

Doctora:

OLGA CECILIA HENAO MARIN

Juez Treinta y Cuatro Administrativo – Sección Tercera
Ciudad.

REF. Reparación Directa

Expediente No: 11001333603420200019300

Demandante: DIANA PATRICIA GAMBOA Y OTROS

**Demandado: NACION, MINISTERIO DE DEFENSA, EJERCITO NACIONAL,
DIRECCION SANIDAD, HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

PEDRO HEMEL HERRERA MENDEZ, Mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.694.159 de Bogotá, domiciliado en este Distrito Capital, Abogado Titulado e inscrito, portador de la Tarjeta Profesional No 109.862 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado Judicial del Hospital Militar Central HMC, conforme al poder otorgado por MIGUEL ANGEL TOVAR HERRERA quien funge como Jefe de Oficina Asesora Jurídica, delegado para representar judicialmente a la entidad, según resolución No. 048 del 23 de enero de 2018 la cual fue expedida por la representante legal y Directora General, BG Médica CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ, quien obra como tal, de acuerdo con nombramiento que se realizara según decreto No. 711 del 3 de Mayo de 2017 y acta de posesión 0037-17 del 4 de mayo de 2017, documento que en copia anexo, a usted respetuosamente manifiesto que mediante el presente escrito, doy contestación a la Demanda, incoada por la parte actora en el asunto de la referencia, así:

RESPECTO DE LAS PARTES

DEMANDANTE

En efecto, de los documentos aportados en copia simple para el traslado del demandado se logra evidenciar registros civiles que dan constancia de los vínculos de consanguinidad entre los demandantes y el causante Sr. Luis Eduardo Polania Rodríguez q.e.p.d.

No obstante, deberá el Despacho verificar la autenticidad de los mentados registros como única prueba posible para estos casos.

DEMANDADA

Frente a mi representado, el Hospital Militar Central, debo decir que se trata de una entidad del orden nacional, jurídica, patrimonial y administrativamente independiente que será representada judicialmente por el suscrito.

Ha de tener en cuenta el Despacho y las partes que la responsabilidad que se pretende en cabeza de las demandadas debe revisarse de manera aislada e independiente, pues mi representado presto servicios en salud al paciente pero nada tiene que ver con situaciones administrativas de exámenes de ingreso o egreso, incorporación a la vida militar, administración

*Calle 33 No. 7 – 27 Oficina 901
Tels. 2885640 Cel. 3103240834
E-mail phhmlegal@hotmail.com
Bogotá D. C.*

de la afiliación o desafiliación del subsistema de salud de las fuerzas militares u otras circunstancias debatidas en la demanda.

EN CUANTO A LOS HECHOS

A MANERA DE INTRUDUCCION A LA OPOSICION DE LOS HECHOS Y PRETENSIONES DIRÉ QUE QUEDAN SIN SOPORTE FACTICO LOS REPROCHES PLANTEADOS POR EL DEMANDANTE SI TENEMOS EN CUENTA QUE SUSTENTA LA PRESUNTA RESPONSABILIDAD EN LA OMISION DE TRATAMIENTO MEDICO A ENFERMEDAD VIH ADQUIRIDA DURANTE LA VINCULACION A LA VIDA MILITAR POR RAZONES DE DESVINCULACION DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES.

EN ESE CONTEXTO DEBO AFIRMAR DESDE AHORA QUE EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL NO HACE EXAMENES DE INGRESO NI EGRESO DEL PERSONAL QUE INGRESA O SALE DE LA VIDA MILITAR, QUE POR ELLO NO PUEDE ACEPTAR QUE LA ENFERMEDAD VIH FUE ADQUIRIDA DURANTE LA VINCULACION AL EJERCITO Y QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO EN SALUD, SE PRESTO AL PACIENTE EN LA MEDIDA DEL CONVENIO QUE PARA ESOS EFECTOS FIRMA EL HOSPITAL MILITAR CON LA DIRECCION DE SANIDAD MILITAR PARA ATENCION DE ALTA COMPLEJIDAD Y EN LA MEDIDA QUE EL TRATAMIENTO SEA AUTORIZADO.

DE IGUAL MANERA DEBO ADVERTIR QUE LA AFILIACION O DESVINCULACION DE LOS PACIENTES AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, NO ES COMPETENCIA FUNCIONAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL SINO DE LA DIRECCION DE SANIDAD.

PRIMERO: No es un hecho relevante en la medida que el registro civil de nacimiento aportado como anexo consagra la fecha del nacimiento.

SEGUNDO a SEPTIMO: No se admiten las afirmaciones por cuanto ocurren fuera de las instalaciones del HMC y son desconocidas las fechas de incorporación, el estado de salud, la fecha de inicio de síntomas y la negación de permisos para ir al médico.

Nótese que el retiro de la vida militar se dio de manera voluntaria desde el 28 de agosto de 2017 según lo confiesa el demandante, pero en dicho suceso no tuvo injerencia mi representado.

OCTAVO A DECIMO PRIMERO: No se admite por tratarse de situaciones ocurridas fuera del HMC.

DECIMO SEGUNDO A DECIMO TERCERO: Se admite según se evidencia en notas de historia clínica.

El paciente ingresó al Hospital Militar Central con infección por HIV en estadio SIDA C3 con varias infecciones oportunistas con compromiso sistémico y desde que llegó al hospital, un equipo interdisciplinario aunó todos sus esfuerzos para salvar su vida intentando con todos los recursos científicos, diagnósticos y terapéuticos, salvar su vida.

FEBRERO 10 DE 2018

7+53 HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS. DRA MAIRA MELISSA ALBINO OYOLA

MC/EA: Remitido de Purificación por infección respiratoria, descartar neuroinfección.

Paciente de 27 años con antecedente de B24X, presenta cuadro clínico de 3 meses de síndrome constitucional, con cuadro de dos días de fiebre, síntomas respiratorios altos, disfagia, afasia, alteraciones de la marcha y convulsiones. Trae prueba rápida para VIH positiva.

Calle 33 No. 7 – 27 Oficina 901
 Tel. 2885640 Cel. 3103240834
 E-mail phlmlegal@hotmail.com
 Bogotá D. C.

ANT: Negativos.

EF: TA103/70 FC95XMIN FR18XMIN T36.7° PESO55KG T161CM IMC21 SO2 96%

Paciente caquético, mucosas secas. Ruidos respiratorios sin agregados. No signos de focalización ni signos menígeos.

DX: Encefalitis viral no especificada

PLAN: Se considera descartar infección respiratoria en paciente con infección por VIH a confirmar. SS valoración por medicina interna, se deja en observación de urgencias con manejo antimicrobiano, lleva dos dosis de Ceftriaxona, Vancomicina y Fluconazol. SS TAC cerebral. Se explica a madre conducta a seguir.

11+00 RESPUESTA A INTERCONSULTA NEUROLOGÍA. DRA LUISA FERNANDA GUZMÁN

Nota retrospectiva. Paciente valorado a las 7am.

Cuadro clínico de 5 meses de pérdida de más de 25kg, desde hace 15 días astenia, adinamia, hace 4 días fiebre, odinofagia, tos con expectoración amarilla, disnea. Consultan a centro médico de donde remiten con prueba rápida positiva para B24X con sospecha de infección respiratoria y neuroinfección. Se interroga a madre y paciente, niega cefalea, no alteración del estado de conciencia, episodio de habla incoherente asociado a fiebre. No movimientos anormales.

EF: TA110/80 FC82XMIN FR18XMIN T37°

Alerta, afebril. Mucosa oral con lesiones blanquecinas algodonosas en cavidad oral y amígdalas. Desorientado parcialmente en tiempo, limitación para emisión del lenguaje por dolor intenso faríngeo. No déficit neurológico.

Se considera infección por VIH de reciente diagnóstico en quien es necesario ampliar estudios confirmatorios y en tal caso valorar estado inmunológico, sin embargo con candidiasis que se considera enfermedad definitoria de SIDA. Se solicita RMN cerebral simple y con contraste, según resultados se hará punción lumbar. SS paraclínicos.

11+29 EVOLUCIÓN URGENCIAS. DR. MIGUEL ANGEL LADINO

DX VIH-SIDA Estadio C. Candidiasis orofaríngea. Candidiasis esofágica? Sospecha de neuroinfección.

EF TA100/60 FC118XMIN FR22XMIN T38° SO2 78%

Mucosa oral seca, candidiasis orofaríngea, amígdalas con placas blanquecinas. RSRs con estertores bilaterales, polipneico, desaturado con O2 a 3l/min. Abdomen doloroso a la palpación difusa sin signos de irritación peritoneal.

Reporte TAC cerebral: Cambios involutivos centrales y periféricos mayores de lo esperado para la edad del paciente.

Paciente con clínica de dos meses de evolución de pérdida de peso, malestar general que desde hace una semana viene presentando diaforesis nocturna profusa y tos con movilización de secreciones, polipnea y deterioro funcional, pérdida de peso y disfagia. Paciente en mal estado general, desaturado a pesar de oxígeno, con estertores bibasales. Placa de tórax de sitio de remisión con infiltrados intersticiales, con candidiasis orofaríngea, sospecha de candidiasis esofágica. Desnutrición proteico calórica.

DX Neumonía. Enfermedad por VIH. Estomatitis candidiásica.

SS valoración y concepto por medicina interna, O2 35%, Ceftriaxona, Trimetopim Sulfá, Nistatina, Fluconazol. SS RX tórax, gases arteriales, VIH, carga viral, CD4, función hepática

17+47 RESPUESTA IC MEDICINA INTERNA. DRA. LILIAN CONSUELO MUÑOZ

Paciente con cuadro de 8 días de tos con expectoración blanquecina y amarillenta, disnea fiebre de 39°, dolor abdominal 9/10 que aumenta en decúbito supino, dos episodios de vómito de contenido alimentario. Pérdida de peso no voluntaria de 25kg en 5 meses. Exámenes serológicos en purificación con aparente resultado positivo para VIH. Por agudización de disnea consultó en Purificación de donde remiten.

EF TA101/74 FC110XMIN FR24XMIN SO2 91%

Regular estado general. Pálido, desorientado en tiempo. Caquético, mucosas deshidratadas. Estertores bibasales de predominio derecho. Dolor a la palpación en flanco izquierdo.

PARACLÍNICOS. CH WBC7620 N90% L6.8% HGB9.5 HCT30.6% PLT120.000 BUN 27 CRE0.54 GLU71 NA141 K4.2 CL115 LDH1234 PCR7.3 GA pH7.45 PCO2 24.2 PO2 60.1 HCO316.6 LAC1.6 PT12.9 INR1.2

Dados hallazgos clínicos en paciente en quien se sospecha inmunosupresión se considera cursa con neumonía adquirida en comunidad, LDH elevado por lo que no se descarta infección concomitante por P. Jiroveci. Se indica TAC-AR de tórax. Se inicia Prednisolona. Se solicitan estudios de extensión, Baciloscopia seriada, cultivo de esputo, valoración por neumología para fibrobroncoscopia. Aislamiento.

DECIMO CUARTO: No se admite pues la gestión presuntamente omitida, no corresponde al HMC y la petición que anuncia el demandante tampoco fue dirigida a mi representado.

DECIMO QUINTO: No se admite integralmente pues a pesar de que es cierto que el paciente estaba muy deteriorado en su salud, según exámenes del sitio de origen, el paciente traía prueba rápida de VIH que dio positiva, la cual se confirmó posteriormente en el HMC.

De otra parte, como se dijo al inicio de este memorial, NO COMPETE al HMC activar, desactivar o reactivar la afiliación que permita acceder al servicio de salud al interior del subsistema de salud de las fuerzas militares.

En lo referente a la recuperación parcial de la salud, debo afirmar que es cierto, sin embargo, hay que aclarar que el paciente ingresó en un avanzado estado de desnutrición y emaciación secundarias a su compromiso sistémico por SIDA y presencia desde el ingreso de infecciones oportunistas: Neumonía por Pneumocystis Jirovecii, candidiasis orofaríngea, criptococosis diseminada con compromiso meníngeo, pulmonar y medular, encefalitis, retinitis y esofagitis por citomegalovirus. Al paciente se le inició desde su ingreso la terapia antimicrobiana indicada para controlar dichas infecciones, con adecuada respuesta a pesar de los intentos del paciente por boicotear su terapia **(no permitió paso de catéter venoso central, rechazó durante meses la dieta ofrecida así como la nutrición parenteral indicada para intentar su estado nutricional, retiró voluntariamente PICC necesario para reposición de potasio por hipokalemia severa, rechazo procedimiento de cateterismo y embolización arterial para intentar controlar sangrado intestinal oculto sintomático con anemia severa, no permitió en múltiples ocasiones la toma de laboratorios clínicos, no aceptó durante varios días los procedimientos indicados por medicina y enfermería y solicitó salida voluntaria declinando cualquier tipo de intervención terapéutica a pesar de las múltiples explicaciones por parte de todo el equipo tratante sobre su enfermedad de base).**

Por su compromiso sistémico y estado crítico, no se indicó el inicio de terapia antirretroviral hasta no controlar las infecciones oportunistas y estabilizar al paciente. Tan pronto el paciente se encontró en condiciones más estables, se decidió inicio de la terapia antirretroviral mejor indicada para el paciente según sus condiciones particulares

DECIMO SEXTO: No se admite pues no podemos determinar si el VIH fue adquirido durante la vida militar del paciente.

DECIMO SEPTIMO: No es cierto. Tal como se anunció la terapia antirretroviral solo se ordenó después de estabilizar al paciente de todas las infecciones que traía, para las cuales se suministro medicamentos y manejo medico de manera oportuna, por lo que no es aceptable la afirmación según la cual lo único que se daba era analgésico.

DECIMO OCTAVO: Esta afirmación es falsa. El Hospital Militar no fue la entidad que decidió trasladar al paciente a Neiva, como se puede claramente inferir según nota de Trabajo Social.

ABRIL 12 DE 2018

Calle 33 No. 7 – 27 Oficina 901
 Tel. 2885640 Cel. 3103240834
 E-mail phhmlegal@hotmail.com
 Bogotá D. C.

13+54 EVOLUCIÓN TRABAJO SOCIAL. MARTHA INÉS OCHOA

Dr. Vergara del servicio de infectología establece comunicación con la Coronel Coordinadora del Programa B24X de Sanidad Militar quien solicita que en el momento del egreso debe salir con formulación de antiretrovirales para un mes. Continuará tratamiento antiretroviral en Neiva, se debe presentar en sanidad de este lugar. Se debe avisar a Sanidad una vez egrese el paciente.

De tal manera es claro que el HMC presta servicios de salud de alta complejidad al interior del subsistema de salud de las Fuerzas Militares y por tanto la atención que pueda brindarse esta supeditada a la autorización del asegurador, que para tales efectos es la Dirección de Sanidad.

DÉCIMO NOVENO: Esta afirmación coincide con la información encontrada en la historia clínica.

RESPUESTA: 19+53 EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA. DR FRANCISCO RODRÍGUEZ

ABRIL 12 DE 2018

En junta de infectología se consideró inicio de terapia antiretroviral con Stribil. Ya formulados, NO ENTREGADOS POR FARMACIA. Se solicita a trabajo social apoyo para egreso a domicilio a centro de cuidado intermedio, se espera respuesta de trámite.

ABRIL 13 DE 2018

10+08 EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA. DR FRANCISCO RODRÍGUEZ

En junta de infectología se consideró inicio de terapia antiretroviral con Stribil. Ya formulados, NO ENTREGADOS POR FARMACIA. Se solicita a trabajo social apoyo para egreso a domicilio a centro de cuidado intermedio, se espera respuesta de trámite

No obstante, debe quedar claro para el Despacho y para las partes del proceso que el inconveniente para el suministro del medicamento esos dos días, NO incide negativamente en la evolución del paciente maxime si tenemos en cuenta que al interior de la Unidad de Farmacia, se encontró que al paciente Luis Polania, HC 107559939, para el lapso 12 al 13 de mayo de 2018, estuvo hospitalizado y en los días 11, 14, 15 y 16 de mayo de 2018, la firma Medmfen-21 UT dispuso una tableta diaria de (Emtricitabina+ Tenofovir + Cobicistat +Elvitegravir), sin embargo para los días 12 y 13 de mayo no se encuentran soportes de dispensación del medicamento, insisto, sin afectación de la salud.

VIGESIMO: Esta afirmación se refiere a la nota de infectología donde se aclara que el CTC para formulación de los antiretrovirales fue realizado por el servicio de infectología para su suministro al paciente, pero dentro del trámite administrativo no se encontró dicho documento en la farmacia por lo cual fue necesario rediligenciarlo, sin que dicho suceso haya desmejorado la condición del paciente.

VIGESIMO PRIMERO: Se admite y se refiere a la voluntad del equipo tratante de facilitar el cuidado ambulatorio del paciente en un centro de cuidado crónico ya que la familia refería múltiples dificultades para acceder a centros de atención primaria sugeridos por Sanidad Militar.

VIGESIMO SEGUNDO Y VIGESIMO TERCERO: Se admite según las notas de historia clínica.

ABRIL 27 DE 2018

15+39 EVOLUCIÓN TRABAJO SOCIAL.

El 26/4/18 se establece comunicación con el área de hospitalizaciones informando comunicación verbal de Sanidad Ejército los que informan verbalmente que el paciente había solicitado la baja desde hace 2 años. De acuerdo con lo anterior se establece comunicación con el área de hospitalización acordando el que se comunicarían con la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital.

La respuesta de esta Entidad fue: "El usuario Luis Eduardo Polanía Rodríguez CC 1075599391 registra en BOUA ADRES retirado de Comfamiliar EPSS del municipio Colombia-Huila con las siguientes observaciones: Los datos de afiliación correspondientes al número de identificación registrada, presenta a la fecha inconsistencia con una Entidad del Régimen de excepción o especial, se sugiere dirigirse a la Entidad que actualmente tiene su afiliación para que dicha Entidad realice la gestión correspondiente". De acuerdo con lo anterior se establece comunicación vía correo electrónico con funcionaria Dacier Echeverry de la Sanidad de Ejército remitiendo la presente información.

VIGESIMO CUARTO: No se admite este hecho pues el paciente NUNCA dejó de recibir atención médica integral durante su estadía en el Hospital Militar, como se aprecia a lo largo de toda la historia clínica.

VIGESIMO QUINTO: Tal como se viene afirmando, tan pronto se consideró pertinente iniciar la terapia antirretroviral se llevó paciente a junta de infectología para su formulación.

ABRIL 5 DE 2018

8+26 JUNTA INFECTOLOGÍA.

Diagnostico reciente de HIV estadio C3 (CD4:9 y Carga viral >100.000 copias/ml) con multiples complicaciones oportunistas (neumonía por P. Jirovecii, infección diseminada por CMV y Criptococo). Se considera que mejor opción terapéutica es Stribil. Inicio de terapia antiretroviral.

VIGESIMO SEXTO: No se admite pues dicho trámite ante Procuraduría no compete al HMC ya que no fue mi representado el encargado de reactivar la afiliación.

VIGESIMO SEPTIMO: No se admite pues según documentos anexos al traslado del demandado, esa certificación fue emitida por Coordinador Grupo de Afiliación de Derechos de la Dirección de Sanidad, por lo que no corresponde al HMC evaluar dicha información.

VIGESIMO OCTAVO: No se admite por no ser competencia del HMC.

VIGESIMO NOVENO: Se admite según notas de historia clínica

12+33 EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA. DR. FRANCISCO RODRÍGUEZ

EF TA68/50 FC61XMIN FR19XMIN SO2 90%

Paciente en tercera década de la vida estancia hospitalaria en contexto de enfermedad avanzada de inmunodepresión por VIH con múltiples complicaciones infecciosas por gérmenes oportunistas. Recibió esquemas antimicrobianos debido a compromiso pulmonar por Pneumocystis ya tratado, compromiso encefálico por criptococo. Paciente quien no acepta ingesta de alimentos, se indicó soporte nutricional y paso de sonda que no fue aceptado por el paciente. Viene en depleción nutricional progresiva, recibiendo antifúngico debido a candidiasis

esofágica, se revisan paraclínicos de control que evidencian progresión de pancitopenia, al momento de la valoración en malas condiciones, deterioro progresivo a pesar del tratamiento antiretroviral y antifúngico. Se evidencia enfermedad estadio SIDA en fase terminal. Se brinda soporte por psicología ante pobre pronóstico y alto riesgo de fallecimiento a corto plazo. Se explica a familiar progresión de enfermedad. Se consideró concepto a infectólogo para definir medidas adicionales. Se solicita intervención por comité de ética ante estado actual, además de definir beneficio de soporte transfusional o medidas invasivas, familiares ya enterados del pronóstico y del alto riesgo de fallecimiento en esta hospitalización.

18+04 EVOLUCIÓN INFECTOLOGÍA. DR. CARLOS HERNANDO GÓMEZ

Sin acompañante en el momento de la valoración con disnea marcada, manifiesta dolor pero no lo localiza. No responde interrogatorio.

EF TA90/2 FC115XMIN FR35XMIN SO2 90%

VIH en fase SIDA con múltiples infecciones oportunistas descritas y además con compromiso nutricional severo desde el ingreso. En el momento con infecciones oportunistas. Se intento en múltiples ocasiones realizar recuperación nutricional con diversas formas de alimentación sin embargo paciente se negó de forma sistemática a la nutrición lo cual se ha traducido en profundización de síndrome caquético a tal punto de condicionar una situación clínica con alto riesgo de mortalidad y baja probabilidad de reversibilidad. Se considera cualquier intervención será fútil en el escenario de que paciente se niegue a las intervenciones y además por su deseo manifestado previamente de no prolongar más su vida. Consideramos que no hay intervenciones adicionales para realizar. Paciente con mal pronóstico vital con alto riesgo de mortalidad a corto plazo.

19+56 EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA. DR. ORLANDO SALINAS PERDOMO

Se atiende llamado de enfermería, paciente sin signos vitales. Pupilas midriáticas, sin pulso, frialdad distal. Paciente con diagnóstico y complicaciones secundarias a VIH estadio avanzado. Se declara muerte a las 19+30, se explica a madre y acompañante. Se diligencia certificado de defunción.

TRIGESIMO: No se admite por ser consideraciones subjetivas ya que en los documentos aportados como anexo de la demanda, cuando se hace referencia a la desvinculación se anuncia que es voluntariamente y no existe allí constancia que es la enfermedad la que permite tomar esa decisión.

TRIGESIMO PRIMERO A TRIGESIMO TERCERO: No se admiten las afirmaciones pues los oficios y certificaciones anunciadas no fueron suscritas por funcionarios del HMC, por lo que no le compete a mi representado, manifestación alguna sobre la veracidad o falsedad de esa información.

TRIGESIMO CUARTO: No se admite pues no es función asignada al HMC realizar exámenes de ingreso o egreso de la vida militar.

TRIGESIMO QUINTO: No se admite la afirmación pues se desconoce la fiabilidad de la fuente de información y adicionalmente, es subjetivo el criterio del actor cuando insiste que la enfermedad se adquirió mientras el paciente laboraba en el ejército. Maxime si tenemos en cuenta que es el propio demandante quien afirma que el paciente TUVO DOS VINCULACIONES DIFERENTES:

- 1.- Entre el 15 de diciembre de 2008 al 7 de enero de 2011 prestando servicio militar obligatorio
- 2.- A partir del 22 de abril de 2013 como Soldado Profesional

TRIGESIMO SEXTO Y TRIGESIMO SEPTIMO: No se admite pues los documentos no fueron dirigidos ni contestados por el HMC.

TRIGESIMO OCTAVO: Se admite

TRIGESIMO NOVENO: Se admite

Calle 33 No. 7 – 27 Oficina 901
 Tel. 2885640 Cel. 3103240834
 E-mail phhmlegal@hotmail.com
 Bogotá D. C.

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES, DECLARACIONES Y CONDENAS

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones por carecer de fundamento fáctico y legal toda vez que el Hospital Militar Central a través de sus Médicos en Infectología y otras especialidades, puso a disposición del Sr Polania QEPD todo el equipo técnico y humano con el que cuenta para atender la patología consultada y que se enmarco en el manejo de VIH SIDA que consulta en estado avanzado y con serias afectaciones de la salud.

Resulta entonces concluyente afirmar que en la medida que el paciente consulta de manera tardía su enfermedad y por si fuera poco no colabora rehusando diversas ordenes médicas, mal puede concluirse que su muerte fue causada por daño antijuridico generado por la actuación de mi representado.

Por el contrario, se encuentra documentado en Historia clínica que el HMC brindo una atención oportuna, racional, secuencial, eficaz, diligente, por personal idóneo, con amplia experiencia en el área de la medicina requerida, quienes de acuerdo con su criterio medico científico obraron con prudencia y diligencia, razones por las cuales no es apropiado predicar una falla en la prestación del servicio de salud que brinda la entidad demandada a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía.

Por otra parte, también planteo oposición total a la pretensión declarativa del numeral 1 de la demanda, por cuanto **NO GUARDA CONGRUENCIA** con las funciones misionales del Hospital Militar, ya que dicha entidad NO PUEDE NI DEBE RESPONDER POR LA AFILIACION DE LOS PACIENTES AL SUBSISTEMA.

De otra parte, tal como se evidencia en historia clínica, los antirretrovirales se suministraron de manera oportuna al paciente según lo informa el área de farmacia, pero el hecho de no encontrarse soporte de la dispensación solo por los días 12 y 13 de mayo de 2018, NO permite endilgar deficiente atención medica y mucho menos pretender asociar a dicho evento el desenlace fatal del paciente.

SOBRE EL DAÑO MATERIAL me opongo a declaratoria similar en contra de mi representado, pues tal como se anunció y probó a lo largo de este memorial y se confirma por el mismo demandante, el paciente causante decide libremente retirarse del Ejército y al no estar acreditado que dicha decisión fue por la enfermedad, mal podría afirmarse que los sueños, expectativas y proyecciones no se cumplieran por causa atribuible a los demandados.

De otra parte, si la expectativa del paciente era pensionarse, con su propia decisión fue que resultó frustrada aquella y por tanto mal puede pretenderse ahora endilgar ese daño material a mi representado.

Para finalizar, debemos recordar que, tratándose de perjuicios materiales, la jurisprudencia ha establecido que NO opera presunción y que corresponde a quien los pretende, probar la causación, de donde estimo carente de técnica jurídica estimar los perjuicios materiales tal como se estiman los

extrapatrimoniales, esto es, en salarios mínimos y sin aplicar la ecuación financiera diseñada para tal efecto.

SOBRE LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO Y CONCEPTO DE VIOLACION

Las consideraciones legales, jurisprudenciales, literarias o personales que el demandante refiere en este acápite las considero carentes de técnica jurídica pues se ha entendido que en el medio de control de reparación directa todos los esfuerzos deben encaminarse a probar o desvirtuar el daño, la acción u omisión y el nexo causal pero NO conceptos de violación legal o constitucional propios de otros medios de control diferentes al que nos ocupa.

Solo se rescata de este ítem de la demanda que es el mismo actor quien reconoce que los índices de supervivencia de pacientes con VIH son probables, pero hay que decirle al actor sin duda alguna, que eso es posible siempre y cuando la enfermedad se diagnostique oportunamente y NO TARDIAMENTE COMO LO HIZO EL SR. POLANIA y menos aún si es el mismo paciente quien NO SE ADHIERE AL TRATAMIENTO MEDICO y rechaza diversos exámenes y ordenes médicas.

Contrario a las conclusiones del demandante, se puede decir con argumento probatorio y científico que:

Se trata de un paciente que ingresó por cuadro de tres meses de síndrome constitucional con pérdida de peso y dos días de fiebre, síntomas respiratorios altos, disfagia, afasia (déficit en la producción del lenguaje), alteraciones de la marcha y convulsiones. Se evidenció al ingreso paciente caquético con evidencia de candidiasis oral, compromiso pulmonar por neumonía por germen oportunista y prueba de VIH positiva tomada en el lugar de remisión.

Por el cuadro clínico se sospechó encefalitis viral, neumonía adquirida en comunidad y candidiasis y se inició antibiótico y manejo integral para la misma de inmediato por el servicio de neurología, medicina interna e infectología. Los paraclínicos de ingreso evidenciaron cambios involutivos cerebrales mayores de lo esperados para la edad en el TAC cerebral, radiografía de tórax con infiltrados intersticiales y cambios en el TAC de tórax que sugerían infección por Pneumocystis Jirovecii. Desde el ingreso el paciente evidenciaba compromiso hematológico con anemia, trombocitopenia y linfopenia, asociado a compromiso hepático con LDH elevada y hepatomegalia.

El paciente recibió desde su ingreso al Hospital Militar manejo interdisciplinario e integral, incluyendo valoración por psicología donde se documenta que se trata de un paciente con pocos conocimientos sobre su enfermedad por VIH, quien **negaba uso de preservativo** en sus relaciones sexuales. De igual manera, el servicio de psicología entrevistó a la madre del paciente, **quien refería que el paciente cursaba con cuadro de seis meses de evolución de pérdida de peso, tos y fiebre, pero que no quería consultar al médico, y solo**

accedió a los servicios de salud cuando su estado de salud se vio severamente comprometido.

El 14 de febrero se realizó punción lumbar que diagnosticó criptococosis meníngea para lo cual se inició de forma inmediata manejo con Anfotericina B y Fluocitocina. A pesar de la necesidad de una vía central para la administración del tratamiento antimicrobiano, esencial para salvar su vida, **el paciente no permitió el paso de un catéter subclavio por parte de cirugía general, aceptando unos días después el paso de un PICC**. Posteriormente se documentó también en retina y biopsia de médula ósea, infección por criptococo.

Tratándose de un paciente que ingresó con una desnutrición proteico-calórica severa avanzada y descompensación global, presentó también hipokalemia documentada a partir del 20 de febrero de 2018 y de manejo difícilísimo a pesar de reposición agresiva. Concomitantemente presentó desequilibrio electrolítico severo con hipernatremia, hipercloremia e hipomagnesemia. A pesar de múltiples explicaciones sobre la gravedad de su patología y la necesidad de tratamiento agresivo que incluía nutrición parenteral, el paciente atentó en múltiples oportunidades contra su propio bienestar negándose a recibir alimentos y retirando el catéter PICC que le fue colocado para la corrección hidroelectrolítica, administración de varios medicamentos y terapia nutricional. **Al retirar el catéter, el paciente no permitió durante varios días la continuidad del tratamiento farmacológico antimicrobiano para combatir sus gravísimas infecciones sistémicas oportunistas.**

El paciente refirió síntomas gastrointestinales de náuseas, vómito e hiporexia desde el ingreso, acentuándose a partir del 22 de febrero por lo cual se solicitó endoscopia de vías digestivas altas, la cual evidenció una gran úlcera que comprometía el tercio distal del esófago hasta la región subcardial, la cual fue biopsiada y evidenció hallazgos compatibles con infección por citomegalovirus.

A partir del 26 de febrero se documentó anemia severa con hemoglobina de 3.9, por lo cual el paciente fue valorado por hematología, considerando anemia hemolítica de etiología multifactorial (infección por VIH, depleción nutricional, infección de la médula ósea por criptococo y efectos secundarios del tratamiento con Trimetopim Sulfametoxazol, necesario para el manejo de la neumonía por P. Jirovecii).

A partir del 5 de marzo de 2018 presentó clínica de coagulopatía intravascular diseminada, que, junto con fiebre y respuesta inflamatoria sistémica, hipokalemia y anemia severa, indicaron su traslado a UCI para monitoría.

Por hallazgos en resonancia que sugerían encefalitis y esofagitis por citomegalovirus se resolvió inicio de antivirales (Ganciclovir) a pesar del riesgo de bloqueo medular que empeorara su inmunosupresión y anemia ya existente.

Fue valorado por psiquiatría quienes consideraron reacción adaptativa a su enfermedad y consideraron deterioro cognitivo el cual posteriormente fue documentado objetivamente con pruebas neuropsicológicas que sugirieron demencia por VIH. Neurología documentó la presencia de polineuropatía de fibra pequeña de etiología probablemente infecciosa.

Paciente quien durante todo el transcurso de su hospitalización y a pesar de tener conocimiento sobre su gravísima situación clínica, se negó a recibir alimentos de forma adecuada y no permitió la administración de nutrición enteral y parenteral durante varios días, lo que llevó a un deterioro profundo de su estado general con depleción nutricional severa que probablemente influyó de forma muy importante en su desenlace fatal.

A partir del 9 de marzo de 2018 se documentó sangrado digestivo alto con anemia progresiva, con endoscopia sin evidencia de foco de sangrado activo y colonoscopia con presencia de abundantes restos hemáticos frescos sin evidenciarse lesiones hemorrágicas. A pesar de terapia transfusional agresiva el paciente continuó amenizándose y con rectorragia, dolor abdominal y hematoquexia, motivo por el cual se indicó arteriografía con probable embolización de vasos mesentéricos, procedimiento que el paciente no autorizó encontrándose en pleno uso de sus facultades mentales, según concepto de psiquiatría. Después de no permitir la práctica de la arteriografía, el paciente se negó a recibir alimentos, nutrición o medicamentos o a autorizar la toma de paraclínicos durante varios días, solicitando incluso, la salida voluntaria. Después de recibir nuevamente explicaciones por el servicio de infectología, el paciente aceptó continuar con el tratamiento instaurado. El paciente curso con mejoría transitoria con corrección de desequilibrio hidroelectrolítico, estabilización de cifras de hemoglobina probablemente gracias al manejo agresivo antibiótico que controlaron la presencia de úlceras de etiología infecciosa en el intestino, y mejoría de azoados, por lo cual infectología consideró pertinente el inicio de antirretrovirales en esquema ajustado para el paciente en una toma al día, considerando muy probable la no adherencia a otro esquema de tratamiento. Se documentó en la historia clínica la no administración de antirretrovirales durante dos días por trámites administrativos que fueron solucionados tan pronto se notificó al servicio de infectología sobre los mismos, pero se aclara que la no administración de dichos medicamentos por dos días no influyo de ninguna manera en el desenlace fatal del paciente.

Debido a la mejoría en la condición clínica del paciente, medicina interna considero iniciar trámites para egreso del mismo para manejo en institución de cuidado crónico en sitio de origen, teniendo en cuenta observaciones de la familia del paciente sobre las dificultades que tendrían para su transporte a un lugar de atención si se daba salida a casa, pues se encontraban a gran distancia de las instituciones de salud correspondientes en su región. Trabajo social realizo juiciosamente el proceso de consecución del sitio de atención del paciente y durante este proceso Sanidad Militar comunicó al Hospital Militar que el paciente ya no se encontraba afiliado al subsistema de salud de las FFMM pues había pedido la baja.

El paciente nunca fue dado de alta del Hospital Militar a pesar de no contar con cobertura del sistema de salud de las fuerzas. Todo lo contrario, siguió recibiendo atención integral y multidisciplinaria en nuestra institución mientras se lograba ubicar en la red de atención que le correspondiera.

Durante este periodo de tiempo el paciente presento deterioro progresivo de su estado general, asociado a su enfermedad de base, las infecciones oportunistas que cursan con la infección por VIH en estadio SIDA y su severo compromiso nutricional, y a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos orientados a salvar su vida, falleció.

Por todo lo anteriormente resaltado consideramos que se trataba de un paciente negligente con su salud, quien a pesar de observar un deterioro progresivo de la misma no quiso consultar a su servicio de salud y que cuando se vio severamente comprometido decidió hacerlo, documentándose una infección severa y avanzada por VIH con la presencia de infecciones oportunistas multisistémica y diseminadas que definieron estadio de SIDA. Durante la hospitalización el paciente no autorizó la realización de múltiples procedimientos necesarios y encaminados a salvar su vida, así como tampoco permitió la administración de múltiples medicamentos vitales para su condición durante varios días, rechazo transfusiones y toma de exámenes importantes. Tampoco acepto la terapia de soporte nutricional, negándose también a recibir alimentos, factores que se sumaron a una evolución tórpida que llevó a la muerte del paciente a pesar del esfuerzo de más de 49 especialistas y un equipo asistencial interdisciplinario que hizo todo lo posible por salvar su vida.

SOBRE LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE

Se servirá negar el decreto de la prueba testimonial de los demandantes pues dicha prueba resulta improcedente teniendo en cuenta que son parte dentro de la litis y la legislación permite en esos casos la declaración de parte, pero no el testimonio pedido por el abogado que representa la parte actora.

Adicionalmente, no indica el peticionario cual es el objeto del medio probatorio, omitiendo dar cumplimiento a lo exigido por el legislador.

EXCEPCIONES

INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO Y RELACION CAUSAL CON LA ACTUACION MEDICA DEL HMC

Soportada esta excepción en el hecho probado documentalmente mediante historia clínica, según el cual el paciente se rehusó a acudir a tratamiento medico y solo decide hacerlo cuando habían transcurrido más de seis meses, encontrándose seriamente afectado y avanzada su enfermedad al punto de presentar múltiples infecciones, estado de desnutrición y notoria emaciación.

De lo anteriormente expuesto es concluyente afirmar que el paciente deliberadamente decide tener relaciones sexuales sin protección y que a pesar de sentirse enfermo, solo cuando esta verdaderamente complicado decide asistir al médico, siendo demasiado tarde por serio compromiso de su salud, pero por si fuera poco, durante el tratamiento médico dispensado en el Hospital Militar, rechaza o impide tratamiento medico necesario para intentar superar el critico estado con que acudió.

Así las cosas, queda acreditado que el daño, traducido en el fallecimiento del paciente, no es antijuridico, pues, por el contrario, es de aquellos que una persona SIN EL MAS MINIMO AUTOCUIDADO debía soportar.

De igual manera no puede afirmarse como lo hace el demandante, que el paciente se descuido y solo recibe atención básica, pues la historia clínica da cuenta de valoraciones por MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGIA, NEUROLOGIA, CIRUGIA GENERAL, RADIOLOGIA, PSIQUIATRIA, GASTROENTEROLOGIA, FISIATRIA, INTENSIVISTA, OFTALMOLOGIA, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL entre otras, de tal manera que por el hecho de no suministrarse medicamento por dos días, tal como lo narra la historia clínica, pueda afirmarse que el paciente fallece por ese suceso, rompiéndose el nexo causal entre el daño y la atención medica brindada por mi representado.

EXIMENTES DE RESPONSABILIDAD

CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA

Soportada jurídicamente en lo regulado por la resolución 4343 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección social en lo que refiere a la carta de derechos y deberes del afiliado y paciente. Capítulo II numeral 4.3.

4.3. Capítulo de deberes. Son deberes del afiliado y del paciente, los siguientes:

- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, así como los recursos del mismo.
- Cumplir las normas del sistema de salud.
- Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio.
- Contribuir al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Reiterando lo dicho y probado hasta este momento procesal, es decir, que fue el paciente quien deliberadamente decide no asistir al médico y hacer caso omiso a las ordenes impartidas durante su estancia hospitalaria de seguir control, de hacerse exámenes, de recibir nutrición entre otras.

Nótese que el demandante basa su hipótesis y busca crear convicción en el Juez a partir de afirmaciones subjetivas que se alejan de la realidad probatoria consignada en historia clínica y por el contrario, omite presentar las verdaderas razones del desenlace fatal, como lo fue la tardía consulta, la avanzada enfermedad y la falta de adherencia a tratamiento medico por parte del paciente.

El actor, a pesar de tener la obligación de probar el daño y el nexo causal, se limita a afirmar sin sustento probatorio, que el no suministro de antirretrovirales por dos días, fue la causa eficiente y real de muerte del paciente, eso sí, olvidando o mejor omitiendo decir, por conveniencia, que fue el paciente quien fue totalmente descuidado.

Contrario a lo que dice el demandante, el personal médico y paramédico del Hospital Militar atendió al paciente hasta el momento de su muerte muy a pesar de estar documentado administrativamente, que el mismo había renunciado a las fuerzas militares y por tanto sin cobertura de salud en el subsistema, pero fue tal el compromiso con el paciente, que trabajo social realiza tareas adicionales buscando cobertura con el Distrito u otras entidades.

SOBRE LAS PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDADA

TESTIMONIALES

Se citen a los Médicos Especialistas en la Transversal 5 No. 49-00 Bogotá, Hospital Militar Central Doctores MAIRA MELISSA ALBINO de Urgencias, LILIAN CONSUELO MUÑOZ de Medicina Interna, RAFAEL RICARDO RODRIGUEZ de Psicología, CARLOS HERNANDO GOMEZ de Infectología, MARTHA INES OCHOA de trabajo social, estos profesionales deberán conforme a la Historia Clínica explicar el tratamiento dado al paciente, los protocolos en que soportaron el mismo, evaluación y eventuales causas de la complicación con los resultados que se dieron, así como las condiciones administrativas sobre suministro de medicamentos.

DOCUMENTALES

1. Solicito respetuosamente que se tenga como prueba documental la copia autentica de la Historia Clínica No 1.075.599.391 perteneciente al paciente Luis Eduardo Polania (q. e. p. d.), obrante en 01 CD y aportado por Bioestadística según oficio con Id 98179.
2. Poder con sus anexos que acreditan representación legal y delegación.

PETICION

Se desestimen las súplicas de la demanda por ausencia de falla del servicio de salud y no existir el nexo causal entre el resultado y el tratamiento medico dispensado a la paciente.

NOTIFICACIONES

En la transversal 5 No. 49-00 Hospital Militar Central, Oficina Jurídica, correo: judicialeshmc@hospitalmilitar.gov.co, judicialeshmc@homil.gov.co.

El suscrito apoderado en correo registrado en pie de página.

Atentamente,



PEDRO HEMEL HERRERA MENDEZ
Apoderado Judicial Hospital Militar Central
C. C. 79.694.159 de Bogotá
T. P. 109.862 del C. S. de la J