exp. 15772; C.P. Ruth Stella Correa

⁶ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN B, C.P. RUTH STELLA CORREA PALACIO, 11 de mayo de 2011, radicación número: 17001-23-31-000-1996-05026-01 (18792).

Consejo de Estado:

En otros términos, la importancia de la imputación fáctica radica en trazar el vínculo o conexión entre el daño antijurídico y la conducta activa u omisiva que se le atribuye al demandado para que una vez verificada esa existencia, determinar si el comportamiento fue negligente o imprudente, esto es, si medió una falla del servicio siempre que el régimen de responsabilidad aplicable sea el subjetivo, puesto que en uno de naturaleza objetivo sólo bastará la constatación de los dos primeros supuestos, es decir, la lesión y su atribución fáctica...

(...)

"... Lo anterior, toda vez que es imprescindible establecer el vínculo entre la actuación del demandado y el daño antijurídico alegado por el demandante para determinar si la lesión tuvo su génesis o no en el comportamiento activo u omisivo que se le enrostra a aquél. Esta es la razón por la cual el paradigma de la responsabilidad se modificó y, por lo tanto, antes de la verificación de si el demandado actuó con culpa o falla del servicio (imputación jurídica) es imprescindible constatar la existencia de un daño antijurídico que sea producto de la conducta que se le imputa en el plano fáctico a aquél (imputación fáctica)"

La parte demandante minimiza la diligente prestación de servicios médicos suministrada a la paciente MARIELA HINCAPIE MUÑOZ (Q.E.P.D.).

La paciente de 72 años, ingresa a consulta al Servicio de Urgencias del HM, el día 7 de agosto de 2021 a las 23 y 12 horas, con motivo de consulta " Me duele la barriga ". Se especifica en la historia clínica con enfermedad actual que consulta por dolor abdominal intenso tipo cólico, difuso, además disuria, polaquiuria. Se realiza examen físico: TA: 177/85 FC: 80 FR: 23 T° 36.4 SpO2 98% Peso: 55 Talla: 148 cm. Abdomen: Dolor en mesogastrio. Dolor a la palpación. Posterior a ello se determina 1) Infección de vías urinarias, sitio no especificado 2) otros dolores abdominales y los no especificados. Dentro del análisis médico, se estableció paciente con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal de predominio mesogastrio, con disuria y polaquiuria. Paciente ansiosa, alerta, en regular estado general. Las ordenes medicas generadas fueron continuar en la unidad; catéter heparinizado; hioscina + dipirone amp iv; paraclínicos (hemograma y uroanálisis); cuidados de enfermería; control de signos vitales y avisar cambios.

El día 8 de agosto de 2021 a las 6 y 01 horas es valorada por Médico General en el servicio de observación de urgencias, realizando la interpretación de paraclínicos: Hemograma normal. Uroanálisis normal. Paciente con mejoría de su cuadro clínico. FR 22 por min; FC 78 por min; TA 130/85, hemograma normal, uroanálisis muestra fosfatos amorfos ++++; se da alta médica. El Plan a seguir fue el suministro de medicamentos y Control con medicina general por consulta externa.

Nótese señor Juez que a la paciente se le dio salida teniendo en cuenta los resultados de los análisis de laboratorios realizados, los cuales presentaban mejoría. El segundo ingreso de la señor MARIELA HINCAPIE MUÑOZ fue el día 10 de agosto de 2021 a las 8 y 59 horas ingresa al servicio de urgencias del HMI, Motivo de consulta: "Todo lo que come lo vomita y le duele la boca del estómago" Enfermedad actual: Se re-interroga a la paciente y a su acompañante: refiere la hija cuadro clínico de 3 días, caracterizado por dolor abdominal localizado en flanco derecho e hipogastrio, asociado a disuria y polaquiuria. Niega cambios en la coloración de la orina. Por dichos síntomas consultó a esta institución el mismo día, donde dieron manejo médico con posterior egreso con hioscina simple. Explica la hija de la señora que, desde el mismo día del egreso, la paciente ha presentado múltiples episodios eméticos, en promedio 6 al día, líquidos de aspecto bilioso, asociado a náuseas, dolor epigástrico (lo describe como "ardor") e hiporexia. Niega mejoría con tratamiento instaurado al egreso de esta institución.

El examen físico para esta fecha TA 125/71 FC 97 FR 20 T° 35.7 SpO2 95% Peso Talla 144 cm . Tórax Simétrico, normoexpansible sin tirajes. pulmones normoventilados en ambos campos sin agregados. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplo. Abdomen: Abundante panículo adiposo. refiere dolor a la palpación a nivel epigástrico y en flanco derecho. No masas, ni visceromegalias, ni signos de irritación peritoneal. Neurológico: Alerta, orientada en sus 3 esferas. glasgow 15/15. tono y fuerza conservados. Piel: palidez mucocutánea moderada. El diagnóstico: Dolor abdominal localizado en parte superior; otras gastritis agudas. Dentro del análisis medico se establece adulto mayor femenina acompañada por familiar, quien refiere cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal. Consultó a esta institución por dicho síntoma con posterior egreso por mejoría. Refiere la familiar exacerbación del dolor, a nivel epigástrico y múltiples episodios de vómito desde el día del egreso. Niega mejoría con n-butil bromuro de hioscina simple. La paciente se observa álgica, asocia algún grado de deshidratación, no presenta signos de focalización neurológica, no presenta signos de bajo gasto, no presenta signos de dificultad respiratoria, no presenta aspecto séptico. Hoy refiere orina que describe como "concentrada". Niega síntomas urinarios. Niega diarrea.

A las 13 y 31 horas es valorada por médico general en el servicio de observación de urgencias. Interpretación de paraclínicos: Bilirrubinas total y directa elevadas; creatinina 1.37 (límite superior); Ecografía de abdomen reporta: Barro biliar escaso en vesícula biliar, ateromatosis aórtica, atrofia renal bilateral, íleo. meteorismo intestinal. Fosfatasa alcalina elevada: 353; Glicemia elevada (Postprandial); Hemograma leucocitosis discreta con neutrófilos en 73%, no anemia; BUN elevada (30 mg); TGO elevada (48); TGP (41); Uroanálisis contaminado no patológico.

Dentro de la historia clínica se consigna que se explica a familiar y a la paciente que por mejoría clínica se decide dar egreso, sin embargo, familiar refiere que "de pronto se pasa el efecto del medicamento y empeore". Teniendo en cuenta que es una paciente reconsultante por dolor abdominal, quien a pesar de manejo médico inicial (hace 3 días) presentó mejoría (según nota de historia clínica de ingreso anterior) y quien, a pesar de mejoría manifestada por la paciente, se decide dejar en observación para valoración por cirugía. La paciente al momento de esta valoración se observa en aceptables condiciones generales, no luce deshidratada, no luce icterica, no presenta signos de focalización neurológica, no presenta signos de dificultad respiratoria, no presenta agregados a la auscultación, no presenta signos de bajo gasto. Presenta adecuada perfusión distal, los pulsos distales son simétricos. Los ruidos cardíacos son rítmicos, sin soplo. El abdomen es blando, depresible, no doloroso a la palpación abdominal superficial ni profunda en ninguno de los 4 cuadrantes. No se palpan masas ni visceromegalias, no signos de irritación peritoneal. marcha y movimientos conservados. llenado capilar menor a 2 segundos. La paciente refiere flatos. Este día, se solicita valoración por cirugía. Siendo valorada el mismo día por cirujano general el cual determina:

Enfermedad actual: Paciente femenina quien ingresa con cuadro clínico de 3 días de evolución consistentes en dolor abdominal en hemiabdomen derecho y epigastrio, vómitos e hiporexia.

Subjetivo: Paciente en compañía. Refiere tener alivio de dolor abdominal, no refiere náuseas ni vómito, afebril, diuresis positiva, deposiciones presentes.

Objetivo: Paciente en buen estado general, alerta, hidratada, afebril, sin dificultad respiratoria, sin signos de irritación peritoneal. Con signos vitales:

ta:125/71; fc:97; fr:20; t:35.7°C; Spo2: 95%. Cabeza y cuello: mucosas húmedas, escleras anictéricas, cuello sin masas, ni ingurgitación yugular. Tórax simétrico sin distrés respiratorio. Abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades móviles sin edema buen llenado capilar. Neurológico: sin déficit aparente.

Paraclínicos: Cuadro hemático: leve leucocitosis, sin neutrofilia, sin alteración de la línea roja. Transaminasas tgo elevada, tgp normal. Bilirrubinas levemente elevadas. Fosfatasa alcalina elevada. Función renal creatinina normal, bun elevado, glucosa elevada. Uroanálisis no sugestivo de ivu (10/08/21). Eco de abdomen: vesícula con barro biliar escaso, ateromatosis aórtica; atrofia renal bilateral; ileo.

Análisis: Paciente femenina de 72 años, multi consultante, quien en el momento se encuentra en la unidad con cuadro clínico anteriormente descrito, con paraclínicos ya descritos, ecografía ya descrita, quien en el momento se encuentra clínica y hemodinámicamente estable, sin signos de bajo gasto cardíaco, sin dificultad respiratoria, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión negativa, sin masas, tolera la vía oral, no presenta dolor abdominal.

Por ahora, con todos los hallazgos obtenidos con los paraclínicos y la clínica de la paciente se decide dar egreso, con todas las recomendaciones, citas control para el cuadro clínico con el que cursó. Se le explica a paciente y familiar la situación quienes refieren entender y aceptar.

Plan: egreso; cita control cirugía ambulatoria; endoscopia ambulatoria.

Órdenes extramurales: esofagogastroduodenoscopia [egd] con o sin biopsia; interconsulta por medicina especializada - cirugía general (1 semana).

El día 11 de agosto de 2021 a las 23 y 26 horas acude nuevamente a consulta al servicio de urgencias del HMI por dolor abdominal, ordenándole exámenes clínicos y siendo valorada por cirujano general

Interpretación de paraclínicos: Amilasa normal; Bilirrubinas en rango normal; fosfatasa alcalina normal; hemograma en normalidad.

EA: Paciente femenino de 72 años de edad, en compañía de familiar, conocida por el servicio, multi consultante. Es traída por la hija, dado cuadro de varios días consistente en dolor abdominal en epigastrio tipo ardor, asociado a múltiples episodios eméticos de contenido alimenticio. Niega irradiación del dolor, niega deposiciones diarreicas, niega otra sintomatología.

EF: Alerta, orientada, sin signos de dificultad respiratoria. SV: ta:156/75; fc:80; fr:21; t:36 °c; SpO2:100%. Cabeza y cuello: escleras anictéricas, mucosas húmedas, cuello sin masas. Abdomen: blando depresible, sin dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal presentes. Neurológico: sin déficit aparente.

IMÁGENES: 10/08/21 Eco abdominal: vesícula con barro biliar escaso, atrofia renal bilateral, ateromatosis aórtica.

Análisis: Paciente femenino, con cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución. Durante valoración, con estabilidad hemodinámica, sin SIRS. A nivel abdominal sin signos de irritación peritoneal. Hemograma de ingreso sin leucocitosis ni neutrofilia. Sin hiperbilirrubinemia, fosfatasa alcalina en rango normal, amilasa negativa.

Paciente cursa con cuadro de enfermedad acidopéptica. Indico inhibidor de bomba de protones y analgesia. Continúa en observación. Según evolución clínica se definirán nuevas conductas.

Diagnósticos: Enfermedad acidopéptica.

Plan: Continúa en la unidad; dieta astringente; omeprazol 40 mg iv c/12 h; hioscina 20 mg iv /8h.

Se debe indicar, tal como se logra probar que el HMI prestó su servicio a la paciente MARIELA HINCAPIE MUÑOZ de manera eficaz y oportuna, siendo valorada nuevamente por cirugía general, según consta en la historia clínica. Al realizar la interpretación de los paraclínicos, se evidencia que el uroanálisis no sugestivo de infección urinaria, no obstante, por la persistencia en el dolor, se inician trámites de remisión para intervención quirúrgica, por carencia de insumos para realizar dicho procedimiento.

Dentro de la valoración por medicina interna, el mismo día donde se solicita Esofagogastroduodenoscopia.

El día 13 de agosto de 2021 a las 10 y 10 horas, es valorada por Cirugía General, teniendo un diagnóstico médico de coledocitis, la paciente refiere sentirse en mejores condiciones generales, mejoría del dolor abdominal, con persistencia de leve dolor en epigastrio, pero con mejoría respecto a días anteriores, sin signos de irritación peritoneal. A la espera de aceptación en remisión para la realización de colecistectomía laparoscópica.

De esta manera, se demuestra la pronta y adecuada atención que recibió la señora MARIELA HINCAPIE MUÑOZ (Q.E.P.D), tratamiento que se adecuó a la interpretación de los síntomas que presenta la paciente, la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto, agotando los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál era la enfermedad que acaecida por la paciente. Por lo anterior, no hay lugar a predicar la responsabilidad de la administración, puesto que el servicio médico se prestó adecuadamente, siempre se interrogó a la paciente y su acompañante sobre la evolución de los síntomas que la aquejaban; se sometió al enfermo a una valoración física completa y se utilizaron oportunamente todos los recursos técnicos al alcance del HMI para confirmar o descartar un determinado diagnóstico, realizando el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad.

3.3 La denominada genérica

Por mandato expreso del legislador, puede el Juez declarar oficiosamente las excepciones que aquel encuentre probadas. Por lo tanto, amablemente le solicito se sirva declarar probadas las excepciones que resulten dentro del presente proceso conforme al artículo 187 inciso 2° del CPACA.

4 Pruebas

Con el objeto principal de probar las excepciones propuestas en esta contestación, respetuosamente solicito el decreto y practica de las pruebas que a continuación se relacionan:

4.1 Documentales

- Historia clínica de la señora MARIELA HINCAPIE MUÑOZ (Q.E.P.D.), en lo correspondiente a las atenciones médicas prestadas en el HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E.
- Transcripción de la historia clínica de la MARIELA HINCAPIE MUÑOZ (Q.E.P.D.), en lo correspondiente a las atenciones médicas prestadas en el HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E.

4.2 Testimoniales

- Testimonio del médico general, Jorge Eliecer Padierna, para que explique su intervención en este asunto.
- Testimonio del médico general, Ricardo Ramón Moran, para que explique su intervención en este asunto.
- Testimonio del médico internista, Marcos Ayala, para que explique su intervención en este asunto.
- Testimonio del médico cirujano, Fernando Escobar, para que explique su intervención en este asunto.
- Testimonio del médico cirujano, José Francisco Carriel, para que explique su intervención en este asunto.

El objeto de estos testimonios se circunscribe a probar las excepciones planteadas en esta contestación, a partir de las explicaciones que brinden los galenos citados, describiendo métodos y procedimientos en las atenciones que tuvo la señora MARIELA HINCAPIE MUÑOZ, demostrando la inexistencia de falla en el servicio, la prestación de los servicios médicos conforme lo presupone la lex artis y la causa adecuada del daño.

Pueden ser ubicadas en su domicilio profesional, ubicado en las dependencias del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E., diagonal 20 No. 7- 93 de Florencia o por medio de la suscrita apoderada.

5 . Anexos

- Las enunciadas en el acápite de pruebas documentales.
- Poder especial, amplio y suficiente conferido a mi favor por la Gerente del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E, LINA MARCELA GIRALDO RINCÓN.

- Copia del Decreto 001238 del 28 de octubre de 2022, expedido por la Gobernación del Caquetá, con el acta de posesión correspondiente.

6 Peticiones

Corolario de lo anteriormente expuesto, respetuosamente le solicito se sirva despachar desfavorablemente las pretensiones enervadas en contra de mi representado y, se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante, atendiendo lo dispuesto en el 188 y 306 del CPACA y lo prescrito en el numeral 8º del artículo 365 del C.G.P.

7 Notificaciones

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA E.S.E. las recibirá en la diagonal 20 No. 7-93, dirección de correo electrónico:
notificacionesjudiciales@hmi.gov.co.

Atentamente,



JÉSSICA LORENA SANDOVAL ROJAS

C.C. 1.117.523.014

T.P. 251.534 del C. S. de la J.