

345
318

LJ-DG-CT- 388 - 2018
Bogotá, D.C. 2 de agosto de 2018.

Señores:
JUZGADO 61 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.
Sección Tercera
La ciudad

REFERENCIA: REPARACIÓN DIRECTA N° 11001-343-061-2018-00181-00
DEMANDANTE: BLANCA CECILIA BELTRAN FORERO Y ADRIANA PATRICIA
GUAYACAN BELTRÁN
DEMANDADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE CAPITAL SALUD SUR Y
OTROS
ASUNTO: CONTESTACIÓN REPARACIÓN DIRECTA

COMISION DE REPARACION DIRECTA
RECIBIDA EN LA OFICINA DE REPARACION DIRECTA
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS
3 PM

TATIANA RAMÍREZ RODRÍGUEZ, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.072.650.448 (Cúndinamarca), abogada en ejercicio y titular de la tarjeta Profesional N° 222.926 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada judicial de Capital Salud EPS-S S.A.S, conforme al poder otorgado por la doctora **CLAUDIA CONSTANZA RIVERO BETANCUR** mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad Bogotá, representante legal de Capital Salud EPS-S S.A.S, por medio de la presente y dentro del término legal procedo a **CONTESTAR LA ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**, respecto de la demanda formulada, de la siguiente manera:

193892

I. EN CUANTO A LAS PRETENSIONES:

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda por no existir responsabilidad alguna de CAPITAL SALUD EPS-S respecto de los daños reclamados por el señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán (Q.E.P.D), habiendo cumplido la entidad que represento con todas las obligaciones que en virtud de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud existieron por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, dentro de los parámetros de cubrimiento dispuestos por la normatividad, siendo las complicaciones presentadas para el diagnóstico producto de un cuadro clínico atípico, producido por la variante anatómica en el colon ascendente que presentaba la anatomía del paciente.

Como se evidencia en las historias clínicas, el señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán fue atendido de manera oportuna brindándole una prestación del servicio de salud desde el punto de vista de la pertinencia médica de manera acorde al cuadro clínico que presentaba el paciente al momento de la atención.

A continuación me pronunciare frente a las pretensiones individualmente consideradas, así:

A la pretensión 1: Me opongo a que se declare administrativa, extracontractual individual o solidariamente responsable a CAPITAL SALUD EPS-S de la muerte del señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán ocurrida el 3 de febrero de 2016.

A la Pretensión 2: Me opongo a que se declare administrativa, extracontractual e individual o solidariamente responsable a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S, al pago de los perjuicios morales, causados a las señoras Blanca Cecilia Beltrán Forero, identificada con C.C. No.41.684.027 de Bogotá y Adriana Patricia Guayacán identificada con cédula de ciudadanía No.52.543.201 de Bogotá, por la muerte del señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán (q.e.p.d)

A la Pretensión 3: Me opongo a que se declare administrativa, extracontractual, individual o solidariamente responsable a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S, al pago del daño a la vida en relación causados a las señoras Blanca Cecilia Beltrán Forero, identificada con C.C. No.41.684.027 de Bogotá y Adriana Patricia Guayacán identificada con cédula de ciudadanía No.52.543.201 de Bogotá, por la muerte del señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán (q.e.p.d)

A la pretensión 4: Me opongo a que se declare administrativa, extracontractual, individual o solidariamente responsable a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S, al pago de los perjuicios materiales causados a las demandantes, que resulten probados a lo largo del proceso en virtud del principio de reparación integral.

A la pretensión 5: Me opongo a que se condene administrativa, extracontractual individual solidariamente responsable a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S, al pago de los perjuicios morales, causados a las demandantes, que resulten probados a lo largo del proceso en virtud del principio de reparación integral.

A la Pretensión 6: Me opongo a que se condene administrativa, extracontractual, individual o solidariamente responsable a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S, al pago del daño a la vida en relación, causados a las demandantes, que resulten probados a lo largo del proceso en virtud del principio de reparación integral.

A la Pretensión 7: Me opongo a que se condene administrativa, extracontractual, individual o solidariamente responsable a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S, al pago del lucro cesante, causado por la muerte del señor Fabián Antonio Guayacán, desde el momento de la muerte, hasta la expectativa de vida probable, teniendo en cuenta que la madre convivía y dependía económicamente de él.

A la pretensión 8: Me opongo de acuerdo y en consonancia con la negación a las pretensiones anteriores.

A la pretensión 9: Me opongo de acuerdo y en consonancia con la negación a las pretensiones anteriores.

II. EN CUANTO A LOS HECHOS Y OMISIONES

Al hecho Primero: Relativos a la vida y convivencia del joven Fabián Antonio Guayacán Beltrán del 1.1 al 1.8: No me consta, teniendo en cuenta que son situaciones personales y familiares de las demandantes, me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al hecho Segundo: Circunstancias de modo, tiempo y lugar que vivió el joven

Fabian Antonio Guayacán Beltrán y las demandantes.

2.1 No me consta.

2.2 No me consta, son apreciaciones subjetivas del demandante. Sin embargo, en la historia clínica del señor Fabian Antonio Guayacán se encuentra que en el momento de los hechos tenía 27 años de edad, que ingresa el 26 de enero de 2016 a las 13:14 a Triage y a las 13:46 horas es atendido por el médico de turno del Servicio de Urgencias de la IPS Subred Integrada de Servicios de Salud Sur – USS Hospital Meissen, ingresado por el Dr. German Alfredo Moreno Contreras, médico general, quien anota ingresa paciente con cuadro que inicia la noche anterior con dolor abdominal difuso, y 2 horas previo al ingreso, cuadro de dolor abdominal de inicio súbito de intensidad 10/10 en epigastrio, palidez y diaforesis. Encuentra al paciente pálido diaforético taquicárdico y con anormalidad al examen físico del abdomen, encontrando defensa abdominal en epigastrio. La impresión diagnóstica es abdomen agudo, descartar perforación de víscera hueca, por lo que se ingresa para hidratación, protección gástrica y apoyo diagnóstico; además ordena: "Observación. Nada vía oral. L. Ringer pasar bolo de 1500 cc y luego 100 cc/hora. Ranitidina 100 mgt EV ahora y luego 50 mgr EV cada 8 horas. SS cuadro hemático, PCR, azoados, glucosa, parcial de orina. SS RX de abdomen simple de pie. SS RX de tórax. Nueva Valoración".

A las 14:52 horas valorado por Especialista en Cirugía General Dr. Galvis, quien encuentra paciente con dolor a la palpación de epigastrio y defensa abdominal involuntaria, por lo que no descarta perforación de víscera hueca, realiza lectura de radiografías de tórax y abdomen dentro de la normalidad, lo mismo que ecografía abdominal tomada a las 14:30 horas que no muestra colecciones ni lesión de víscera sólida, deja en observación por cirugía general **con protección gástrica, y revaloración con reportes de paraclínicos completos.**

2.3 No me consta, son apreciaciones subjetivas del demandante. Sin embargo, en la historia clínica del señor Fabian Antonio Guayacán se encuentra que el 27 de enero de 2016 a las 2:16 fue revalorado por cirugía general, encontrando paciente con taquicardia de 109, fiebre de 39 grados, pero con abdomen blando doloroso a la palpación de mesogastrio sin signos de irritación peritoneal. Hace impresión diagnóstica de Dolor abdominal a estudio, síndrome febril, gastroenteritis, enfermedad diarreica aguda, trastorno de ansiedad. Reporta resultado de laboratorios: "Leuco 12 Neutrófilos 87% hemoglobina 15 Hematocrito 46 Plaquetas 247", interpreta hemograma sin leucocitosis, PCR en 71, solicita Ecografía abdominal y paraclínicos cuadro hemático, PCR, transaminasas, bilirrubinas electrolitos gases arteriales, coproscópico.

En nota de cirugía general realizada el 27 de enero de 2016 a las 11:50 horas, el paciente se encontraba con analgesia presentando disminución del dolor abdominal, con aumento de la leucocitosis con resultado de CH 16.49 PCR 201, con picos febriles, por lo cual decide realizar hemocultivo y Elisa para VIH, para descartar compromiso inmune del paciente, además solicita valoración por medicina Interna para valoración de síndrome febril sin foco claro, asociado a lo anterior solicita Tac Abdominal contrastado, en este momento retira analgesia para

evolución del dolor abdominal.

- 2.4** No me consta, son apreciaciones subjetivas del demandante. Sin embargo, en la historia clínica del señor Fabían Antonio Guayacán se encuentra que el 28 de enero de 2019 el paciente se encuentra con leucocitosis, con datos clínicos y paraclínicos de sepsis de punto de partida abdominal, abdomen agudo quirúrgico, por lo que se sugiere, continuar Dipirona 2 gr IV cada 6 horas, hemocultivo.

Se realizó nota aclaratoria de cirugía general, especificando que es un paciente con dolor abdominal a estudio, síndrome e febril a estudio, gastroenteritis, enfermedad diarreica aguda y antecedentes de trastorno de ansiedad, con presencia de 4 episodios eméticos de 2 horas, con persistencia de fiebre y taquicardia, deciden pasar sonda nasogástrica e inician manejo antiemético.

En revista con el Dr. Meneses y el medico hospitalario Dr. Sánchez, en nota de evolución refieren que se encuentra paciente con dolor abdominal, con deposiciones liquidas abundantes, emesis contenido alimentario múltiples ocasiones con Tac de abdomen contrastado sin evidencia de colecciones, no masa, no obstrucción intestinal con abundante liquido en lumen de tracto gastrointestinal con paso de medio de contraste, por lo cual, concluye que desde el punto de vista quirúrgico no se beneficiaria de procedimientos adicionales por el servicio de cirugía, por lo cual se solicita valoración por medicina Interna.

A las 8:53 horas del 28 de enero de 2016 es valorado por medicina Interna, con diagnósticos de sepsis abdominal, abdomen agudo quirúrgico a descartar diverticulitis, hipocalemia, se re interroga al paciente, quien informa cuadro de dolor crónico de 5 meses de evolución que se agudizó recientemente por lo cual consulto a urgencias, al examen físico abdomen peristaltismo disminuido, distendido, con defensa abdominal, doloroso en fosa iliaca izquierda, no signos de irritación peritoneal.

- 2.5** No me consta, en la historia clínica del señor Fabían Antonio Guayacán se encuentra que el 29 de enero de 2016 a las 8:52 horas el paciente presenta mejoría del dolor abdominal, se solicitan laboratorios de control. El Doctor Kling (Cirujano) refiere que se revisan paraclínicos encontrando leve leucopenia con ictericia en escleras, con paraclínicos que muestran hiperbilirrubinemia a expensas de la indirecta, refiere no deterioro clínico, por lo que se solicita revaloración por medicina Interna, ya que la ecografía no muestra patrón biliar obstructivo.

- 2.6** No me consta, son apreciaciones subjetivas del demandante. Sin embargo, en la historia clínica del señor Fabían Antonio Guayacán se encuentra que en revista con Dr. Pedraza (Cirujano) y Dr. Forero (Hospitalario), refieren que el paciente persiste con dolor abdominal, taquicardia, sin signos claros de irritación peritoneal, PCR elevada, con reporte de Tac de abdomen donde se evidencian imágenes en mesenterio que sugieren perforación de víscera hueca, por lo cual se decide llevar a laparotomía exploratoria.

En nota quirúrgica realizada por el Dr. Andrés Mauricio Rodríguez cirujano principal

anota hallazgos, gran distensión de asas delgadas de aspecto violáceo, abundante líquido cetrino en cavidad hipertérmica, apendicitis aguda perforada emplastrada de localización inframesocólica a nivel lateral izquierdo del ligamento de Treitz, plastrón comprometiendo colon transversal, mesocolon, asas delgadas yeyunales, colon derecho redundante formando bucle, ciego en posición de mesogastrio de igual localización que el apéndice cecal, perforación incidental de la cara anti mesentérica en asa delgada a 180 cm de la válvula ileocecal. En postquirúrgico inmediato, encuentran paciente con shock séptico con vasoplejía que requiere inicio de vasopresor noradrenalina a 0,1 mcg/kg/min, continúan soporte ventilatorio e inotrópico y soporte hídrico.

2.7 No me consta, son apreciaciones subjetivas del demandante. Sin embargo, según la historia clínica el 31 de enero de 2016 a las 1:30 el señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán ingresó a la UCI - Anotan como datos relevantes que el paciente se torna hipotenso en trans y postoperatorio por lo que necesita doble soporte vasoactivo, y por tanto, UCI. Ingresó sedado con midazolam fentanil, catéter venoso central, tubo orotraqueal número 7,5. Conceptúan cuadro de peritonitis secundaria a apendicitis perforada y emplastrada de localización inusual, con choque secundario a sepsis, perfil hepático alterado y con hemograma del día previo con leucopenia en relación con probable freno medular por sepsis dado hallazgo en días previos de leucocitosis en ascenso, con requerimiento progresivo de soporte vasoactivo.

Mantienen reanimación con miras a destete, soporte respiratorio con mínimos requerimientos. Inician terapia antimicrobiana con Piperacilina/Tazobactam, pendiente cultivos. Diagnóstico: choque séptico apendicitis aguda perforada emplastrada de localización inframesocólica a nivel lateral izquierdo del ligamento de Treitz.

Primera evolución a las 08:05 lenta hacia la mejoría, multisoportado, gasto urinario limítrofe, gases arteriales mejoraron, sin indicación de re-intervención, proponen nuevo lavado quirúrgico de cavidad abdominal en 24 horas, dicen no presencia de fístula. A las 12:17 del mismo día, anotan: condición crítica en tendencia a la mejoría, ha requerido menor soporte vasoactivo. Taquicardia importante, febril. Gasto urinario deficiente, conciencia adecuado buen grado de sedoanalgesia sin agitación. Azoos levemente elevados, bilirrubinas elevadas, tiempos de coagulación, leve prolongación del tiempo de tromboplastina parcial, equilibrio ácido base.

A las 20:19: suspenden dopamina, dejan noradrenalina a bajas dosis. Ventilación con parámetros bajos de soporte, fiebre toda la tarde, disminución de la taquicardia.

2.8 No me consta, en la historia clínica del señor Fabián Antonio Guayacán se encuentra que el 1 de enero de 2016 reportan con destete de vasopresor y ventilación mecánica, y necesidad de nuevo lavado ese día. A las 6:57: terapia respiratoria informo que presentaba fuga aérea por tubo orotraqueal por lo que se indicó su retiro. Se deja por el momento con buen patrón respiratorio, y

probablemente no requiere ser intubado nuevamente, al menos hasta el nuevo procedimiento quirúrgico. A las 21:48 presenta falla ventilatoria por lo que es necesario volver a intubar al paciente, procedimiento exitoso, se deja a ventilación mecánica.

- 2.9** No me consta, me atengo lo que se pruebe en la historia clínica en la cual el día 2 de febrero de 2016 anotan que continua con signos de respuesta inflamatoria sistémica, dados por taquicardia, fiebre, aumento de la leucocitosis, con deterioro hemodinámico, gasto urinario limítrofe que se considera por bajo aporte hídrico el cual se ajusta para preservar función renal. Se observa posible atelectasia basal derecha por lo que se ajusta soporte ventilatorio. Se hallan signos de disfunción hepática y hematológica temprana, consideran que es urgente la realización de lavado peritoneal para control del inóculo. Se administra Dipirona para control de la fiebre, y deciden continuar manejo en UCI con pronóstico reservado sujeto a evolución y resultados con riesgo de desenlace fatal.

El mismo día a las 21 horas, reportan respuesta inflamatoria no modulada, pendiente nuevo paso a salas, y cultivos positivos para E. coli BLEA sin adecuada respuesta, se comenta con Infectología y se inicia antibiótico Clindamicina.

- 2.10** No me consta, me atengo lo que se pruebe en la historia clínica en la cual el día 3 de febrero de 2016 se encuentra paciente con severo deterioro del estado general, con profundización del estado de choque, condición crítica evolución tórpida con choque distributivo recurrente, con pobre respuesta a reanimación volumétrica y ajuste de soporte vasopresor sin lograr metas de presión arterial media. Cursa con disfunción orgánica múltiple, que compromete ventilación y oxigenación, alteración de la perfusión tisular global mostrando cortocircuito periférico y signos que sugieren daño tisular severo con pobre respuesta adaptativa reflejada en aparente descenso de lactato, aunque sin franco trastorno gasimétrico. Hay compromiso regional renal con elevación progresiva de nitrogenados, y caída de tasa de filtración glomerular, y compromiso electrolítico que sugiere posible lesión tubular, además presenta disfunción hepática, con signos sugestivos de colestasis. Presenta encefalopatía séptica y metabólica, dado el compromiso persistente de la esfera mental, a pesar de retiro de benzodiazepina y reducción notable de infusión de opioide. SRIS no modulado en el que persiste fiebre no controlada, y reducción de recuento leucocitario por posible freno medular. Hay sospecha de compromiso neurohumoral, que explica la refractariedad hemodinámica al soporte y tiende a manejar niveles de glucometría limítrofes, lo que sugiere alteración del eje hipotálamo hipófisis adrenal, que amerita adición de vasopresina e hidrocortisona. Se busca optimizar el volumen intravascular con coloide natural (albumina), dada la imposibilidad del uso de soluciones hipertónicas por el trastorno electrolítico. Dada la persistencia del SRIS con compromiso hemodinámico con sospecha de compromiso autonómico, se deja dosis baja de betabloqueador para intentar modular el reflejo inflamatorio, y se adiciona digital para optimizar trabajo miocárdico y de paso controlar frecuencia cardíaca. Es probable que deba adelantarse nueva revisión quirúrgica de foco abdominal.

Siendo las 20:38 horas, anotan: Paciente con evolución tórpida. Pésimas condiciones generales producto del choque séptico refractario a manejo médico instaurado, con doble soporte vasopresor. Respiraciones agónicas, a pesar del soporte ventilatorio invasivo con altos parámetros, fiebre muy alta a pesar de medicación antipirética, y a pesar de medios físicos, taquicardia marcada no susceptible de ser manejada con bradicardizantes, por hipotensión secundaria como efecto colateral. Pobre gasto urinario aunque tuvo discreta mejoría en la tarde, encefalopatía marcada recibiendo dosis mínimas de fentanil. Glucometrías adecuadas en paciente crítico, no recibe aporte nutricional, ni está indicado por el momento. Recibe agua por sonda oro gástrica. Por ahora no hay aislamientos microbiológicos que modifiquen el manejo antibiótico. Debe continuarse infusión de hidrocortisona al igual que bolos de albumina para intentar condición hemodinámica.

Paciente presenta a las 22:10 asistolia, se inicia protocolo de reanimación cardiopulmonar, compresiones torácicas por 2 minutos, adrenalina cada 3 a 5 minutos. Al cuarto ciclo de compresiones torácicas, presenta fibrilación ventricular, por lo que da descarga de desfibrilación a 270 julios. Se continúa protocolo sin respuesta, con persistencia de asistolia. Luego de 20 minutos de maniobras infructuosas, se suspenden, y se declara fallecimiento. Hora de defunción 22+30 horas.

- 2.11 No me consta.
- 2.12 Es cierto.
- 2.13 No me consta, me atengo a lo que pruebe.

Al hecho Tercero: Relativos a la atención brindada por el Hospital de Meissen II Nivel E.S.E y EPS Capital Salud al joven Fabián Antonio Guayacán Beltrán de acuerdo a la historia Clínica. Teniendo en cuenta que son hechos relacionados con la Historia Clínica del señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán me atengo a lo que se pruebe dentro de la misma.

Al hecho Cuarto: Relativos al agotamiento de la Conciliación:

- 4.1 Es cierto de conformidad con el acta de audiencia de conciliación Extrajudicial de la Procuraduría 134 Judicial II Asuntos Administrativos del 21 de marzo de 2018.
- 4.2 No me consta. Me atengo a lo que se pruebe en la constancia expedida por la Procuraduría 134 Judicial II para asuntos administrativos.

III. EXEPCIONES

GENÉRICA

En aplicación al artículo 306 del C.P.C., concordante con el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, solicito al señor Juez declare de oficio las excepciones que encuentre probadas en el curso del proceso.

CADUCIDAD DE LA ACCIÓN

La caducidad de la acción o del derecho es un fenómeno que se presenta cuando un sujeto tiene la potestad de ejercer un acto que tendrá efectos jurídicos y no lo hace dentro del lapso perentorio que señala la Ley, perdiendo de este modo el derecho de reclamarlo posteriormente.

Con la caducidad de las acciones queda claro que el derecho al acceso a la administración de justicia no es absoluto, pues es condicionado legalmente a que la promoción de la demanda sea oportuna y las acciones se inicien dentro de los plazos que señala el legislador. Lo anterior teniendo en cuenta que la indeterminación y la incertidumbre chocan con los fines del derecho como herramienta para lograr la seguridad jurídica y la estabilidad de las relaciones sociales.

El nuevo Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo, Ley 1437 de 2011, establece en el artículo 164, ordinal i) que:

"Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia."

La sección tercera del Consejo de Estado en varias oportunidades se ha pronunciado respecto al término que tienen los ciudadanos para formular la acción de reparación directa en razón a un perjuicio ocasionado por falla en el servicio médico. Lo anterior, teniendo en cuenta que a pesar de la norma señala que la acción podrá iniciarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo; éste término en materia medica puede tener varias interpretaciones subjetivas dependiendo si el daño se manifestó inmediatamente o con posterioridad a la actuación o al hecho administrativo que lo causa.

En consideración a que la norma deja ligado el término desde el cual puede alegarse la caducidad a una circunstancia netamente subjetiva, que en ocasiones no es posible verificar, sino hasta la fecha en que resultaría evidente el perjuicio. El consejo de Estado ha señalado (S- 2003-00820-01(33754)

"En la mayoría de los casos, con constatar la fecha en la cual ocurrió el hecho, la ocupación o la operación imputable a la administración pues ésta, por lo general, coincide con la producción del daño. No obstante, en otros casos, no es tan fácil determinar la fecha cierta a partir de la cual debe empezar a computarse el plazo de dos años previsto en la ley.

En estos eventos ocurre que el daño se produce o se manifiesta con posterioridad a la actuación o al hecho administrativo que lo causa. Por ello se hace necesario acoger una interpretación flexible -fundada en el principio pro damato - de la norma que establece el término de caducidad con el fin de

proteger el derecho de acceso a la administración de justicia y de asegurar la prevalencia del derecho sustancial, pues si "el daño es la primera condición para la procedencia de la acción reparatoria", es razonable considerar que el término de dos años previsto en la ley positiva no podrá empezar a contabilizarse a partir del "acaecimiento del hecho, omisión y operación administrativa", sino a partir del momento en que el daño adquiere notoriedad, esto es que la víctima se percatade su ocurrencia, o desde la cesación del mismo cuando el daño es de tracto sucesivo o ejecución continuada.

El hecho de que los efectos del daño se extiendan en el tiempo no puede evitar que el término de caducidad comience a correr, ya que en los casos en que los perjuicios tuvieran carácter permanente, la acción no caducaría jamás.

Así las cosas, independientemente de que el daño sea continuado o de tracto sucesivo, esto es, que se prolonguen sus efectos, sus perjuicios o cuando el mismo daño termina agravándose con el tiempo, debe tenerse en cuenta que el daño se concretó en un momento determinado y es a partir de que se tuvo conocimiento de éste, que el término de caducidad debe empezar a computarse.

A efectos de la contabilización de dicho término ha de tenerse en cuenta en primer lugar que "por regla general, la fecha para la iniciación del conteo de ese término es el del día siguiente al del acaecimiento del hecho, omisión y operación administrativa" y en segundo lugar que "la acción nace cuando se inicia la producción del daño o cuando éste se actualiza o se concreta, y cesa cuando vence el término indicado en la ley, aunque todavía subsistan sus efectos" de manera que "el hecho de que los efectos del daño se extiendan en el tiempo no puede evitar que el término de caducidad comience a correr.

En el caso en concreto el señor FABIÁN ANTONIO GUAYACAN BELTRÁN, falleció el 3 de febrero de 2016, teniendo hasta el 3 de febrero de 2018 para interrumpir el termino de caducidad de conformidad con el artículo 164 de la Ley 1437 de 2011. A pesar de lo anterior, el abogado defensor presento solicitud de conciliación ante la procuraduría General de la Nación el 26 de enero de 2018, declarándose fallida el 21 de marzo de 2018 y presentando la demanda el 10 de abril de 2018.

FALTA DE LEGITIMIDAD POR PASIVA.

Respecto de los hechos que soportan en el escrito de demanda, aun cuando a hubo pronunciamiento específico, es necesario anotar que, cada uno de ellos refiere a situaciones netamente médicas, relacionadas con la salud del paciente, razón por la cual se solicita desde esta etapa exonerar a Capital Salud EPS-S de cualquier responsabilidad en relación con los perjuicios que se hayan podido generar en la atención médica del paciente.

Es importante observar que la Ley 100 de 1993 establece de forma clara, qué son las Empresas Promotoras de Salud (EPS), así, el artículo 177 dicta:

Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de

solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley.

Así, La ENTIDAD PROMOTORAS DE SALUD. - CAPITAL SALUD E.P.S.-S, es una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (E.A.P.B.), responsable del aseguramiento, afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de sus aportes. Su función básica es organizar y garantizar directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados. Deben organizar su propia red de prestadores de servicios, ya sea con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias o contratadas, las cuales deben tener la suficiencia y la capacidad resolutive que le permitan atender eficazmente a sus afiliados.

INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA

Para que se predique responsabilidad administrativa se requiere que se produzca un daño antijurídico y un nexo de causalidad imputable a la administración. Al entrar a analizar si se configuran todos los elementos generadores de responsabilidad administrativa, se encuentra lo siguiente:

Con la información revisada se concluye que la prestación de los servicios se desarrolló desde el punto de vista de la pertinencia médica de manera acorde al cuadro clínico que presentaba el paciente al momento de la atención. Toda vez que en cuanto a la oportunidad de la atención inicial se refiere, el paciente fue atendido por el médico según lo registrado en la historia clínica, unos 32 minutos posteriores al Triage inicial, tiempo que resulta oportuno a la luz de los signos vitales estables que presentaba en el momento del ingreso. Adicionalmente, el especialista en cirugía general, lo valora alrededor de 1 hora después de la valoración inicial por el médico general de urgencias.

El paciente es valorado por especialistas de Cirugía General y Medicina Interna, quienes dan seguimiento al caso, y el 30 de enero deciden practicar la cirugía que requería el usuario. Posteriormente se manejó cada una de las complicaciones que presentó, en la unidad de Cuidados Intensivos, en donde se tomaron todas las medidas posibles descritas en literatura para salvar la vida e integridad del paciente, esfuerzos estos que resultaron infructuosos.

De conformidad con el concepto médico emitido por el medico auditor de Capital Salud EPS-S, el paciente no se infectó por falta de atención oportuna y eficiente después de la cirugía, sino por el cuadro clínico que presentaba de base, esto es, desde el momento mismo que sufrió la perforación del apéndice, que según cuadro clínico probablemente corresponde al momento de presentar el dolor severo de intensidad 10/10 de inicio súbito que lo llevó a consultar, y que es concordante con una perforación intestinal. Posterior a la cirugía, el paciente recibió atención en la unidad de Cuidados Intensivos, en donde se le brindó toda la atención médica requerida por el caso, a pesar de lo cual hubo progresión de la sepsis y posterior deterioro orgánico múltiple que lo llevo a la muerte.

Es importante manifestarle al Despacho que el paciente desde el inicio presento un cuadro clínico atípico, producido por la variante anatómica en el colon ascendente que presentaba la anatomía del paciente, con un colon redundante, más largo de lo usual, a la izquierda del ligamento que sostiene al duodeno (Treiz), en el mesogastrio, siendo que la ubicación usual es en la fosa iliaca derecha, precisamente el síntoma clínico más relevante en el diagnóstico Clínico de apendicitis aguda.

Así mismo el procedimiento quirúrgico de laparotomía exploratoria fue idóneo, teniendo en cuenta que se realizó el retiro del apéndice, el absceso que lo rodeaba y el tejido intestinal desvitalizado. Finalmente la atención del usuario en la unidad de cuidados intensivos fue idóneo, oportuno y cuidadoso.

MEDIOS DE PRUEBA

A) DOCUMENTALES.

Solicito tener como pruebas las siguientes.

- CD con relación la trazabilidad de autorizaciones emitidas al señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán.
- Copia de las autorizaciones emitidas durante la hospitalización del señor Fabián Antonio Guayacán Beltrán.

ANEXOS:

Con la presente, me permito anexar:

- Poder con que actúo.
- Cámara de comercio
- Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES:

CAPITAL SALUD EPS-S podrá notificarse en la Calle 77 A # 12 A – 35 de la ciudad de Bogotá, al teléfono 3265410 extensiones 3405.

Cordialmente,



TATIANA RAMÍREZ RODRÍGUEZ

C.C. N° 1.072.650.448 (Chía)

T.P. N° 222.926 del Consejo Superior de la Judicatura.