

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) junio de dos mil veintitrés (2023)

Proceso: Verbal - Divisorio
Demandante: Ana Azucena Herrera Córdoba
Demandado: Gloria Ramona Mendoza Ortiz
Radicación: 110014003015-2015-00560-00
Asunto: Requiere extremos de la litis.

Visto el informe secretarial y vencido el término del traslado de que trata el artículo 412 del Código General del Proceso, el Juzgado; **RESUELVE:**

Primero. Señalar la hora de las 8:30 a.m. del día 28 del mes de noviembre del año 2023, para efectos de llevar a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 409 del Código General del Proceso.

1.1. Tener en cuenta, que para la realización de la referida audiencia, además que las partes deben estar debidamente representadas por apoderado judicial, se utilizarán las herramientas tecnológicas previstas en el Acuerdo CPCSJA20-11576 de 2020 del Consejo Superior de la Judicatura, en especial la plataforma LifeSize y/o Microsoft Teams, para lo cual, las partes y demás convocados, deberán remitir a este expediente, vía email ccto15bt@cendoj.ramajudicial.gov.co, a más tardar dos (2) días antes de la fecha de la audiencia, las direcciones electrónicas y números telefónicos, advirtiendo que una inobservancia en tal sentido, no implica causal para aplazar la vista pública, la cual, de todas formas iniciará en la fecha y hora atrás señaladas, surtiendo todos los efectos sustanciales y procesales a que haya lugar.

1.2. Cabe resaltar, que todos los convocados a esta audiencia, deberán estar debidamente capacitados en el manejo de estas herramientas tecnológicas y contar con los medios y equipos óptimos y necesarias para el desarrollo cabal de la audiencia, entre ellos, que sean susceptibles de acceder a internet y que cuenten con cámara y micrófono, para la realización de la misma.

1.3. Advertir a las partes que su inasistencia injustificada, dará lugar a las sanciones procesales que dispone el artículo 372 *ibidem*. Instar a los apoderados para que comuniquen la fecha aquí señalada a sus poderdantes, en desarrollo del principio de lealtad y buena fe, deber que les es impuesto mediante el numeral 8º del artículo 71 *ibidem*.

1.3.1. Se pone de presente a los gestores judiciales que la presente audiencia solamente podrá ser suspendida o aplazada en los casos contemplados en la normatividad vigente tal y como lo impone el artículo 5º del Estatuto Procesal Civil, siendo improcedentes las solicitudes elevadas por los abogados para concurrir otra audiencia en la misma fecha como lo refirió la Corte Suprema de Justicia que explicó:

“Así las cosas, el régimen de inasistencia previsto en esa disposición se dirige fundamentalmente a ellas, no a sus defensores ni a otros terceros, pues basta la excusa de cualquiera o la inasistencia de ambas para no realizar “la diligencia”. No acontece lo mismo cuando el móvil de “suspensión o aplazamiento” proviene directamente de los apoderados, habida cuenta que los cánones 372, 373 y 327 no lo autorizan expresamente.”¹

1.4. En virtud de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, se autoriza a secretaría para que vía correo electrónico o telefónico coordine con los apoderados, partes e intervinientes los aspectos necesarios para llevar a cabo la audiencia aquí convocada, así como para que resuelva las dudas que surjan sobre los aspectos técnicos requeridos.

Segundo. Prorrogar por el término de seis meses la presente instancia, la misma operará automáticamente una vez vencido el término del año inicialmente dispuesto para dictar sentencia, contado desde que el suscrito tomó posesión del cargo². (Art. 121-inc. 5° CGP).

NOTIFÍQUESE,

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a horizontal line at the bottom, positioned below the word 'NOTIFÍQUESE,'.

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
Juez

¹ Corte Suprema de Justicia ; M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque; STC2327-2018

² El suscrito tomó posesión del cargo como Juez 15 Civil del Circuito en provisionalidad por vacancia temporal mediante Resolución núm. 63 del 22 de agosto de 2022 y acta de posesión 230 de 2022 con fecha de efectividad 26 de agosto de 2022.

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C. trece (13) de junio de junio dos mil veintitrés (2023)

Referencia: DIVISORIO
Demandante: CARLOS ALBERTO GÓNZALEZ ESPITIA.
Demandado: LUIS GABRIEL GÓNZALEZ BRITO, ÁLVARO GÓNZALEZ BRITO e IVONNE GÓNZALEZ MAHECHA.
Radicado: 11001310301520160034900

1. Atendiendo la solicitud realizada por el apoderado judicial de la parte demandante¹, y como quiera que se reúnen los presupuestos del canon 285 del Código General del Proceso, se **ACLARA** el proveído que decreta la suspensión del proceso², en el sentido de establecer de manera correcta el día y el mes de la emisión del mentado auto, el cual es **quince (15) de mayo** de dos mil veintitrés (2023), y no como allí quedó establecido. En lo demás el auto queda incólume.

2. Por secretaría contabilice los términos de suspensión dispuesto en el numeral 1.1. del referido auto.

NOTIFÍQUESE,

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
JUEZ

¹ PDF 14 SolicitudAclaraciónAutoSuspensiónProceso
² PDF 13 AutoSuspendeProceso

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Referencia: VERBAL.
Demandante: CARLOS ANDRÉS PACHÓN CRUZ.
Demandado: SANTIAGO ARTURO ÁVILA GARCÍA y YULIANA PAOLA GARCÍA OLAYA.
Radicado: 11001310301520160066900

1. Como quiera que el presente proceso ya se encuentra incluido en el Registro Nacional de Personas Emplazadas y pertenencias correctamente¹, se dispone:

1.1. Designar a William Hernan Vanegas Wilches, por economía procesal como quiera que, en oportunidad anterior se notificó para este proceso y contestó la demanda², para que desempeñe el cargo de Curador Ad – Litem de los demandados Santiago Arturo Ávila García y Yuliana Paola García Olaya.

1.2. Adviértase al designado que el cargo es de forzosa e inmediata aceptación, so pena de hacerse acreedor a las sanciones disciplinarias a que haya lugar, para lo cual se compulsarán copias a la autoridad competente. (Artículo 48, regla 7ª del C.G. del P.)

1.3. Comuníquese telegráficamente o por el medio más expedito esta decisión al curador designado a la dirección electrónica williamabogado1973@hotmail.com o física Carrera 25 A No. 44 A – 41 Sur de Bogotá.

2. Para los fines a que haya lugar, manténgase agregado a los autos los certificados de libertad y tradición³ allegados por la apoderada judicial de la parte demandante, de los bienes inmuebles distinguidos a los folios con matrícula inmobiliaria Nos. 50N-20486948 y 50N-20487024.

3. Sobre las solicitudes referidas a designar curador e impulso procesal⁴, por la memorialista estese a lo resuelto en el presente proveído.

NOTIFÍQUESE,

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
JUEZ
(2)

¹ PDF 09 EmplazamientoYuliSantiagoRNPE

² PDF 01 fls. 248, 262 y 266 a 268

³ PDF 11PoneEnConocimientoCertificados

⁴ PDF's 08, 10 y 13 SolicitudDesignarSecuestre, SolicitudDesignarCurador y SolicitudImpulsoProcesal

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio dos mil veintitrés (2023)

Referencia: VERBAL.
Demandante: CARLOS ANDRÉS PACHÓN CRUZ.
Demandado: SANTIAGO ARTURO ÁVILA GARCÍA y YULIANA PAOLA GARCÍA OLAYA.
Radicado: 11001310301520160066900

Encontrándose las diligencias para disponer respecto a designar curador Ad – Litem del menor J.D.P.B. por conducto de su representante y madre señora MARÍA ANDREA BUITRAGO BOTERO, ordenado en auto de fecha 19 de marzo de 2021¹, el despacho se percata de la existencia de una irregularidad en la orden impartida en el numral 3° del mentado proveído que debe ser saneada previamente, atendiendo lo preceptuado por los artículos 42, numeral 5° y 132 ibidem, los cuales hacen referencia al deber del director del proceso de adoptar las medidas autorizadas por el estatuto procesal civil para sanear los vicios de procedimiento y al control de legalidad que debe surtir en cada etapa procesal.

1. Revisada la actuación, se observa que a través de auto adiado 21 de febrero de 2017 por medio del cual se admitió la demanda², y la corrección del mismo de data 22 de marzo de 2017³, se ordenó la citación del menor J.D.P.B. por conducto de su representante y madre señora MARÍA ANDREA BUITRAGO BOTERO, en la forma y términos del artículo 62 del Código General del Proceso y decretó su notificación conforme lo establecido en los artículos 291 y 292 ibidem.

2. El artículo 293 de nuestro estatuto procesal establece “*Cuando el demandante o el interesado en una notificación personal manifieste que ignora el lugar donde puede ser citado el demandado o quien deba ser notificado personalmente, se procederá al emplazamiento en la forma prevista en este código*”.

3. Así las cosas, y teniendo en cuenta que la determinación adoptada en el núm. 3° de auto adiado 19 de marzo de 2021⁴, no se encuentra ajustada a derecho en tanto, que no reúne los requisitos de ley ante la ausencia de la referida notificación por conducto de la activa y al dicho extremo procesal tener conocimiento del lugar donde recibiera notificaciones el citado *litis* consorte⁵, motivo por el cual se deja sin valor ni efecto⁶.

4. Como consecuencia de lo anterior, se requiere al extremo demandante para que realice la diligencia de notificación del menor **J.D.P.B. por conducto de su representante y madre señora MARÍA ANDREA BUITRAGO BOTERO**, a la dirección física aportada en escrito calendado 27 de febrero de 2017⁷, es decir, en la

¹ PDF 01 fl. 254

² PDF 01 fls. 130 y 131

³ PDF 01 fl. 140

⁴ PDF 01 fl. 254

⁵ PDF 01 fl. 133

⁶ Corte Suprema de Justicia, STC-7397 DE 2018; M.P. Margarita Cabello Blanco

⁷ PDF 01 fl. 133

Carrera 55 No. 151 – 90 Apto. 804 Interior 3 Agrupación de Vivienda Urbanización
Mazuren 11.

NOTIFÍQUESE,

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a dense, scribbled central area.

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
JUEZ
(2)

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio dos mil veintitrés (2023)

Referencia: EJECUTIVO.
Demandante: CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO.
Demandado: ECOOPSOS E.S.E. E.P.S.
Radicado: 11001310301520170034300

1. Se agrega a los auto la Resolución No. 2023320030002332-6 de 12-04-2023, por medio de la cual se ordenó la liquidación como consecuencia de la toma de posesión de la Empresa Promotora de de Salud ECOOPSOS E.S.E. E.P.S.¹, para los fines legales pertinentes.

2. Así las cosas y como quiera que en el presente asunto no hay solicitudes pendientes que resolver, archívese el expediente previa desanotación en el software de gestión para efectos estadísticos.

NOTIFÍQUESE,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'O. G. Hernández Montañez', written over a horizontal line.

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
JUEZ

¹ PDF 05 C01 LiquidaciónEcoopsosNuevaRepresentante

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO Bogotá D. C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023).

Proceso : VERBAL (RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL)
Demandante : CLARA BURBANO YEPES y otros.
Demandados : NUEVA EPS S. A. y otro.
Acto Procesal : SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Radicación núm. 110013103014 2017 00437 00

SENTENCIA POR ESCRITO (Art. 373-5 inc. 3º CGP)

I. RESUMEN DE ANTECEDENTES.

1. Clara Burbano Yepes, Arcesio Ortiz Medina, Greace Karent Natalia, Jessica María y Jesús Mauricio Ortiz Burbano, la primera en su condición de directamente perjudicada, el segundo compañero permanente¹ y los demás en su calidad de hijos², actuando por intermedio de apoderado judicial, promovieron demanda de responsabilidad civil extracontractual (solidaria) contra Nueva Empresa Promotora de Salud S. A.,³ y Corporación Hospitalaria Juan Ciudad⁴, debido a los hechos relatados en el libelo y que, a la poste, perjudicó la salud de la primera de las mencionadas.

1.1. Se suplicó, a título de indemnización el reconocimiento de perjuicio moral subjetivo, daño a la vida de relación, a la salud, material en las cifras expresadas en la demanda y su reforma, así como la asunción de la carga prestacional de Jessica María, de enfermera y/o ayuda de hogar⁵.

1.2. La causa *petendi* se edificó en múltiples hechos resumidos así: **a)** La cirugía se direccionó por el médico tratante Dr. Guillermo Rueda Escallón sin embargo, la empezó a practicar un residente, **b)** La paciente escucho un “*tipo chasquido*” asociado, según su dicho, a la afectación (elongación) del nervio ciático a la altura de la cadera izquierda, **c)** Pese iniciarse el acto quirúrgico con anestesia regional raquídea, en ese momento, Burbano Yepes perdió el sentido por efecto de un sedante o similar aplicado, **d)** Todo lo anterior, no se registró en la historia clínica, **e)** El Dr. Rueda Escallón omitió incorporar en el registro clínico el percance de la afectación del nervio ciático, **f)** Finalizado en el acto médico los galenos ocultaron al núcleo familiar el incidente del nervio ciático, en cambio, informaron que la cirugía había sido exitosa, **g)** Tratamiento inadecuado postoperatorio e inhumano: **(i)** Se da de alta sin atender adecuadamente el contratiempo del nervio ciático en contravía de lo recomendado por la fisioterapeuta, **(ii)** El Dr. Rueda Escallón le informó a la paciente Burbano Yepes que ordenaría unos días más de hospitalización y no fue así, **(iii)** Ausencia de tratamiento a la invalidez padecida por Burbano Yepes debido a la ruptura del nervio ciático, **(iv)** No se suministra ni se hace gestión para la provisión de silla de ruedas, como tampoco de aparatos ortopédicos **(v)** No se suministra medicación para los dolores, en cambio se prescribieron medicamentos NO-POS, **(vi)** Se da de alta con herida pequeña abierta y con sangrado, **(vii)** No se facilita ambulancia para traslado a casa.

¹ PDF01_2017-437(1aparte), folios 80 y 103.

² PDF01_2017-437(1aparte), folios 95-99.

³ En adelante se referenciará como “Nueva EPS”.

⁴ En adelante se reseñará la “Corporación”.

⁵ PDF02, folios 19-46; PDF02, folios 1-2 y PDF03, folios 185-229.

1.3. Intimidado el extremo pasivo de la pretensión, la Corporación se opuso proponiendo como excepciones⁶: «LA ACTIVIDAD MÉDICA CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, EL HOSPITAL ACTUÓ CONFORME LO INDICA LA CIENCIA MÉDICA –INEXISTENCIA DE CULPA–, LA LESIÓN DEL NERVIIO CIÁTICO IZQUIERDO ES RIESGO INHERENTE PROPIO DEL PROCEDIMIENTO Y LA MATERIALIZACIÓN DE DICHO RIESGO NO CONFIGURA RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL, INEXISTENCIA Y SOBREESTIMACIÓN DE PERJUICIOS e INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD DADA LA AUTONOMÍA DEL ACTO MÉDICO», objetó el juramento estimatorio, así mismo, llamó en garantía a ALLIANZ SEGUROS S. A.

1.4. Nueva EPS hizo lo propio y propuso las defensas⁷: «AUSENCIA DE CULPA DE NUEVA EPS y CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADOR». Igualmente, llamó en garantía a la Corporación⁸.

1.5. La Corporación como llamada en garantía presentó las excepciones: «CONSIDERACIONES PREVIAS DE DERECHO RESPECTO AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADO POR NUEVA EPS, INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DEL HOSPITAL DE RESPONDER ANTE NUEVA EPS POR LAS ATENCIONES SUMINISTRADAS A CIELO BELTRÁN RUSSI (**sic**) POR NO EXISTIR RELACIÓN FÁCTICA CON EL PROCESO, INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DEL HOSPITAL DE RESPONDER ANTE LA NUEVA EPS POR LAS ATENCIONES SUMINISTRADAS A CLARA BURBANO YEPES, POR ENCONTRARSE AJUSTADAS A LA LEY DEL ARTE MÉDICO y la GENÉRICA o INNOMINADA»⁹

1.6. Allianz replicó: «DEDUCIBLE, LÍMITE ASEGURADO, REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO y la GENÉRICA»¹⁰

II. CONSIDERACIONES.

A. Presupuestos Procesales.

2. Están debidamente acaudalados los presupuestos procesales de validez de la actuación, competencia, capacidad para comparecer y ser parte de los sujetos en contienda; de igual forma, no existe vicio en el trámite.

B. Problema Jurídico.

3. El debate plantea, si en el transoperatorio existió o no responsabilidad médica, así como en el tratamiento postoperatorio, entrambos, con la señora Burbano Yepes, con otras frases, se presentó o no una infracción a la *lex artis ad hoc* en esos dos momentos.

C. Análisis de la responsabilidad médica, su clase y prueba.

4. Lo primero que debe marcarse es que, la regla general en el sistema jurídico doméstico tratándose de la responsabilidad civil del facultativo es la **culpa**, es decir, una desatención comprobada –*acto médico defectuoso o inapropiado*– por supuesto, al estándar exigible del profesional de la salud.

⁶ PDF04, folios 621-641.

⁷ PDF04, folios 677-680.

⁸ PDF04_2017-437 (4aparte.), folio 707. Otros llamados declarados ineficaces.

⁹ PDF04_2017-437 (C.3), folios 12-14-, 17-22.

¹⁰ PDF04_2017-437 (C.2), folios 40-43-, 61-67.

“Suficientemente es conocido, en el campo contractual, **la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las ‘estipulaciones especiales de las partes’** (art. 1604, *in fine*, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.”¹¹. (Se resaltó)

4.1. Es esencial, dejar sentado de una vez por todas, el tipo de responsabilidad pretendido en el libelo genitor pues, si bien se reseñó como extracontractual cierto es que, independientemente de ello, entre la paciente Burbano Yepes y la Nueva EPS media un vínculo de afiliación¹² y entre ésta y la Corporación un contrato de prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo bajo la modalidad *–de evento–*¹³, luego, cualesquiera fuere la categoría de la responsabilidad, *contractual* o *extracontractual*. Si la primera, significa que el daño se produce como consecuencia del incumplimiento de un deber jurídico, emergente de una relación o vínculo jurídico concreto, singular y determinado entre dos sujetos y, si es la segunda, el perjuicio se origina al margen de tal relación e involucra, necesariamente, actividades profesionales, entendidas claro está, en función y en sentido de las obligaciones profesionales, comprendidas si son de diligencia y/o por excepción de resultado, obviamente ese estándar no puede equiparse al conductual del artículo 63 del Código Civil como tampoco se asemeja al criterio de *–persona razonable–*, pues debe tenerse en cuenta las características especiales de la labor del personal médico.

Puntualizó la jurisprudencia:

“...el médico se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirle quirúrgicamente, ... con el fin de liberarlo, en lo posible, de sus dolencias; para este efecto aquel debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran, sin que, como es lógico, pueda garantizar al enfermo su curación ya que esta no siempre depende de la acción que desarrolla el galeno, pues pueden sobrevenir circunstancias negativas imposibles de prever.”¹⁴.

Así mismo:

“...la declaración de responsabilidad en la actividad médica supone la prueba de los elementos que la estructuran, como son la culpa contractual, el daño y la relación de causalidad.”¹⁵.

Retomando ese patrón de conducta exigible, se adoctrino:

“...lo anotado equivale a decir que la imputación subjetiva de los galenos debe construirse comparando su proceder con el que habría desplegado un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., en caso de haberse enfrentado (hipotéticamente) al cuadro clínico del paciente afectado. Esto explica la referencia a una *lex artix ad hoc*, que no es otra cosa que evaluar la adecuación de las actividades del personal de salud de cara a la problemática específica de cada persona sometida a tratamiento, observando las variables como su edad, comorbilidades, diagnóstico, entre otras que puedan identificarse para cada evento concreto.

En los juicios de responsabilidad médica, entonces, se torna necesario determinar la conducta (abstracta) que habría adoptado el consabido profesional medio de la especialidad, enfrentado al cuadro del paciente, y atendiendo las normas de la ciencia médica, para luego compararlo con el proceder del galeno enjuiciado, parangón que ha de permitir establecer si este último actuó o no, de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible. Si lo primero, no podrá concretarse la responsabilidad civil; si lo segundo, será necesario entroncar su ‘culpa’ en el sentido explicado, con el resultado dañoso alegado en la demanda.”¹⁶.

¹¹ CSJ SC7110-2017.

¹² PDF04_2017-437(4aparte), folios 622 y 667.

¹³ PDF05_2017-437(C.3), folios 1-9.

¹⁴ CSJ SC. Sentencia 26 de noviembre 1986. MP. Héctor Gómez Uribe.

¹⁵ CSJ SC. Sentencia 12 de julio 1994, expediente 3656.

¹⁶ CSJ SC3604-2021.

4.2. Destáquese que, en materia probatoria, el artículo 167 del Código General del Proceso adoptó el concepto de *–sentido dinámico–*, e impuso así, la carga de probar a la parte que esté en las circunstancias más propicias para aportar los medios de convicción¹⁷.

4.2.1. Aunado a ello, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha adoptado lo que denominó *–causalidad probabilística–* pues que, se presentan situaciones donde necesariamente debe flexibilizarse la prueba del nexo de causalidad, más aún, en estos lindes de la científicidad.

Pregonó este Órgano Colectivo:

“...Actualmente se impone la aceptación de una noción de causalidad probabilística – como corolario del reconocimiento de la innegable realidad que se ha descrito en punto a los límites del conocimiento científico– en virtud del cual el juez puede válidamente dar por demostrada la relación de causalidad en un supuesto específico sin necesidad de **exigir plena prueba o certeza absoluta de la misma**, de suerte que puede bastar con la demostración de una probabilidad preponderante o probabilidad determinante, baremo de exigencia probatoria que, de hecho, ha sido admitido y aplicado por la jurisprudencia de esta Sección, precisamente, frente a eventos de responsabilidad médica...”¹⁸. (Se resaltó)

4.2.2. Por último, a la responsabilidad extracontractual médica, precisamente, por sus cualidades especiales, no le es aplicable la presunción de culpa propia de las actividades peligrosas:

“Con relación a la responsabilidad extracontractual del médico, siguiendo los lineamientos del artículo 2341 del C. Civil, la Corte reitera la doctrina sentada el 5 de marzo de 1940, sobre la carga de la prueba de la culpa del médico cuando se trata de deducirsele responsabilidad civil extracontractual por el acto médico defectuoso o inapropiado..., **descartándose así la aplicabilidad de presunciones de culpa**, como las colegiadas del artículo 2356 del C. Civil, para cuando el daño se origina como consecuencia del ejercicio de una actividad peligrosa, tal como lo pregonó la Corte en las referidas sentencias de 1942 y 1959, **porque la labor médica está muy lejos de poderse asimilar a ellas**”¹⁹. (Se resaltó)

D. El diagnóstico médico.

5. Como se esbozó en la parte introductoria, son múltiples los cumplidos invocados por el extremo activo y desatendidos por *–digámoslo–*, equipo médico en cabeza del Dr. Guillermo Rueda Escallón.

5.1. Resulta necesario realizar una precisión en el contexto del alegado de conclusión presentado por el apoderado judicial del extremo demandante, expuso el profesional del derecho o, a lo sumo eso da a entender, haberse presentado un yerro en el diagnóstico pues, Burbano Yepes consultó por dolor en el *“muslo derecho”*²⁰ y el facultativo insistió en que, la extremidad inferior objeto de intervención debía ser la izquierda; en el interrogatorio de parte Burbano Yepes expresó haber dialogado con el Dr. Rueda Escallón y manifestarle que la cadera comprometida era la derecha²¹.

5.1.1. Al hacer un estudio minucioso del escrito de demanda y su ulterior enmienda, en lo básico, la responsabilidad civil médica se enfrasca en los desatinos del personal médico y científico de la Corporación en la realización de una *“cirugía de cadera izquierda”* y el subsiguiente diagnóstico y tratamiento²², inclusive, el hecho 4.5. es diáfano en la aserción: *“En virtud de un dolor que la citada señora venía padeciendo*

¹⁷ Inciso 2º.

¹⁸ Consejo de Estado. Sección Tercera, expediente 18793 de 2011. Ver sentencias de esta Sección de 3 de mayo de 1999, MP. Ricardo Hoyos Duque, expediente 11169; 31 de agosto de 2006, MP. Ruth Stella Correa Palacio, expediente 15772.

¹⁹ CSJ SC12947-2016.

²⁰ **Apartes:** “Tal como obra en la historia clínica de la demandante, CLARA BURBANO YEPES, acudió el 13 de febrero de 2012 a cita médica por **el dolor en el muslo derecho y la remitieron a valoración por ortopedia**, ella siempre se quejaba de la pierna derecha y eso aparece en el folio 840 del plenario digital, **el doctor GUILLERMO RUEDA insistió en que se debía operarse la pierna izquierda**,...”; “...con la historia clínica con esas omisiones y que aparecen registrados, que sí efectivamente fue acompañada de una **de sus hijas para que le revisaran la cadera derecha y no la que le operaron** porque en resumidas cuentas, ella tenía calidad de vida, cojeando tenía calidad de vida,...”. (Se resaltó)

²¹ M: 46:59 en adelante. (Audiencia 03/12/2021: Art. 372 CGP).

²² Consultar PDF02_2017-437(1aparte), folio 21; PDF03_2017-437(3raparte), folio 188.

en una de sus piernas (**la pierna izquierda**), fue valorada medicamente y se le recomendó una cirugía de cadera.”²³. (Se resaltó)

5.1.2. Sin duda este planeamiento califica como un punto nuevo y, no es permisible su exposición, en la hora actual, so pena de afectar el derecho de contradicción de la parte opuesta. Debe recordarse que “*el juicio civil contiene una relación jurídico-procesal en virtud de la cual la actividad de las partes y el campo de decisión del fallador quedan vinculados a los términos de la demanda y su contestación.*”²⁴.

5.2. En aras de la claridad, en el currículo clínico de 13 de febrero de 2012 el motivo de la consulta²⁵refirió: “**ME DUELE LA CADERA**”²⁶ y en la historia de ingreso se describió “**ME DUELE LA CADERA**”, paciente de 54 años, con antecedente de trasplante de cadera bilateral en el año de 1991 y consultó ese día por “**DOLOR DE SEVERA INTENSIDAD CADERA DERACH (sic), REFIERE RSENSACIÓN (sic) DE PICADA A NIVEL DE CARA INTERNA MUSLO DERECHO, LIMITACIÓN PARA LA MARCHA.**”²⁷.

El diagnóstico y plan de manejo ese día se especificó, así:

- (1) **Traumatismos superficiales de la cadera y del muslo:** Con antecedente de reemplazo total de cadera de hace 17 años por trauma en accidente de tránsito, con valoración por ortopedia en noviembre de 2011, manejo ambulatorio por proceso infeccioso y con placa radiográfica de 22/11/2011. **Reporta:** Reemplazo total de caderas con desplazamiento medial y anterior de copa acetabular derecha.
- (2) **Plan:** Toma de radiografía de cadera y valoración por ortopedia²⁸.
- (3) **Valoración por Ortopedia y Traumatología:** (i) Paciente con aflojamiento aséptico del componente femoral de la cadera derecha. (ii) Diagnóstico Principal: Artrosis. No especificada. **Se da orden de junta quirúrgica para decidir manejo adecuado**²⁹.

5.3. En la prueba testimonial del galeno Guillermo Rueda Escallón a una de las preguntas efectuadas por el apoderado judicial del extremo demandante, se contestó que la razón para haber escogido como primera intervención la cadera izquierda radicaba en que estaba protruida, es decir, hacia adentro de la pelvis acercándose a la línea media, es decir, era una situación absolutamente patológica y creaba una inminente amenaza de fractura del trasfondo y medializarse aún más.

En palabras del facultativo³⁰:

“...perdóneme señor abogado, usted no la ve pero yo sí... esta protruida, está hacia adentro de la pelvis, casi llegando a la línea media, o sea, esto hace migración de la prótesis de cadera cierto, uno de los signos definitivos de aflojamiento de una prótesis es cuando ésta migra, ella se ha ido migrando hacia adentro, **esa es la razón de haberla requerido su revisión y elegimos la izquierda primero, pues, encontramos que ésta estaba en un peligro mayor de hacer una fractura del trasfondo y medializarse todavía más, con todas las consecuencias que hay o que puede haber debido al contenido que hay dentro de la pelvis, es una situación totalmente patológica, lo que estoy viendo yo.**”³¹. (Se resaltó)

A su turno, a otro de los cuestionamientos del profesional del derecho relacionado con el dolor en la cadera derecha de Burbano Yepes y no, en la izquierda³², su respuesta fue:

²³ Consultar PDF02_2017-437(1aparte), folio 25; PDF03_2017-437(3raparte), folio 191.

²⁴ CSJ SC14426-2016.

²⁵ La paciente registra ingreso: 13/02/12 H: 16:32 con egreso: 13/02/12 H: 20:12.

²⁶ Dra. Yenny Rocío Espinosa –Médico General– Urgencias.

²⁷ PDF04_2017-437(4aparte), folio 466.

²⁸ PDF04_2017-437(4aparte), folio 468. Imagenología: 13/02/2012 17:35. **Radiografía de caderas comparativas.**

²⁹ PDF04_2017-437(4aparte), folios 469 y 470. Dr. Jaime Fandiño –Ortopedia y Traumatología– 13/02/2012 19:30.

³⁰ **Pregunta Apoderado demandante:** Se le pone de presente la siguiente imagen que reposa dentro del expediente físico, esta es una radiografía de la cadera de la señora Clara antes de la cirugía y en esta radiografía **evidenciamos que no presenta ningún inconveniente y tras del hecho.**

³¹ H: 54:57 en adelante. (Audiencia 02/03/2022: Art. 373 CGP).

³² **Pregunta apoderado demandante:** Ya que usted menciona las indicaciones pre-quirúrgicas, dentro de la misma historia y lo manifestado por mi cliente, ella indica que ella sufría dolor era en la cadera derecha más no en la cadera izquierda y que por eso, ese es el motivo de la consulta pre-quirúrgica. ¿Usted qué tiene que decirnos al respecto?

“Cuando yo voy a hacer un reemplazo total de cadera, lo hago según se queje el paciente ¡cierto!; y lo hago cuando el paciente se queje de dolor, **pero cuando ya tiene un paciente un reemplazo de cadera, quien debe decidir qué es el momento en que se hace la revisión, es uno.** ¿por qué? porque la prótesis falla mucho tiempo antes de que empiece a ser sintomática y de hecho si vemos, no solo esta radiografía sino la del otro lado, esta señora esperó tanto tiempo para su consulta y su revisión del reemplazo que ya tenía unos daños tremendos, esto que estamos viendo en su cadera derecha y en su cadera izquierda, eso no ocurrió en diez días, ni en un mes, ni en un año, ni en dos años, **es simplemente que la prótesis falló hace mucho tiempo y que hace mucho tiempo, así no le doliera, requería de la revisión del reemplazo. O sea, ¿Cuándo se debe hacer la revisión de un reemplazo?, cuando el cirujano considere le debe proponer al paciente que toca hacerle su reemplazo, su revisión pues.**” (Se resaltó)

A otro interrogante³³:

“Claro que se tuvo en cuenta, pero quien decidió priorizar la otra, ya el plan era revisar una primero y después la otra, es el cirujano, sin duda alguna, **yo consideré que ésta estaba más grave y todavía lo considero**”. (Se resaltó)

5.3.1. Nótese entonces, varias situaciones:

(1) La paciente Burbano Yepes en el año de 1984 (a sus 26 años) sufrió politraumatismo por suceso de tránsito con diversas fracturas³⁴.

(2) Burbano Yepes para esa época (1984) presentó dificultad para los movimientos de pie derecho acompañado de signos inflamatorios y, clínicamente se trataba de una tromboflebitis y una lesión del nervio ciático confirmada por electromiografía³⁵, incluso, así lo registró el especialista Dr. Santamaría Sandoval³⁶.

(3) La paciente Burbano Yepes ya se la había intervenido por reemplazo total de cadera de tiempo atrás, suficiente resulta con la consulta a la historia clínica y sus múltiples anotaciones –a manera de ejemplo– la del Dr. Leonardo Cadavid B., Sociedad de Cirugía de Bogotá –Hospital San José– (febrero 22 de 1994) allí se lee: “Se obtuvieron imágenes de la cadera en proyecciones anterior y posterior y exploración de columna dorsolumbar. Se observó hipercaptación del componente acetabular y del extremo distal del componente femoral de la prótesis derecha. La prótesis de cadera izquierda no presenta alteraciones.”³⁷. (Se subrayó)

En todo caso, esa intervención primaria de cadera bilateral había cumplido su tiempo útil y requería una revisión, como lo expuso el Dr. Rueda Escallón³⁸.

(4) Ambas extremidades inferiores presentaban dolor (sensibilidad), basta revisar la historia clínica y los hechos expuestos en la actuación preliminar ante la Secretaría de Salud³⁹.

(5) El galeno tratante diagnosticó la cirugía de reemplazo total de cadera y como la izquierda presentaba mayor riesgo de fractura optó por su intervención en primer lugar.

5.3.2. En ese orden de cosas, ese día, el 22 de enero de 2013, el cirujano encontró ambas caderas con aflojamiento, especialmente, la izquierda, con pérdida de la inclinación, migración y discontinuidad pélvica con defecto tipo IV⁴⁰, es decir, confirmó su diagnóstico –en el entendido– que debía, necesariamente, intervenir en primer término la cadera izquierda y la razón a juicio de esta judicatura es comprensible

³³ **Pregunta apoderado demandante:** ¿No se tiene en cuenta entonces, el dolor de la paciente que recaía sobre la cadera derecha?

³⁴ Nota: Medicina Física y Rehabilitación. **Octubre 30 de 1984:** 1) Fractura sub-capital húmero izquierdo, 2) Fractura transversal de 1/3, ½ fémur izquierdo, 3) Fractura incompleta fémur bilateral, 4) Fractura acetabular derecha, 5) Fractura apófisis transversal L2, L3, L4 y 6) Fractura 10^o arco costal izquierdo. Ver PDF01_2017-437(1aparte), folio 121. También lo referenció la demandante Burbano Yepes en su interrogatorio.

³⁵ PDF01_2017-437(1aparte), folio 121.

³⁶ PDF01_2017-437(3aparte), folio 21 (numeral 4.1., ordinal 2º, literales d) y e).

³⁷ PDF01_2017-437(1aparte), folio 125. Consultar otras notas: folios 123, 124, 126, entre muchas más.

³⁸ **Pregunta apoderado demandante:** ¿Indíquenos por favor todo lo que recuerde de esta intervención quirúrgica?.

Contestó: “Sí, es una revisión de un reemplazo total de cadera, revisión quiere decir, que vamos a operar un caso de un reemplazo de cadera que ya fracasó, **o sea, ya tuvo su tiempo útil, entonces es una reintervención.**” (Se resaltó).

³⁹ PDF04_2017-437(4aparte), folio 71: “El Dr. Guillermo Rueda insistió en operarme la cadera izquierda **porque me dolía de la rodilla hacia abajo, del tobillo hacia arriba por la parte de afuera de la pierna.**” (Se resaltó).

⁴⁰ PDF04_2017-437(4aparte), folio 472. Ver nota médica H: 10:53.

pues, ambas caderas estaban severamente comprometidas y esa situación médica afectó, inexorablemente, la anatomía de la paciente (huesos, tendones, arterias, nervios, músculos), más aún cuando ya había presentado migración importante hacia la pelvis.

Consideró el facultativo⁴¹:

“Si, varias cosas, primero, como dije yo anteriormente, uno no hace un reemplazo a una cadera normal; sino uno hace un reemplazo a una cadera anormal, entonces, antes de la primera cirugía, las caderas y la región anatómica de la señora, no eran normales, por eso terminó en una cirugía. Y cuando ya hecho el primer reemplazo de cadera y llega con las caderas en la situación que la radiografía que nos mostró el abogado actualmente, llegan pues, **es una situación totalmente anormal, ¡cierto!, las caderas se han, llamamos nosotros protruido, podría yo decir para que me entienda quienes no son médicos, metido dentro de la pelvis, ¡cierto!, y no un poquito sino mucho, y eso hace que todos los elementos anatómicos a su alrededor pues, cambien de posición. No solamente, el hueso, sino los músculos, los tendones y claro está, los nervios y las arterias,** entonces, era una situación anatómica totalmente diferente a la que es una situación anatómica normal, por ejemplo, si yo tengo que hacer un reemplazo a una persona mayor por una fractura no por una artrosis.”. (Se resaltó)

5.3.3. Podría sembrarse una sombra de recelo, por cuando, el raciocinio anterior es propio del facultativo tratante, sin embargo, la razonabilidad de explorar primero la cadera izquierda, también es una sensación del Tribunal Seccional de Ética Médica de Bogotá D. C., este organismo, al igual que los médicos interrogados en este juicio, concuerdan en la complejidad⁴² de la cirugía de revisión total de cadera, y se precisó, primeramente, el marcado deterioro de la siniestra:

“En el presente caso, se trata de una cirugía compleja que fue practicada por un especialista experimentado, **pero la paciente presentaba importante patología de ambas caderas, principalmente la izquierda.** (...) **Las prótesis que estaban severamente comprometidas, llevaban más de diez años de aplicadas.**”⁴³. (Se resaltó)

También calificó este organismo tratarse de una paciente crónica y en esa dirección proveer un tratamiento en consideración a la persona, evaluar su entorno y atender las características individuales, por ende, a juicio de este juzgador la actuación desplegada por el médico Rueda Escallón se ajustó, precisamente, a esos parámetros como a espacio atrás se dejó sentado y, si se realiza un paneo del dicho del cirujano se encontrará, con marcada suficiencia, el entendimiento científico que lo llevó a tomar tal determinación, *v. gr.*, analizó la complejidad de la paciente, los exámenes e imágenes, el estado de las prótesis, la edad de la doliente, el inminente riesgo de fractura, etcétera, con otras palabras, su actuar se ajustó a la necesidad, pertinencia, métodos diagnósticos y procedimiento requerido.

5.3.4. Es más, lo hasta aquí considerado desde lo probatorio guarda armonía con la conclusión adoptada por la Secretaría de Salud –*Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud*–. Cabe resaltar que, en dicha investigación preliminar presentó Burbano Yepes, entre otros argumentos, el relacionado con la inadecuada escogencia de la cadera que debería operarse, ella consideró serlo la derecha⁴⁴, empero, se ultimó la cesación del trámite:

“...Asegura que los dolores persisten y que le es imposible realizar cualquier esfuerzo físico, **considera que esto se debe a la innecesaria operación en la cadera izquierda, que no se requería según lo visto en la (sic) radiografías (...)**

Después de revisar el expediente con Radicación número 77091- 2014, con Historia Clínica de la señora Clara Burbano Yepes, **no se observan presuntas fallas Profesionales ni Institucionales en la prestación de servicios de salud suministrados a la paciente por parte de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad Hospital Universitario Mayor Mederi,...**

⁴¹ **Pregunta apoderada Corporación:** Podría usted indicarnos en términos sencillos, teniendo en cuenta que no somos médicos, ¿Cómo se encontraba la anatomía de la cadera de Clara?. H: 1:49:12.

⁴² PDF04_2017-437(4aparte), folio 85: “...es conveniente señalar que **por ser una cirugía compleja**, se deben considerar también las complicaciones generales,...” (Se resaltó)

⁴³ PDF04_2017-437(4aparte), folio 86.

⁴⁴ PDF04_2017-437(4aparte), folio 71: “El Dr. Guillermo Rueda **insistió en operarme la cadera izquierda** porque me dolía de la rodilla hacia abajo, del tobillo hacia arriba por la parte de afuera de la pierna. **El bien sabe que yo le insistí que no me operara la izquierda, se veía en las radiografías; en cambio la cadera derecha se ve muy mal con el clavo corrido.**” (Se resaltó).

Las decisiones médicas no muestran fallas de Racionalidad o Pertinencia; el manejo médico establecido fue consecuente con la información Clínica a disposición del personal médico tratante.⁴⁵. (Se resaltó)

5.3.5. Por otra parte, el jefe de Ortopedia de la Corporación Dr. Jorge Barbosa Santibáñez, de acuerdo con la estructura de los interrogantes formulados, no tuvo precisión de cuál de las dos caderas⁴⁶ era la que presentaba dolor según la interconsulta con Burbano Yepes pues, entendió que la afligida era la izquierda⁴⁷; cierto es que, su percepción de priorización se centró en operar la de “*mejor pronóstico*” y dejar de último la de peor, en tanto, su discurrir lógico está en el proceso de rehabilitación.

En efecto, esta impresión médica más que abrigar una eventual contrariedad al juicio del Dr. Rueda Escallón aflora una situación física de Burbano Yepes totalmente deplorable en términos de sus caderas y el compromiso de ambas prótesis que, urgía una intervención –*revisión: reemplazo de cadera*– y, en ese sentir conforme los hallazgos se optó por la izquierda, allí no hay ninguna ligereza, *contrario sensu*, un criterio médico-científico idóneo, es decir, un procedimiento acorde con la patología de la paciente-demandante, *v.gr.*, la resolución del clínico no presenta una reflexión probatoria distinta a que, se tomó con apego al estado de salud de Burbano Yepes para el 22 de enero de 2013 previo un análisis de su condición patológica, itérese, existía un aflojamiento de ambas caderas y era requerida su revisión, además de la aflicción en la interconsulta y, por supuesto, el peligro de fractura en cadera izquierda, amén de su desplazamiento adentro de la pelvis⁴⁸.

En las condiciones probatorias reseñadas, no es absurdo deducir, entonces, que el diagnóstico de –*revisión de cadera izquierda*– no es desacertado, menos aún, que en esa inferencia científica hubiese mediado culpa del especialista y su equipo.

5.3.6. Finalmente, el extremo actor no expuso una idea razonable y suficiente como para evaluar probatoriamente la posibilidad de un actuar diferencial⁴⁹ y, por ahí entrever una posible deficiencia médica en la prescripción del diagnóstico, empero, ninguna prueba distinta al dolor tolerado existe, máxime, cuando el dictamen del médico Santamaría Sandoval abordó otros tópicos pues, la labor contratada tenía horizontes divergentes⁵⁰; es más la priorización de la extremidad escogida, de ninguna manera está en el síntoma del dolor, ello apenas constituye un punto de inflexión en la salud de Burbano Yepes, en cambio sí, en una panorámica médico-científica como de relieve se desprende de la historia clínica y de las personas que, por su especial formación, ofrendaron su testimonio, incluso, los considerandos en sede de las investigaciones preliminares clausuradas.

La Corporación de cierre en lo doméstico civil puntualizó respecto a las circunstancias a que se ve enfrentado el médico al momento de realizar el diagnóstico:

“(…) está constituido por **el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad** padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional **suele comprenderse la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor**

⁴⁵ PDF04_2017-437(4aparte), folios 74 y 76.

⁴⁶ O ambas caderas.

⁴⁷ **Pregunta apoderado demandantes:** ¿Si el dolor de la señora Clara era en la cadera derecha por qué operaron la cadera izquierda?. **Contestó:** “Entiendo que la que dolía era la izquierda. Entiendo que la cadera que duele es la izquierda, pero, como bien lo anoté, en las imagen es la cadera derecha igual que la izquierda han fracasado los reemplazos primarios y ya en la derecha tiene una revisión que también está fracasada, la copa está incluso fuera de su sitio, pero por lo que leí en la historia el dolor era izquierdo.”

⁴⁸ Interrogado el Dr. Rueda Escallón: **Pregunta apoderada de la Corporación: H: 1:49:12:** ¿Cuál es el motivo para la práctica de la cirugía de revisión de reemplazo de la cadera izquierda?. **Contestó:** “Sí, presenta una (sic) evidente aflojamiento de las dos caderas, requiere revisión, aflojamiento y por el dolor”; ¿En la parte del procedimiento solicitado usted nos puede aclarar si le aparece parte del motivo de la solicitud del procedimiento?. **Contestó:** “Sí, hay dice que le voy a hacer la revisión, inicialmente, la izquierda porque es la de más dolor, con las dos flojas.”; ¿Con las dos flojas, eso quiere decir entonces, doctor que según respuesta anterior las dos flojas son las dos prótesis?. **Contestó:** “Sí, la derecha y la izquierda”; ¿Podría usted aclararnos, si el aflojamiento de las dos prótesis a las que se hace mención ahí, tienen que ver con lo que usted previamente mencionó respecto del riesgo de una fractura del hueso?. **Contestó:** “Sí, todos los riesgos son así” y ¿Eso quiere decir que si tiene las dos prótesis flojas hay mayor riesgo de presentar fractura del fémur?. **Contestó:** “Del trasfondo y que se metan adentro de la pelvis, sí señora.”

⁴⁹ Intervenir con anticipación la cadera derecha.

⁵⁰ **“SOLICITUDES ESPECIFICAS DEL PERITAJE...** las lesiones causadas durante la cirugía de cadera izquierda (...), así como las atenciones en otras IPS de la misma entidad, por fallas en la prestación del servicio de salud y transgresión a las Leyes vigentes en la República de Colombia y correspondientes al Sistema de Salud.”. PDF01_2017-437(3aparte), folio 24.

de elaborar cuidadosamente la ‘anamnesia’, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.”⁵¹. (Se resaltó)

E. El procedimiento quirúrgico.

6. En el intraoperatorio como tal –*cirugía*– se plantearon dos circunstancias: (1) operó un residente que no, el Dr. Rueda Escallón y (2) la afectación del ciático izquierdo acompañada de la desinformación a la paciente y familiares.

6.1. La historia clínica.

6.1.1. La historia clínica cumple un papel vital en estos procesos, por cuanto es un trasunto de la salud del paciente, las atenciones, exámenes, procedimientos, etc., ofrecidos para procurar la sanidad del enfermo, tan así es su relevancia que se constituye en un registro obligatorio, privado y reservado salvo excepciones⁵², rigiéndose por caracteres como el de la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad⁵³.

6.1.2. En igual sentido, la caracterización probatoria de la historia clínica apunta a la regla 176 del Código General del Proceso y apropiada al juez de una especial ponderación, inclusive, en la construcción de indicios:

“(…) Pero, como se dijera, adicionalmente tiene un significado probatorio en las causas legales, habida cuenta que, dadas las obligaciones que el ordenamiento impone respecto de su diligenciamiento, ella debe contener una descripción detallada de antecedentes personales y familiares del paciente, síntomas referidos por éste, resultados del examen físico, impresión diagnóstica, las derivaciones, análisis, estudios, etc. Requeridos para determinar el diagnóstico definitivo, el tratamiento brindado, el seguimiento de la dolencia –progresos, retrocesos, etc.–, las intervenciones quirúrgicas, secuelas y los demás aspectos específicos para el caso. Desde esa óptica el juez, como ya se dijera, la valorará conforme a las reglas de la sana crítica, sin dejar de advertir que su autoría corresponde o puede corresponder a una de las partes de la relación jurídica, circunstancia que reclama del juzgador especial ponderación.

Como quiera que un momento dado puede consistir en la única prueba a favor del paciente, no son pocos los eventos en los que la ausencia del aludido documento o su diligenciamiento incorrecto o incompleto puede comportar en alguna medida un cercenamiento de las expectativas probatorias de aquel. En esa perspectiva la ausencia de la historia o su elaboración incompleta puede eventualmente, dependiendo de las circunstancias de cada caso, aparejar secuelas para quien debiendo diligenciarla no lo hizo o lo hizo inexactamente, supuesto que puede generar un grave indicio en contra del profesional.”⁵⁴.

6.2. El consentimiento informado⁵⁵.

6.2.1. De suyo, ya líneas atrás con simpleza se expresó que el oficio del médico ostenta unos caracteres específicos que lo diferencian de otras actividades y artes, claro está que, semejante indulgencia no es sinónimo de inmunidad, así se ha considerado:

“(…) el ejercicio de la actividad médica y la marcada trascendencia social de esa práctica, justifican un especial tipo de responsabilidad profesional, pero sin extremismos y radicalismo que puedan tomarse ni interpretarse en un sentido riguroso y estricto, pues de ser así, **quedaría cohibido el facultativo en el ejercicio profesional por el temor a las responsabilidades excesivas que se hicieron pesar sobre él**, con grave perjuicio no sólo para el mismo médico sino para el paciente. **Cierta tolerancia se impone**, pues dice Sabatier, **sin la cual el arte médico se haría, por decirlo así, imposible**, sin que esto implique que esa tolerancia debe ser exagerada, pues el médico no debe perder de vista la gravedad moral de sus actos y de sus abstenciones cuando la vida y la salud de sus clientes dependen de él.”⁵⁶. (Se resaltó)

⁵¹ CSJ SC. Sentencia 28 de noviembre de 2010, expediente 8667 (Citada en SC. Sent. 28/06/11 exp. 1998-869).

⁵² Ley 23 de 18 de febrero de 1981, artículo 34.

⁵³ Resolución 3374 de 27 diciembre de 2000. Consultar: CSJ SC3253-2021.

⁵⁴ CSJ SC. Sentencia 28 junio de 2011, expediente 1998 000869 00.

⁵⁵ Ley 23 de 1981, artículos 14 y 15.

⁵⁶ CSJ SC. Sentencia 15 de enero de 2008, expediente 2000 67300 01.

6.2.2. En igual modo, esa responsabilidad peculiar, en el derecho de daños, atiende también a unos criterios de previsibilidad pues, eventos adversos pueden generarse y jurídicamente no podrían servir de base para atribuir culpas al médico so pena de frenar el adecuado ejercicio de la medicina, en otras frases, ese trato diferencial consulta un criterio de *riesgo-beneficio*:

“Ese trato diferencial que el derecho de daños prodiga a la profesión médica suele apuntalarse en un criterio de riesgo-beneficio: la potencialidad dañina de esa labor es jurídicamente tolerable, **pues solo la asunción de sus contingencias posibilita salvaguardar la vida o la salud de la persona sometida a tratamiento**. Sin embargo, tal ponderación no se ciñe a criterios puramente científicos, **sino que impone consultar la voluntad del paciente, o excepcionalmente de sus familiares cercanos, de asumir las consecuencias desfavorables ordinarias que podría causar el tratamiento indicado.**”⁵⁷. (Se resaltó)

Completó la Corte Constitucional:

“(…) y otra distinta la que supone que la realización de un procedimiento médico depende de la expectativa de los beneficios a conseguir por el paciente, es decir de su grado de efectividad, **y de la comparación de esta expectativa con la de los riesgos que implica**, esto es, que sea discutible su conveniencia. El carácter gradual de la valoración de los efectos de un tratamiento médico, comoquiera que se deriva de la consideración de expectativas positivas, como su idoneidad, **y negativas, como los riesgos previsibles e imprevisibles**, puede generar discrepancias en cuanto a la conveniencia o inconveniencia de su práctica”⁵⁸. (Se resaltó)

6.2.3. Ciertamente, al paciente debe rodeársele de un conocimiento suficiente sobre los riesgos, circunstancias, efectos, etc., que una determinada actitud médica puede llegar acarrearle a su humanidad para que, de esa forma, pueda expresar su voluntad libre y autónoma⁵⁹; no pueden olvidarse precisos contenidos constitucionales como la autonomía personal, expresión del derecho a la información y a su vez, integrante del derecho fundamental a la salud.

En relación con ese deber la Corte Constitucional expresó:

“El consentimiento informado hace parte del derecho a recibir información y del derecho a la autonomía que se encuentran reconocidos por la Constitución en los artículos 16 y 20. A su vez, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha determinado que este tiene un carácter de principio autónomo y que además materializa otros principios constitucionales como la **dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad individual** (mandato *pro libertate*), el pluralismo y constituye un elemento determinante para la protección de los derechos a la salud y a la integridad de la persona humana. Aunque se manifiesta en distintos escenarios, ha tenido un extenso desarrollo jurisprudencial en el ámbito del acto médico. Así, **la facultad del paciente de asumir o declinar un tratamiento de la salud constituye una expresión del derecho fundamental a la autonomía personal, pues es aquel el llamado a valorar en qué consiste la bondad o los riesgos de una intervención clínica y a determinar si quiere someterse a ella o no**. En el mismo sentido, hace parte del derecho a la información como componente del derecho a la salud, pues su contenido implica para el paciente la posibilidad de ‘obtener información oportuna, clara, detallada, completa e integral sobre los procedimientos y alternativas en relación con la atención de la enfermedad que se padece’ para considerar los riesgos que se presentan sobre su propia salud y, a partir de ello, aceptar o declinar la intervención.

Además, el derecho al consentimiento informado en el ámbito de las intervenciones sanitarias **es indispensable para la protección de la integridad personal dado que el cuerpo del sujeto es inviolable y no puede ser intervenido ni manipulado sin su permiso**. Por ende, una actuación que impide al individuo decidir sobre su propio cuerpo constituye, en principio, una instrumentalización contraria a la dignidad humana. En consecuencia, el consentimiento previo e informado del paciente se requiere para ‘todo tratamiento, aún el más elemental’. Sin embargo, no cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica.

Así, la jurisprudencia constitucional ha determinado que el consentimiento informado debe satisfacer, cuando menos, dos características: (i) **debe ser libre**, en la medida que el sujeto debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños; además, (ii) **debe ser informado**, pues debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente para que el paciente pueda comprender las implicaciones de la intervención terapéutica. Así, deben proporcionarse

⁵⁷ CSJ SC3604-2021.

⁵⁸ Sentencia T-234 de 2007.

⁵⁹ Artículos 16 y 20 de la Constitución Política.

al individuo los datos relevantes para valorar las posibilidades de las principales alternativas, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento.”⁶⁰. (Se resaltó)

Recientemente, la Corte Constitucional exaltó la trascendencia del consentimiento informado en la responsabilidad médica y de cara a su probanza resulta indispensable valorar, adecuadamente, no sólo la prueba indirecta, sino también la directa, *v. gr.*, el documento contentivo de la voluntad del individuo, con otras frases, se exige una valoración integral de las pruebas como manifiesto del principio de *–unidad de la prueba–*:

“Sobre el consentimiento informado, tanto la doctrina como en la jurisprudencia del Consejo de Estado⁶¹, se afirma que este debe reunir ciertos requisitos y condiciones para que sea considerado válido, todo ello sustentado en la Ley 23 de 1981, puntualmente en sus artículos 14 y 15. Así, el consentimiento que exonera de responsabilidad al tratante debe ser **ilustrado, idóneo y concreto, previo y debe probarse**. Por su parte, la Corte Constitucional ha considerado el consentimiento informado como un desarrollo específico de varios derechos fundamentales, **principalmente el de la autonomía personal**. Esto es así, pues el consentimiento no es aquél que se otorga en abstracto, **sino el referido a los riesgos concretos de cada procedimiento; sin que sea suficiente la manifestación por parte del galeno en términos científicos y complejos de la terapias o procedimientos a que deberá someterse el paciente, sino que deben hacerse inteligibles para que este conozca ante todo los riesgos que el procedimiento específico implica y así pueda expresar su voluntad de someterse al mismo**. Según lo previsto en el Decreto 2280 de 1981, el médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan. b) Cuando existe urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico.”⁶². (Se resaltó)

6.2.4. En este juicio, la parte actora no planteó ninguna divergencia respecto del *–consentimiento informado–* versus el *–acto quirúrgico–*, pues, es consciente el haber suscrito el documento que lo contenía previa una explicación de parte del facultativo, literalmente se narró: “*Previo a la cirugía, el médico cirujano que la practicaría, Doctor Guillermo Rueda Escallón, presentó y explico (sic) a la señora Clara Burbano Yepes un documento de riesgo consentido, el cual ella firmó.*”⁶³, incluso, se aportó, como prueba con el escrito genitor⁶⁴.

6.2.5. Revisado el “*CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS*”, para facilitar su análisis, es pertinente resumir la información, así:

#	FECHA	17/10/12
1	Organización	Mederi
2	Paciente	Clara Burbano
3	Admisión	41726996
4	Diagnóstico	Aflojamiento: reemplazo total de cadera bilateral.
5	Especialidad	Ortopedia
6	Plan	Revisión RTC, izquierda .
7	Riesgos ⁶⁵	Lesión : X (muscular, nerviosa) Fractura : X Luxación : X Infección : X Discrepancia de longitud : X Trombosis venosa profunda : X Tromboembolismo pulmonar : X
8	Normatividad	Ley 23/81. Arts. 7, 13, 16, 28
9	Obligación	De medio. No se garantiza ningún resultado específico.
10	Decisión	Firma y cédula paciente : X Firma cirujano : X

6.2.6. Obsérvese que el acto médico planteaba unas amenazas o **riesgos inherentes**, entre otros, estaba la afectación o **lesión muscular**, entendiendo por ésta, precisamente, una de tales, **la del nervio ciático**, para mejor comprensión, expuso el Tribunal de Ética Médica de Bogotá en cabeza de su Presidente Faccini Duarte:

“Es importante mencionar que en toda cirugía del acetábulo, incluyendo las fracturas simples primarias, **son comunes las complicaciones nerviosas, que incluyen las del nervio**

⁶⁰ Sentencia C-182 de 2016.

⁶¹ Consejo de Estado. Sentencia 11 de febrero de 2009, expediente 1993 08025 01.

⁶² Sentencia T-018 de 2023.

⁶³ PDF02_2017-437(2aparte), folio 25; PDF03_2017-437(3aparte), folio 191. **Hecho 4.6.**, en ambos textos.

⁶⁴ PDF03_2017-437(3aparte), folio 75; PDF03_2017-437(4aparte), folio 378.

⁶⁵ Se incluyen: **Problemas cerebrales**: Daño cerebral extenso e irreversible; daño variable a cualquier nivel del sistema nervioso central y periférico. **Problemas cardiovasculares**: Infarto agudo perioperatorio, insuficiencia cardíaca, síndrome de bajo gasto. **Problemas vasculares periférico**: Oclusión arterial aguda a cualquier nivel, trombosis venosa profunda.

ciático, nervio femoral, nervio glúteo superior y otros. **El 30% de las fracturas o cirugías acetabulares, se asocia con la lesión del nervio ciático;** (...)⁶⁶. (Se resaltó)

En igual sentir, el representante legal Sierra Forero de la Corporación expuso⁶⁷:

“No señor, no se presentó ningún error quirúrgico, la lesión del nervio ciático señor juez permítame le complemento, **es una complicación descrita normalmente**, igual que se puede presentar lesiones de los vasos, o sea de las arterias o de las venas, se puede presentar infecciones en el ciclo operatorio, se pueden presentar luxaciones, o sea, que la prótesis se zafe de la cavidad articular, podemos presentar coágulos, tromboembolismos pulmonares muy frecuentemente desde la pierna hasta el pulmón, alteraciones de la longitud, o sea, el miembro que se opera puede quedar más corto, o se puede presentar un aflojamiento de las prótesis implantadas.”. (Se resaltó)

Lo propio surge de la versión del clínico Rueda Escallón:

“El nervio ciático izquierdo transcurre a, o sea, a unos centímetros, pocos centímetros, posterior a lo que estamos viendo, o mejor, **como sabemos las razones por las cuales puede haber una lesión del nervio ciático durante la cirugía**, pues son muchas no, no solamente el daño directo, el estiramiento al lateralizar la prótesis, sino también hay unas causas que pueden ser, por ejemplo, de situaciones distantes a la cirugía, por ejemplo, que el paciente tenga algún eh, anomalía a nivel de la columna lumbar donde el nervio fue, o pueda ser estirado y lesionado con más facilidad **y era una posibilidad, y una posibilidad que le advertimos a la paciente durante su, o sea, estudio pre-quirúrgico y durante las, o mejor dicho, en el consentimiento informado ponemos muy claramente, esto es, una muy importante posibilidad de que ocurra.**” (Se resaltó y subrayó)

Completó⁶⁸:

“Que podría tener una lesión vascular, **una lesión nerviosa**, una fractura, una luxación, infección, discrepancia de longitud de los miembros inferiores, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar.”. (Se resaltó)

A lo preguntado⁶⁹:

“Sí claro, la lesión nerviosa”.

Se le cuestionó⁷⁰:

“Pues, todo paciente al que se le va a hacer un reemplazo de cadera tiene un riesgo de tener una **lesión nerviosa**; cuando es una cirugía por una luxación congénita o una revisión del reemplazo, **la posibilidad o la frecuencia con que se presentan estas lesiones es mucho mayor**, aquí y en todo el mundo.”. (Se resaltó)

Por último, asintió el Dr. Barbosa Santibáñez⁷¹:

“Sí, sí, tuve la oportunidad de observar el consentimiento informado donde se anotaban unas ocho o diez posibles complicaciones, **dentro de las cuales estaban la lesión nerviosa, que fue pues, la complicación que lastimosamente se hizo presente en el caso de doña Clara.**” (Se resaltó)

6.2.7. En consecuencia, con la anterior postura probatoria se pueden esculpir las siguientes conclusiones:

(1) La señora Burbano Yepes recibió por parte del facultativo Rueda Escallón una información previa, detallada, completa, suficiente e idónea de cuáles eran los riesgos propios de la cirugía de *–revisión de reemplazo de cadera–*⁷².

⁶⁶ PDF03_2017-437(4parte), folio 86.

⁶⁷ Pregunta: ¿Qué error hubo en el procedimiento quirúrgico?

⁶⁸ **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Doctor usted nos puede indicar por favor, el documento que le estoy poniendo de presente es el consentimiento informado que fue diligenciado por usted, usted nos puede por favor indicar qué complicaciones o qué riesgos se informaron a la paciente según dicho documento?

⁶⁹ **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Doctor, de los riesgos que usted acaba de leer, alguno de esos está asociado con lesión de nervio ciático?

⁷⁰ **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Podría entonces, indicarnos por favor, si la lesión nerviosa a la que se asocia ésta, tiene que ver con la práctica del procedimiento o también con los cambios anatómicos que la paciente presentaba previos a la cirugía?

⁷¹ **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Doctor, usted podría indicarnos de su revisión, usted encontró que a la paciente se le hubiesen previo a la cirugía realizado consentimientos informados como lo indica las guías del hospital respecto de la cirugía de revisión de reemplazo de cadera?

⁷² Revisión RTC Izquierda.

(2) La lesión neurológica del ciático izquierdo constituía un riesgo inherente al acto quirúrgico y como tal –*en principio*– no genera responsabilidad del facultativo y su equipo clínico.

Concretó la jurisprudencia:

“(…) la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconocer que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos **riesgos inherentes** a la realización de procedimientos médicos, **los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa**. La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos. El primero arriba definido y el segundo, también según la RAE, es entendido como aquello ‘Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello’. Por esto, dentro del marco de la responsabilidad médica, debe juzgarse que **los riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, las técnicas o instrumentos utilizados en su realización**, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*. De tal manera, probable es, que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursionar por ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano. De ningún modo; el delito o el daño a la humanidad del doliente es la excepción; no es regla general, por cuanto la profesión galénica por esencia, es una actividad ligada con el principio de beneficencia, según el cual, es deber del médico, contribuir al bienestar y mejoría de su paciente. Al mismo tiempo la profesión se liga profundamente con una obligación ética y jurídica de abstenerse de causarle daño, como desarrollo del juramento hipocrático, fundamento de la *lex artis*, que impone actuar con la diligencia debida para luchar por el bienestar del paciente y de la humanidad, evitando el dolor y el sufrimiento.”⁷³. (Se resaltó)

6.2.8. En ese orden de cosas, para esta judicatura es palmario que Burbano Yepes dio su asentimiento previo, conocía cuáles podrían ser los riesgos esperados del procedimiento clínico, sometiéndose, libre y conscientemente, a él, por esta razón, no puede precaverse responsabilidad galénica bajo esa corriente argumentativa.

6.3. La realización del acto clínico.

6.3.1. La existencia de contingencias connaturales al procedimiento quirúrgico no implica, como a espacio atrás se consideró, un tinte de exculpación. Detalló la Corte:

“Que existan riesgos inherentes, (...) no significa aceptar los ‘inexcusables’, que comprenden ‘los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados’, que deben ser ‘reparables’ ‘íntegramente’, por haberse desviado del criterio o baremo de normalidad que traza la *lex artis* (sic) del respectivo campo o especialidad.”⁷⁴.

6.3.2. Recuérdese que una de las aristas del desacuerdo se centró, básicamente, en que el Dr. Rueda Escallón no fue la persona que operó o, por lo menos, no inicialmente, que sí, un médico residente; varias son las manifestaciones de la demandante como muchos los documentos que contienen esa apreciación de Burbano Yepes –*por ejemplo*– en su versión relató: “*No sé qué paso, pero el señor, el asistente o el alumno, no sé quién sería, así sí me di cuenta que no estaba el doctor Rueda operándome, el doctor Rueda estaba como detrás de mí, yo estaba acostada por el lado derecho y estaban interviniendo mi pierna izquierda, (...)*” y la doliente, en el libelo genitor, manifestó haber oído un ruido “*tipo chasquido*” y escuchó⁷⁵ un diálogo entre las personas, de haberse ocasionado un daño allí, en el intraoperatorio.

⁷³ CSJ SC3272 de 2020.

⁷⁴ CSJ SC3253 de 2021.

⁷⁵ **Contestó:** “Después, el asistente, no sé, la persona que me estaba operando, dijo ‘Doctor venga que se rompió no sé qué, no sé qué, entonces salió una voz detrás de mí, que era el doctor Rueda, porque siempre como le digo ese señor siempre estaba con el doctor Rueda, yo podía distinguir en ese momento las voces, entonces, **el doctor Rueda se acercó por el lado de los pies, dio la vuelta y ahí hablando algo y entonces, el doctor Rueda empezó a decir, perdone doctor lo que les voy a decir, el doctor Rueda empezó a decir ‘esto se nos cagó, esto se nos cagó, se nos cagó esto, se nos cagó todo**, yo no sabía de quién hablaban, no tenía idea qué paso ahí, siguió la cirugía, ellos seguían hablando. Después me dio rebote y el anestesiólogo me puso una cubeta para vomitar, y el doctor Rueda le dijo al anestesiólogo que me pusiera otro poquito de anestesia, bueno me puso otro poquito de anestesia y estuve ahí siempre despierta.”. (Se resaltó)

6.3.3. Primeramente, esa manifestación elocuente de Burbano Yepes fue rechazada de manera tajante por el galeno Rueda Escallón, literalmente, dijo el clínico⁷⁶: **“No, esa la hago yo, la revisión es una cirugía muy compleja y esa no es la cirugía que uno le permite a los residentes o, como le digo, no le permite, sino no, o se la da para que él, la realice, esa es una cirugía que hace el médico, ojalá el médico más experimentado del grupo, que en este caso si soy, era yo.”** (Se resaltó).

Agregó el galeno⁷⁷: **“Sí, había el, había un residente que funciona como segundo ayudante, ni siquiera es el primer ayudante, es el segundo ayudante y el papel de él, es tener separadores nada más.”** (Se resaltó)

6.3.4. De acuerdo con el registro clínico, el equipo médico para el acto quirúrgico de 22 de enero de 2013 estaba integrado por: (1) Javier Morales⁷⁸, (2) Angie Romero Bejarano⁷⁹, (3) José Muñoz⁸⁰, (4) Dr. Carlos Fernando Escobar Morad⁸¹ y (5) Dr. Guillermo Rueda⁸², cada uno tenía una función específica y, sin duda quien operó fue el facultativo y médico tratante de Burbano Yepes, conclusión que se exhorta de varios elementos de prueba, a saber⁸³:

(i) En la nota médica a las 8+30⁸⁴ inició el procedimiento por parte del Dr. Rueda Escallón y terminó a las 10+45⁸⁵, según registros ninguna persona diferente al clínico intervino quirúrgicamente a la paciente.

(ii) Ninguna persona distinta al Dr. Guillermo Rueda Escallón tenía la experticia e idoneidad para realizar el procedimiento, primeramente, porque era el único integrante cirujano del equipo de trabajo en el área de *–Ortopedia y Traumatología–* en sala, en segundo lugar, cierto es que había un residente⁸⁶ *–ayudante–* cuyo oficio fue sostener los separadores y, en todo caso, el nervio ciático está protegido por la grasa, músculo y separadores como lo relató Barbosa Santibáñez⁸⁷.

Es innegable que la cirugía practicada a Burbano Yepes por sus antecedentes y, en sí mismo, el acto quirúrgico presentaba unos riesgos mayores, sin embargo, intervino una persona con todas las calidades requeridas, v. gr, el Dr. Rueda Escallón

⁷⁶ **Pregunta apoderado demandantes:** ¿Indíqueme a este despacho, si usted directamente realizó esta cirugía o, por el contrario, se la designó a un médico residente o a su ayudante?.

⁷⁷ **Pregunta apoderado demandantes:** ¿Se encontraban residentes en el momento de la cirugía?.

⁷⁸ Auxiliar de enfermería. Registro 79736460. PDF03_2017-437(4aparte), folio 551.

⁷⁹ Instrumentadora. Registro 52913181. PDF03_2017-437(4aparte), folio 552.

⁸⁰ Ayudante. PDF03_2017-437(4aparte), folio 355.

⁸¹ Anestesiólogo. Registro 72160867. *Ídem*.

⁸² Ortopedista y traumatólogo. Registro 19299776. *Ídem*.

⁸³ Relató el Dr. Sierra Forero con base en el registro clínico: “Dentro de los registros clínicos, señor juez, existe lo que ella manifiesta es cierto, hay un **anestesiólogo**, permítame ya le busco el nombre de los registros, tenemos un **circulante de salas** que es un auxiliar de enfermería, es el que asiste al doctor Rueda, existe la **instrumentadora** y el doctor Rueda, no hay más; tal vez, el **asistente** que manifiesta la señora Clara Burbano, es el auxiliar de enfermería que está en todo procedimiento haciendo como circulante en sala, alcanzando todo, anotando todo, revisando todo como tal; anestesiólogo es el doctor Carlos Escobar, el doctor Rueda es el ortopedista y el nombre de nuestro auxiliar de enfermería, no lo tengo a la mano señor juez, el nombre del auxiliar de enfermería, que era la otra persona que estaba dentro de la sala.”, “El nombre del auxiliar de enfermería es **Javier Morales**, auxiliar de enfermería registro 79736460, tiene una nota de las 10:30 del día 22.01.2013, es la página 11 de la historia clínica según mis registros”. (Se resaltó)

⁸⁴ “dr. Rueda posiciona paciente en decúbito lateral derecha realiza asepsia y antisepsia con gasas aseptidina y alcohol blanco 08+30 da inicio a procedimiento sin complicaciones se conecta electrocauterio caucho de succión, se pasa a instrumentadora Angie 8 soluciones salidas de 500cc 1 jeringa de 20cc y 1 jelco N14”. PDF03_2017-437(4aparte), folio 551.

⁸⁵ “10+45 dr Rueda termina procedimiento sin complicaciones deja herida cubierta con gasas y fixomull”. PDF03_2017-437(4aparte), folio 552.

⁸⁶ **Pregunta apoderado demandantes:** ¿Cuándo usted nos hablaba de los residentes, si usted es el médico tratante por qué tenían los residentes los separadores?. **Contestó:** “Porque yo no puede operar y tener los separadores al mismo tiempo y es muy importante, que no eran los residentes, **es el residente, el primer ayudante es un médico, un ortopedista graduado y además con experiencia en reemplazo.”** (Se resaltó). **Pregunta apoderado demandantes:** ¿Entonces, si hubo residentes?. **Contestó:** “Sí hubo, claro que sí”.

⁸⁷ **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Doctor usted podría indicarnos si de su revisión de la historia clínica se encuentra que se hubiesen presentado de forma intra quirúrgica una nota en la que se determinara que había existido una lesión de nervio ciático?. **Contestó:** “(...) que es difícil hacer un diagnóstico de lesión nerviosa de manera intraoperatoria porque normalmente el nervio **queda protegido dentro de la grasa peri neural que es abundante y aparte de eso uno, los separadores van un músculo antes, o sea, queda protegido por grasa y músculo, entonces, uno busca el plano graso y dice ‘aquí está el nervio’ y lo protege, es lo que uno hace.”** (Se resaltó)

como *in extenso* lo explicó Barbosa Santibáñez⁸⁸, incluso, el mismo galeno⁸⁹, luego, para este juzgador es evidente que en sala de cirugía no existía otro facultativo a quien pudiera entregársele la paciente para que la operase, siquiera en algún estadio del intraoperatorio como de manera insistente lo pregonó Burbano Yepes.

Sierra Forero, explicó que esa clase de cirugías están reservadas para los especialistas dada la patología de la señora Burbano Yepes, esto dijo:

“Sí señor, debido a la complejidad que ya hemos oído de la paciente, con los antecedentes que ella tenía, el procedimiento es del especialista que la debe realizar, **no se permite intervención de médicos no especializados y estrictamente no entrenados en cadera, en este caso.**” (Se resaltó)

(iii) El Dr. José Fernando Muñoz De la Calle⁹⁰ quien al inicio de su versión no tenía precisión de haber intervenido en el transoperatorio de Burbano Yepes⁹¹, sin embargo, de cara a alguna nota médica, certificó estarlo⁹², pues *—en esos registros estaba su nombre—*, no obstante, para esta judicatura resulta patente que su intervención en el acto quirúrgico no fue, precisamente, de actuar como médico cirujano y menos aún, que el facultativo Bernal Escallón le permitiese semejante oficio:

a) A la pregunta: **¿Usted realizó cirugía a la paciente Clara Burbano Yepes?, se contestó: “No señor”.**

b) El galeno José Fernando para el año 2013 no era facultativo experimentado como para irrogársele un procedimiento dada la complejidad arquitectónica en la corporeidad de Burbano Yepes, apenas estaba recién graduado como médico ortopedista⁹³ y, en todo caso, en los actos quirúrgicos siempre, sí o sí, son los médicos instructores los realizadores de tales procedimientos⁹⁴.

c) La especialidad de Ortopedia y Traumatología relacionadas con la cirugía de cadera no era la dedicación del Dr. José Fernando⁹⁵, luego, mal podría interesarse en

⁸⁸ **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Teniendo en cuenta su calidad de jefe de ortopedia de la Corporación Hospital Juan Ciudad, podría indicarnos si usted sabe o conoce si el doctor Guillermo Rueda tenía la experticia para realizar una revisión de reemplazo de cadera?. **Contestó:** “Claro que sí, yo llegué a la jefatura del servicio hace 14 años y encontré aquí a los ortopedistas que estaban con el Seguro Social, dentro de ellos el doctor Guillermo Rueda. El doctor Guillermo Rueda es docente del Hospital San José, de la Universidad del Rosario y de la FUS, que es la Fundación del Área de la Salud, que su hospital base es San José -Centro-. El doctor Rueda en esa época, yo no sé exacto, cuántos reemplazos de cadera hacía al mes en San José, pero sé que él compartía medio tiempo acá y medio tiempo en ese hospital; acá en mi hospital, él llegaba a operar unas cien caderas anuales, **lo cual le da la experticia suficiente en reemplazo total de caderas**, se dice que uno tiene, está haciendo una experiencia adecuada cuando está alrededor de los treinta reemplazos de cadera mes, perdón año, y tiene una experticia buena cuando pasa de los cincuenta reemplazos totales de cadera al año; **el doctor Rueda sólo acá en esta institución pasaba de los cien reemplazos articulares año.** Es una persona muy capaz, que estuvo visitando anualmente centros mundiales de revisión de cadera, la última vez que viajó antes de retirarse, unos años antes estuvo en Alemania donde estuvo 15 días haciendo práctica en un hospital universitario de primer nivel, repasando técnicas nuevas y comunicando las que había en esos dos hospitales universitarios de Colombia.” (Se resaltó)

⁸⁹ **Pregunta apoderado Allianz:** ¿Cuál es su experiencia en la cirugía que se practicó a la señora Clara?. **Contestó:** “Si, desde 1988 cuando me gradué como ortopedista he tenido un interés especial por el reemplazo de cadera, en el otro sitio y donde todavía trabajo, es el hospital San José, en un comienzo sede de la Universidad del Rosario, hoy de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, con el doctor Tesantes y el doctor Sarabia, presidentes de la Sociedad Colombiana de Ortopedia y quienes fueron unos de los iniciadores de este procedimiento de reemplazo total de cadera, pues me formé y estuve trabajando con ellos durante mucho tiempo, pues hasta que los dos murieron, la verdad sea dicha. Después, o no después, sino simultáneamente en la Clínica San Pedro Claver, que hoy es Mederi con el doctor Jaime Medina, pues yo tuve una formación y cree una experiencia muy grande, cierto, muchos años he dedicado hacer el reemplazo total de la cadera. En los últimos años he, sobre todo hacer revisiones, **desafortunadamente sí, la revisión es aquí y en Cafarnaúm, tiene un índice de complicaciones que son muy jartos pero pues, alguien tiene que hacerlos, y yo creo que tengo y he tenido ya desde hace muchos años, la experticia como para saber, para haber aprendido hasta donde es posible a hacer estos procedimientos.** De hecho he tenido oportunidad de publicar algunas de mis experiencias en la revista de la Sociedad Colombiana de Ortopedia y de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, he sido miembro del capítulo de cadera y rodilla durante muchos años (...) **yo he hecho muchas revisiones y muchos reemplazos de cadera que yo contaría por miles doctora.**” (Se resaltó)

⁹⁰ El clínico para ese entonces, era médico residente del Programa de Ortopedia y Traumatología de la Universidad Nacional de Colombia en convenio con la entidad hospitalaria.

⁹¹ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Indíquenos si usted estaba en la cirugía practicada a la señora Clara Burbano Yepes el día 22 de enero de 2013?. **Contestó:** “No sé, no recuerdo fue hace mucho rato, entonces, no tengo acceso pues para algo que no pueda recordar.”

⁹² **H: 0:20:44: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Después del cuadro procedimientos realizados, en la historia clínica que se le pone de presente de la señora Clara Burbano Yepes realizada la cirugía el 22 de enero de 2013, tal y como aparece en el folio correspondiente que le acaba de poner, indíquenos por favor qué dice en el cuadro después de procedimientos realizados en el renglón de complicaciones?. **Contestó:** “Complicaciones, procedimientos realizados, nombre de procedimiento, injerto óseo y revisión de reemplazo total de cadera, complicaciones no.”; **H: 0:22:05: Contesto:** “Sí, efectivamente ahí sale eh como ayudante, sí sale mi nombre.”

⁹³ **H: 0:6:19: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Indíquenos su profesión?. **Contestó:** “Soy médico ortopedista”; ¿Desde hace cuánto?. **Contestó:** “2013”.

⁹⁴ **H: 0:10:58: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿La cirugía practicada a la señora Clara Burbano Yepes el día 22 de enero de 2013?. **Contestó:** “Siempre son los instructores los que realizan las cirugías.”; **H: 0:11:10: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿No los residentes?. **Contestó:** “No señor, ayudamos dentro de lo que implica un ayudante quirúrgico, que incluso, puede ser un médico general también.”

⁹⁵ **H: 0:31:21: Pregunta apoderado demandantes:** ¿De esta historia clínica, se puede inferir que la cirugía hubo una lesión al nervio ciático de la paciente Clara Burbano Yepes?. **Contestó:** “Las lesiones del nervio ciático se pueden

su práctica y menos aún, ejercerla en Burbano Yepes, máxime, cuando su laborío, en un todo, necesariamente estaba circunscrita a los mandatos de los diferentes médicos instructores, *v. gr.*, el facultativo Rueda Escallón⁹⁶.

d) Conforme las diversas notas médicas en el equipo de trabajo, únicamente, había un ayudante, tal como se indicó en el numeral 6.3.4., es decir, el Dr. José Fernando Muñoz⁹⁷.

(IV) Finalmente, la sensación de Burbano Yepes de estar lúcida, observar y percibir todo cuanto estaba ocurriendo en el acto quirúrgico no da certeza a este juzgador de que, el estado de cosas se hubiere presentado en la forma y con el detalle que ella las relacionó en esta causa, básicamente, por el acto anestésico:

1) La cirugía de reemplazo de cadera por obviada requería del acto anestésico y se había sugerido la *-regional-*⁹⁸, en todo caso, este procedimiento médico está a cargo de un anesthesiologo⁹⁹ y en el historial de evolución de 22 de enero de 2013 aparece descrita¹⁰⁰.

2) Se desplegó un consentimiento informado suscrito por Burbano Yepes y la anesthesiologa Margarita M. Corredor Ruano con registro 01078¹⁰¹.

3) De acuerdo con los registros de la historia clínica el inicio de la anestesia es: 22/01/2013 07:50, tipo de anestesia: Regional y técnica: Raquídea – peridural¹⁰².

4) La persona responsable del procedimiento anestésico fue el Dr. Escobar Morad con registro 72160867¹⁰³.

5) El galeno Escobar tiene de profesión médico anesthesiologo, especialista en anesthesiologia y reanimación, ejerce desde 1999 y su versión, en lo pertinente, es como sigue:

a) Recordó con base en el registró clínico que participó en la cirugía como médico anesthesiologo de una paciente a quien se le iba a practicar un procedimiento ortopédico y que, fue una anestesia regional espinal¹⁰⁴ suplementada con sedación.

presentar eh, durante el acto quirúrgico, **no soy experto en el tema y eso quiero hacer claridad, mi dedicación de la ortopedia no es la cirugía de la cadera**, pero en los conocimientos generales que tengo, la lesión del nervio ciático y sobre todo en una cirugía de la revisión, con tantas cirugías se puede presentar durante la cirugía, pero la detección se hace de manera posquirúrgica, sí, cuando se presenta, porque se trata de preservar los planos, que técnicamente quizás se puede ya discutir con personas que lo hacen, pero vuelvo y explico, que yo no soy en este momento, primero fue hace mucho rato, segundo son muchos los pacientes en los que participaba como ayudante, como observador, eh, tercero la lesión del ciático la evidenció en varias instituciones no solamente en ésta, **y cuarto pues, no me dedico pues, al tema como tal de la cirugía de cadera.**” (Se resaltó)

⁹⁶ **H: 0:11:20: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Explíquenos en qué consiste esa ayuda de los médicos residentes?. **Contestó:** “La ayuda consiste en, la clínica quirúrgica pues, la desempeña completamente el cirujano, en este caso, el titular que en cualquier historia clínica sale, o se reporta, **y lo que hacemos los residentes que puede ser observar o la observación puede ser separar, ayudar a sostener instrumental eh y hacemos todo lo que nos va indicando, pues, el tutor, dónde se coloca un dispositivo, dónde se coloca el otro, en la ayuda que él necesita, porque para algunos procedimientos se necesitan más de dos manos.**”; **H: 0:22:09: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Ya con este recorderis, y refrescando memoria, recuerda usted ahora el día 22 de enero de 2013, la cirugía practicada a la señora Clara Burbano Yepes?. **Contestó:** “Pues, eh es posible que nosotros, ahí en esa rotación que hacíamos, **hacemos bastantes, muchos procedimientos con muchos doctores eh**, puede que se me concatenen con otros pacientes eh eso, pero más o menos, las situaciones clínicas son muy parecidas en los pacientes que atendíamos.”; **H: 0:33:22: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿En su calidad de residente usted estaba pendiente de los pacientes que estaban en el posoperatorio?. **Contestó:** “Son muchos los pacientes y son muchas las rondas que había que hacer, **pasábamos rondas siempre bajo la batuta de un doctor, posiblemente uno saluda con un paciente u otro antes, pero siempre hay una batuta de un doctor, nosotros no podíamos hacer nada y es actualmente así, no se puede hacer nada sin la supervisión y acompañamiento de un instructor que, al fin y al cabo, es el que es responsable de los pacientes.**” (Se resaltó y subrayó)

⁹⁷ **H: 0:32:48: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Habían más residentes en el momento de esta cirugía que se le pone de presente en la historia clínica?. **Contestó:** “Que yo recuerde no, pero en la historia clínica siempre, pues, se anota quienes están, de alguna u otra manera, participando, así sea de ayudantes.”.

⁹⁸ En la consulta preanestésica se realizó el procedimiento de rigor y valoración de la paciente y la técnica anestésica sugerida era REGIONAL. PDF03_2017-437(4aparte), folios 379 y 380.

⁹⁹ **Testimonio de Rueda Escallón: Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Usted como cirujano tratante daba las autorizaciones para la sedación de la paciente?. **Contestó:** “No entiendo muy bien la pregunta, la anestesia en la que influye el anesthesiologo, el tipo de anestesia que va a darse, si bien en un momento dado podría uno dar una opinión, **es una decisión del anesthesiologo y en general todo paciente que se le hace un reemplazo de cadera o una revisión, la cirugía o, mejor la anestesia más recomendada, es la anestesia regional**, entenderá usted que uno acostado cuatro horas con y quieto es muy difícil aguantar eso, si uno no está de alguna forma relajado y medicado para tolerar esta situación, que además es muy productora de angustia y de susto.” (Se resaltó)

¹⁰⁰ PDF03_2017-437(4aparte), folio 472.

¹⁰¹ PDF03_2017-437(3aparte), folio 73; PDF03_2017-437(4aparte), folio 381.

¹⁰² Debe entenderse epidural. PDF03_2017-437(4aparte), folio 530.

¹⁰³ PDF03_2017-437(4aparte), folio 530.

¹⁰⁴ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Explicar en qué consiste esa sedación, ambas la anestesia regional y la sedación?. **Contestó:** “**La anestesia regional espinal** es una anestesia que se da en procedimientos quirúrgicos, en donde se realiza mediante la administración de anestésicos locales a nivel del neuro eje, se colocan estos anestésicos para lograr disminuir

b) El acto anestésico es uno solo o, en otras palabras, tal procedimiento es único e indivisible, luego, no puede escindirse –por ejemplo– la anestesia regional separarse de la sedación o de algún otro actuar en el campo, expresó el médico¹⁰⁵ “No tiene que ser una anotación previa de ansiedad en el paciente, **la sedación es parte del actuar anestésico, cuando uno coloca una anestesia regional, es parte de la actividad como médico, así como usted, en este momento, su parte de su actuar es preguntar y escribir, parte de mi actuar es dar una anestesia regional con sedación, es parte del actuar anestésico.**” (Se resaltó)

c) Es evidente que el acto anestésico cumple una función anterógrada, evita la sensación de dolor y pone a la persona en un estado de relajación dispuesta para el procedimiento quirúrgico, en esa laxitud se limita la percepción del ambiente exterior y, objetivamente, eso fue lo que le ocurrió a Burbano Yepes perdió el control del marco y pese asegurar su impresión de lo realmente ocurrido, no deja de ser una captación fuera de contexto por presentar –*ansiólisis*–¹⁰⁶.

6.3.5. En conclusión, resulta inconcebible que se haya ocultado en el acto quirúrgico la idea que, fue un médico residente quien practicó la cirugía a Burbano Yepes o tan siquiera, actuó con alguna injerencia en él, es una situación infinitamente alejada de la realidad:

(a) El médico está para hacerle el bien al paciente y poner todo su conocimiento en *pro* de él, por ende, cuál sería un raciocinio lógico para un actuar distinto, en realidad no lo hay e iría contra toda la evidencia probatoria (documental y testimonial);

(b) El médico residente José Fernando cumplía una misión distinta en el procedimiento quirúrgico y no era su interés ocupar el lugar del cirujano Rueda Escallón, es más, lo negó rotundamente;

(c) No sería un raciocinio responsable sugerir que quien operó fue el Dr. José Fernando cuando apenas se graduó el mismo año en que Burbano Yepes fue intervenida (2013);

(d) Un análisis juicioso, detenido y sistemático de la historia clínica permite inferir que allí, en ese vital documento, en esa bitácora, no se ocultó ningún actuar, *v. gr.*, el supuesto acto quirúrgico por persona diferente al instructor y/o médico especialista–tratante;

(e) Independientemente, de quién llenó, completó e ingreso los datos del acto médico en el registro clínico de Burbano Yepes, no cabe en la mente que cinco (5) personas¹⁰⁷, a lo sumo, se hayan puesto de acuerdo como para semejante desliz, esto es, presentar una inconsistencia documental fuera de lo que, efectivamente, aconteció y dígase de una vez por todas, no son acertadas las aseveraciones del médico Santamaría Sandoval (1) que la paciente estaba en el pleno uso de sus facultades mentales, en efecto, este profesional no dimensionó lo que es un acto anestésico y menos aún, sus efectos y (2) Dio por hecho sin estarlo, la versión de Burbano Yepes y ello lo llevó a opinar, apriorísticamente, una inconsistencia en la historia clínica, en verdad, es una apreciación totalmente desfazada e inconsulta¹⁰⁸ que no amerita credibilidad en su estudio o como él la titula “*opinión pericial*”.

o a la ausencia de sensación en la región a realizar la cirugía, en este caso, en las piernas o la cadera; se coloca el medicamento anestésico; el paciente se le hacen unas pruebas que es la sensación térmica, la sensación de presión y la sensación de dolor y ante la ausencia de las mismas, se considera que la anestesia regional espinal fue exitosa y por lo tanto se puede dar inicio al procedimiento. **La sedación** es que, como eso es un procedimiento regional como dice su nombre, es una parte del cuerpo y todo ser humano siempre nos incomoda estar despierto en una circunstancia desconocida como lo es una cirugía, se tiene que colocar medicamentos para sedar al paciente y darle tranquilidad al paciente; sedación que se hace con diferentes medicamentos como las **benzodiacepinas, el más frecuente de uso es el midazolam, el cual genera disminución de la ansiedad, amnesia anterógrada, o sea, hacia adelante después que se coloca el procedimiento y en algunas personas puede producir, inclusive, algo de somnolencia y quedan dormidas pero todos sus signos vitales, su ventilación normal, por lo tanto, el paciente puede estar tranquilo durante el procedimiento quirúrgico.**” (Se resaltó)

¹⁰⁵ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Puede explicar, hay alguna anotación previa de ansiedad en la paciente para que se diera, se aplicara dicha sedación?.

¹⁰⁶ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿La mencionada sedación qué efectos tiene en la paciente Clara el día 22 de enero de 2013?. **Contestó:** “Me remito a la historia clínica, cuando administramos sedación **los pacientes presentan ansiólisis, o sea, disminución de su capacidad de percibir el entorno, produce amnesia anterógrada y produce tranquilidad del paciente.**” (Se resaltó)

¹⁰⁷ Equipo de trabajo en el acto quirúrgico.

¹⁰⁸ Muestra el estudio: “El doctor Rueda Escallón no participó inicialmente en la operación y dirigía verbalmente al médico residente, estando en la sala de cirugía, con uniforme quirúrgico básico sin ropa estéril para operar, y sin lavarse para operar.

6.4. El nervio ciático izquierdo, el daño y su conocimiento.

De entrada para esta célula judicial pese el riesgo inherente que podría ocasionarse *–la afectación del nervio ciático izquierdo–*, no existió culpa del cirujano Rueda Escallón y su equipo, por las siguientes razones:

6.4.1. Quedó suficientemente considerado que la contingencia del daño al nervio ciático izquierdo era uno de los peligros de la cirugía de revisión y se ofreció el consentimiento informado de Burbano Yepes.

6.4.2. De cierto, existe una alta probabilidad que el nervio ciático izquierdo sufrió daño en el intraoperatorio, por decirlo menos, *antes* del acto quirúrgico no lo estaba pues, anotación de tal magnitud no registra la historia clínica y su memoria descriptiva lo fue con posterioridad, hecho indicador suficientemente probado. (Art. 240 CGP)

Expresó el facultativo Arbeláez¹⁰⁹:

“No aparece ninguna descripción de que estuviera lesionado y usualmente si estuviera lesionado debía haber aparecido, por lo tanto asumo que su nervio estaba perfectamente bien antes de la cirugía, generalmente nosotros los médicos siempre en el examen previo describimos las lesiones que hayan para que no puedan después de pronto achacarse a la cirugía cualquier tipo de complicación diferente, a su pregunta puntual, considero que era un nervio que estaba normal porque no está descrito por el médico que estuviera comprometido.”.

6.4.3. La tesis del extremo demandante sugiere que el nervio ciático se afectó en el acto de la cirugía porque operó un médico residente, se escuchó un ruido *–tipo chasquido–* asociado a esa afección y por demás, se cambió el tipo de sedación ocultándose en el registro clínico la lesión iatrogénica, así, lo plasmó el estudio de Santamaría Sandoval¹¹⁰.

6.4.3.1. Es indudable que el conocimiento de la lesión en el nervio ciático izquierdo, científicamente, no es perceptible en el intraoperatorio:

(a) Rueda Escallón en el interrogatorio expresó procurar estar alejado del nervio ciático y sus ramificaciones¹¹¹, amén de la protección de la zona desde el inicio hasta el fin de la cirugía y el acto quirúrgico transcurrió sin ningún contratiempo.

(b) La razón lógica del por qué la lesión iatrogénica no quedó documentada en el transoperatorio de la historia clínica, precisamente, es por la anestesia y lo imperceptible, en ese momento, de la función del nervio ciático, solo después, una vez cesan los efectos del acto anestésico se puede tener conocimiento del trauma, así lo referenció el clínico-tratante¹¹².

(c) Por lo general al día siguiente es que, se pudo documentar la lesión del ciático poplíteo externo, concluyó el galeno Rueda Escallón¹¹³: *“Durante el procedimiento no tuvimos ninguna evidencia de una lesión, en el posoperatorio cuando pasó el efecto de la anestesia, o sea, generalmente al día siguiente, detectamos la lesión del ciático poplíteo externo (...)”*.

Para este estudio se conforma una inconsistencia documental en este ítem, al figurar como cirujano tratante y no estar realmente en esa función. (...). PDF03_2017-437(3aparte), folio 22.

¹⁰⁹ **Audiencia. 2022.08.11 H: 00:31:26: Pregunta apoderado Demandante:** ¿Antes de la cirugía la señora tenía el nervio ciático en condiciones óptimas?.

¹¹⁰ “La existencia de **lesión iatrogénica del nervio ciático izquierdo NO SE REGISTRÓ** en la historia clínica, ocultando así el suceso”. PDF03_2017-437(3aparte), folio 22.

¹¹¹ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Hubo alguna complicación dentro de la cirugía, en especial al nervio ciático izquierdo?. **Contestó:** “Cuando yo estoy operando un reemplazo de cadera y una revisión del reemplazo de cadera, **si bien yo sé dónde está el nervio ciático y sus ramas, yo no las veo, yo procuro estar alejado de esa zona y protegerla hasta, pues el fin de la cirugía.** En esta cirugía, sobre todo en los casos de la revisión, pues uno se enfrenta a una situación más compleja ya que la anatomía no es exactamente la que, la naturaleza nos ha dado, sino ya ha sido cambiada por, pues por los procedimientos, además, por el hecho de que desde un comienzo pues, la señora presentaba patología en la cadera razón por la cual se operó, **pero no tuvimos ningún, como le digo, contratiempo durante esta cirugía que nos hubiéramos dado cuenta y que pudiéramos, hubiéramos dado cuenta durante el procedimiento.**”. (Se resaltó)

¹¹² **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Indíquenos las razones por las cuales dicho percance (lesión iatrogénica del nervio ciático) no quedó registrado en la historia clínica de la cirugía?. **Contestó:** “Si, le respondo al abogado, cuando nosotros estamos operando el paciente está anestesiado y **por ello la función del nervio no la podemos observar durante la cirugía ni en el posoperatorio inmediato, sino ya cuando ha pasado la anestesia.** Eso es muy sencillo.”; “(...) o sea, **durante el procedimiento no hay forma de saber, como ya dije, debido a que la paciente esta anestesiada, o sea, los nervios no están funcionando.**”. (Se resaltó)

¹¹³ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Indíquenos por favor qué complicaciones se dieron en la cirugía mencionada, que manejo inmediato se les dio a las mismas?.

Completó¹¹⁴: “Eso sí no sabre, porque yo, la idea que yo tengo y lo que hay en la historia es que se detectó el día siguiente de la cirugía, o sea, cuando ya ha pasado la acción de la anestesia.”.

(d) En cuanto al ruido –*tipo chasquido*– el facultativo negó utilizar un léxico como el sugerido por Burbano Yepes¹¹⁵ y ante la circunstancia de la neuropraxia del ciático izquierdo no existe la posibilidad de escuchar un –*clic*–¹¹⁶.

(e) El ortopedista Barbosa Santibáñez coincide con Rueda Escallón, la imposibilidad realizar una impresión diagnóstica de lesión del ciático de forma intraoperatoria, contestó¹¹⁷:

“No, no, en la descripción quirúrgica no existe esa nota y de hecho pues en, viene a anotarse es en la, evolución del día siguiente creo que es el 23, ella se opera un 22 y en esa evolución, del día siguiente a la cirugía se encuentra que hay compromiso neurológico de la extremidad, yo creo que cabe anotar, no sé si los anteriores, las anteriores declaraciones lo dijeron, **que es difícil hacer un diagnóstico de lesión nerviosa de manera intraoperatoria porque normalmente el nervio queda protegido dentro de la grasa perineural que es abundante y aparte de eso uno, los separadores van un músculo antes, o sea, queda protegido por grasa y músculo, entonces, uno busca el plano graso y dice ‘aquí está el nervio’ y lo protege, es lo que uno hace.**” (Se resaltó)

Agregó:

“Es muy difícil que uno lo vaya a seccionar o cortar, o quemar porque como usamos electrobisturí, pero el electrobisturí¹¹⁸ nosotros lo usamos dentro de la cavidad acetabular que es hueso y **el nervio está lejos, lejos es dos centímetros por lo menos con un separador que lo retrae y, pues, generalmente el diagnóstico se hace es en el posoperatorio inmediato y yo diría que más del 50% de las lesiones cursan sin una etiología, o sea, un origen determinado.**” (Se resaltó)

(f) Idéntico desenlace atisbó el Tribunal Seccional del Ética Médica¹¹⁹:

“(…) Estas lesiones nerviosas, ocurren en estas cirugías porque al estirar el miembro más de 3 centímetros, se pone en riesgo el nervio **y durante la cirugía no se identifica el nervio, sino que se protege con los tejidos y con una cuidadosa manipulación de los separadores; su lesión es un hallazgo posoperatorio y no intraoperatorio**, a menos que se utilicen materiales evocados intraoperatorios.” (Se resaltó)

6.4.4. El gestor judicial de la parte demandante sugirió en sus alegatos de conclusión existir contradicciones en las versiones de los médicos Rueda y Escobar y que, actuaron en “*solidaridad de cuerpo*” ocultando lo que verdaderamente ocurrió en el intraoperatorio¹²⁰.

6.4.4.1. Es preciso acotar que el médico–residente era el Dr. José Fernando Muñoz De la Calle, el cirujano el Dr. Guillermo Rueda Escallón y el anestesiólogo el Dr. Carlos Fernando Escobar Morad, se hace la anterior precisión porque al parecer el apoderado judicial de la parte actora, precave la supuesta contradicción entre los doctores Muñoz y Rueda que no, entre Rueda y Escobar.

¹¹⁴ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Por qué no quedó registrada esa complicación dentro de la HV y sólo días después, muchos días después con un médico general en Barrios Unidos se dejó constancia de dicha situación?

¹¹⁵ “No recuerdo nada al respecto, nada que se parezca, **ni de ningún chasquido, ni mucho menos ese comentario que no lo uso en mi vocabulario.**” (Se resaltó)

¹¹⁶ **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Lo anterior quiere decir que en este caso, si usted no registró la presentación de la complicación es porque no se presentó o pudo haberse presentado alguna omisión?. **Contestó:** “A ver, como he repetido, la lesión nerviosa **no me puedo dar cuenta de ella sino después, no durante el procedimiento porque el nervio no está a la vista directamente** y yo nunca tuve la sensación ni el reemplazo, **ni hay ningún clic cuando uno tiene lesiones del nervio, ojalá.**” (Se resaltó)

¹¹⁷ **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Doctor usted podría indicarnos si de su revisión de la historia clínica se encuentra que se hubiese presentado de forma intraquirúrgica una nota en la que se determinara que había existido una lesión de nervio ciático?.

¹¹⁸ Código 12784 a 12788 de la HOJA DE GASTOS SALAS DE CIRUGÍA INSTRUMENTACIÓN. PDF03_2017-437(4aparte), folio 369.

¹¹⁹ PDF03_2017-437(4aparte), folio 86.

¹²⁰ **Audiencia: 21.02.2023. H:0:8:12:** “(…) toda vez que le suministraron anestesia regional y una vez que se complicó la cirugía, cuando ella evidenció que la cirugía tuvo complicación la sedaron por anestesia general y **sin que de ello se dejara registrado el motivo por el cual se le suministró midazolam, ocultando el hecho que una lesión iatrogénica**, de lo anterior **quedaron evidencias en las contradicciones de los testigos doctores Rueda y Escobar, quienes se puede fácilmente evidenciar que están actuando bajo la solidaridad de cuerpo, escondiendo lo que verdaderamente ocurrió**, el primero de ellos en su calidad de jefe cirujano y el segundo en calidad de médico residente que estaba cursando su especialización; obsérvese la hora de la sedación total y la culminación de la cirugía.” (Se resaltó)

6.4.4.2. Sin embargo, si se revisan meticulosamente las declaraciones de los dos médicos (Rueda y Muñoz) no hay en sus versiones circunstancias plausibles de dicciones opuestas, como quedó plasmado en esta providencia, quien operó fue Rueda Escallón y Muñoz De la Calle era su ayudante (médico–residente) con funciones diametralmente diferentes, aquel actuó como cirujano y éste como ayudante bajo las órdenes del primero y, su labor a lo sumo se circunscribió al sostenimiento de los separadores y es contra lógica siquiera pensar en la intervención del médico–residente en el acto mismo de la cirugía de la manera como se le quiere involucrar, no solo por la argumentación expuesta en el ítem 6.3.4., sino además porque era ayudante circulante tal como él lo relató. En todo caso, el gestor judicial actor no expuso certeramente *–precisando el aparte de sus versiones–* donde según él, se dio una contradicción.

6.4.4.3. Ahora bien, desconoce el togado demandante, pese la amplitud científica aportada como prueba, la dificultad de procurar en el intraoperatorio el hallazgo de daño o lesión iatrogénica, para esta judicatura con amplitud está documentada, reitérese, no es posible diagnosticarla en el decurso de la cirugía que sí, en el posoperatorio inmediato.

6.4.4.4. De cara a la eventual contradicción alegada, se detendrá esta judicatura en las declaraciones de los doctores Guillermo Rueda Escallón y Carlos Fernando Escobar Morad, se observará la historia clínica de la paciente Burbano Yepes para entender y dejar la evidencia de los procesos, tanto de la descripción quirúrgica como del transoperatorio de anestesia:

(a) La preservación del plano inter–nervioso del ciático como, ampliamente, fue descrito por los testigos se cumplió según la descripción quirúrgica¹²¹, entiende esta célula judicial que ello es función propia del procedimiento y se utilizaron los separadores con la anuencia del cirujano con apoyo del médico–residente.

Esquematóizó el Dr. Arbeláez¹²²:

“Doctora es que eso forma parte del abordaje no sé si me lo entendieron, o sea, eso es un protocolo normal, cuando uno entra por ciertos planos en la vía posterior al que hay que cuidar es al ciático, si yo entro por la vía anterior al que hay que cuidar son los vasos femorales y el nervio obturador, entonces, pues los médicos somos anatomistas por naturaleza y nos la sabemos de memoria entonces, esa forma parte de ese abordaje **sino hubiera aparecido si me hubiera preocupado me entiendes, pero el abordaje está seguido paso a paso como cualquier cirujano articular debe hacerlo que utiliza esa vía y por eso en mi nota de peritazgo lo coloqué, que se habían seguido los pasos que eran.**” (Se resaltó)

A la pregunta¹²³:

“De la protección, claro todo eso protección, es protección, pero entonces lo que el señor juez preguntaba, claro pero cómo lo protejo, pues, con unos separadores que se llaman retractores, hohmman, hay muchos instrumentos, todo el tiempo uno está protegiendo ese nervio pero eso no garantiza que no pueda hacer una neuropraxia después.”.

(b) En el consentimiento informado para el procedimiento anestésico se le explicó a la paciente Burbano Yepes que durante el transcurso de la anestesia se pueden presentar situaciones imprevistas que permiten cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, para lo cual se ofrendó la autorización¹²⁴.

(c) El acto anestésico es uno solo, por lo tanto, la sedación es parte de él y, lo habitual en procedimientos de ortopedia es dar anestesia regional preferentemente, con certeza esta descrita en la técnica anestésica¹²⁵; empero, es posible dar anestesia

¹²¹ “2. DISECCIÓN RPO PLANOS, PRESERVACIÓN PALNO (sic) INTERNERVIOSO DEL CIATICO Y ENTESIS DE GLUTEOS.”. PDF03_2017-437(4aparte), folio 354.

¹²² **Audiencia. 2022.08.11. H:01:06:10: Pregunta apoderada Corporación:** ¿Doctor Arbeláez en el punto número dos de la descripción quirúrgica se indica DISECCIÓN POR PLANOS, PRESERVACIÓN PLANO INTERVENOSO (sic) DE CIATICO Y ENTESIS DE GLUTEOS, esa es una de las medidas que se pueden utilizar para efectos de la protección del, digamos de la zona adyacente a la cirugía?

¹²³ **Audiencia. 2022.08.11. H: 01:07:11: Pregunta apoderada Corporación:** ¿En ese caso cuando se habla de preservación plano intervenoso (sic) del ciático tiene que ver, digamos con el hecho de cuidarlo de riesgo de lesión?

¹²⁴ PDF03_2017-437(4aparte), folio 381.

¹²⁵ PDF03_2017-437(4aparte), folio 354.

general, empero, la primera es más segura y hay menos dolor en la analgesia posoperatoria expuso Escobar Morad¹²⁶.

(d) El inicio de la anestesia: 22/01/2013 **7:50**, se suministró *–anestesia regional–*¹²⁷ con datos generales como: monitoreo, clasificación ASA, técnica anestésica y sin complicaciones¹²⁸, se utilizó como medicamento Bupivacaina *–clorhidrato 5mg/ml + dextrosa anhidra 80mg/ml solución inyectable–* vía INTRATECAL¹²⁹, ello refirió Escobar Morad¹³⁰ así como un “*check list*”, en sus palabras “*(...) verificó a su vez, que no hayan sitios de presión y colocó la anestesia al final ahí dice, se explica el procedimiento, hacemos la asepsia para evitar infección, infiltramos para que el paciente no le duela, hacemos una punción que es donde administramos la anestesia, la lidocaína, se selectiviza, significa que uno trata que quede más de un lado que de otro, digo trata porque (...) se queda más anestesiado del lado del examen, el de la cirugía corrijo (...)*”. (Se resaltó)

(e) Posteriormente, sobre las 8:40 se le aplicó *–midazolam–* como sedación y por supuesto como parte del acto anestésico¹³¹, pese no entender el apoderado judicial actor la razón por la que, se aplicó ese medicamento que, contrario a su dicho, si está documentado en la historia clínica y es un fármaco para sedación que no, de anestesia general.

Explicó el Dr. Escobar Morad¹³²:

“(…) Puse inicialmente midazolam como sedación (…)”.

A la pregunta ¿En dónde está la prueba de la sedación doctor Escoba?:

“Donde dice midazolam”.

Se preguntó ¿Esa a qué hora se registra?:

“ocho y algo”.

Más adelante, a las 9:20¹³³ la paciente Burbano Yepes empieza a manifestar cansancio en la posición y a las 9:30¹³⁴ manifestó ahogo y ansiedad, por lo tanto, se da aviso al Dr. Escobar quien tomó la decisión de iniciar anestesia general con Propofol, Vecuronio Bromuro¹³⁵.

Explicó el Dr. Escobar Morad¹³⁶:

“Sobre las 9:30 el paciente, está posición y es bueno aclarar, que todo paciente en cirugía **ortopédica está en una posición no anatómica, no es normal y hay algunos pacientes que se agitan y presentan cansancio y ahí es donde yo cambio mi anestesia y paso a anestesia general**, entonces, ahí es esa la pregunta que me hacían, yo puse inicialmente midazolam como sedación y cuando la paciente ya está en un estado que no es

¹²⁶ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿La anestesia regional que usted acaba de mencionar estaba programada para esta intervención quirúrgica?. **Contestó:** “Si señor, **lo habitual en procedimientos de ortopedia, es dar anestesia regional, es lo que, preferentemente, se habla y la paciente en su valoración previa realizada, (...) la anestesia regional es la anestesia que uno utiliza y cuando el paciente es valorado se le hace explicación de los diferentes procedimientos o técnicas anestésicas que puede ser de utilidad, la general también se le puede dar a cualquier paciente para cualquier procedimiento pero, uno tiende a usar la regional porque, uno es más segura y dos muy importante, es la analgesia posoperatoria que produce, o sea, produce menos dolor posoperatorio.**” (Se resaltó)

¹²⁷ “DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA. ANESTESIA REGIONAL, - GENERAL, ANTIMICROBIANO PROFILACTICO, ASEPSIA, ANTISEPSIA, CAMPOS ESTERILES, DECUBITO LATERAL DERECHO, SE REALIZA SOBRE CADERA IZQUIERDA.”. Folio *idem*.

¹²⁸ PDF03_2017-437(4aparte), folio 530.

¹²⁹ PDF03_2017-437(4aparte), folio 531. H: 7:30. Registro en notas de enfermería: PDF03_2017-437(4aparte), folio 551.

¹³⁰ **Audiencia: 03.02.2022. H:0:38:30.**

¹³¹ **Dr. Escobar Morad:** “A las 7:30, como ve, se hizo la anestesia con Bupivacaina, Dextrosa, esa es la regional y si ven en la columna 1, 2, 3, 4 donde dice VÍA INTRATECAL, **posteriormente le pusimos a la paciente midazolam a las 8:40,...**”; “(…) puse **inicialmente midazolam como sedación (...)**”. (Se resaltó)

¹³² Ver PDF03_2017-437(4aparte), folio 531.

¹³³ “paciente continua en procedimiento **refiere cansancio en posición**”. (Se resaltó). PDF03_2017-437(4aparte), folio 551.

¹³⁴ “paciente refiere ahogo y ansiedad se avisa al dr. Escobar quien inicia anestesia (sic) general con sevoflurano Propofol vecuronio y goteo de remifentanil pasa tubo endotraqueal N7.5 lo fija en comisura labial (sic) y conecta a máquina de anestesia (...).” Folio *idem*.

¹³⁵ Está descrito tanto en la nota de enfermería como en el transoperatorio de anestesia. Ver PDF03_2017-437(4aparte), folios 531, 535 y 551.

¹³⁶ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Según el registro anestésico en este caso cuánto tiempo después de iniciada la cirugía fue aplicado?.

cómodo para ella y mi función como médico anestesiólogo es la seguridad del paciente pero también la comodidad del paciente y **por eso se decide anestesia general.**” (Se resaltó)

Se le cuestiono¹³⁷:

“Correcto, por lo que ya habíamos aplicado sedación, si yo tengo un paciente que le puse sedación y está bien y se vuelve ansioso a pesar de la sedación, pues ya yo tengo que pasar al siguiente procedimiento que viene después de la sedación, que es la general”.

Continuó¹³⁸:

“nueve y algo sí, (...) nueve y treinta, aquí está la nota donde dice y el momento en que se administran los medicamentos están arriba que fue a las nueve y treinta.”.

6.4.5. Una primera conclusión, el procedimiento anestésico se registró y es explícita su consecución hasta la determinación de aplicar la anestesia general por el Dr. Escobar Morad.

6.4.6. El Dr. Rueda Escallón no participó o dio consejo ¿cuál debía ser? o ¿cómo debía procederse? con el acto anestésico, no era su función dentro del procedimiento y las notas registran como responsable al Dr. Escobar Morad.

6.4.7. Resalta el apoderado judicial de la parte demandante que debe observarse “*la hora de la **sedación total** y la culminación de la cirugía*”, itérese, no debe confundirse la sedación con la anestesia general son procedimientos diferentes pero pertenecientes al acto anestésico, luego, si se refirió, al momento en que se aplicó la sedación con midazolam fue a las **8:40** o, si atiende a la anestesia general de las **9:30**, para la una transcurrieron 2 horas con 5 minutos y respecto de la otra 1 hora con 15 minutos hasta la culminación de la cirugía a las **10:45** de la mañana.

6.4.7.1. En realidad, ello no dice nada sobre la existencia de una incoherencia o contradicción, *contrario sensu*, el transoperatorio de anestesia cumplió su función, pues, la paciente despierta, aspira secreciones y se extuba sin complicaciones¹³⁹ y a las 10:55 se le traslada a sala de recuperación.

6.4.7.2. Si la paciente Burbano Yepes vomitó o no, es una nimia y, no puede buscarse en las manifestaciones del Dr. Escobar Morad un desapegó a la realidad del acto anestésico o, una inconsistencia en su versión, pues, por donde se le mire, difícilmente lo recordó por el número de sus pacientes y así lo puso de manifiesto en su declaración.

6.4.8. En el acto quirúrgico no se encubrió nada, menos aún, puede tener beneplácito la hipótesis de la parte demandante, por cuanto, la lesión iatrogénica solo se diagnosticó al día siguiente y por consiguiente, el registro en la historia clínica es completo, detallado y real, sin ninguna inconsistencia, cosa distinta es que no se documentó en el intraoperatorio porque difícilmente se podría dilucidar la neuropraxia del ciático izquierdo en ese estadio quirúrgico.

6.5. Seguidamente, se estudiará la prueba respecto del diagnóstico de lesión del ciático izquierdo y la cronología de la información dada tanto al paciente como a su núcleo familiar.

6.5.1. Los médicos en su mayoría describieron la neuropraxia del ciático izquierdo en sus declaraciones, es un común denominador; infortunado acontecer en la humanidad de Burbano Yepes, es apenas lógica la aflicción, el sentimiento de desazón y tristeza agobiantes en su ser, ello es inefable, el jefe de ortopedia Dr. Barbosa Santibáñez bien lo describe “*(...) posibles complicaciones dentro de las cuales estaban la lesión nerviosa que fue la complicación que lastimosamente se hizo*

¹³⁷ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿A las 9:30' decide aplicar anestesia general más no sedación, cuál es el motivo por el cual se da esa decisión de aplicar anestesia general y no una sedación?.

¹³⁸ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿La anestesia general fue la de las 9:30?.

¹³⁹ PDF03_2017-437(4aparte), folio 552.

presente en el caso de doña Clara.”¹⁴⁰, como también delineó el reto quirúrgico que es una revisión de reemplazo total de cadera casi que expertos los hay en un 5%¹⁴¹.

6.5.2. El hallazgo fue el 23 de enero de 2013¹⁴², según nota del Dr. Rueda Escallón se encuentra pie caído con imposibilidad para la dorsiflexión del tobillo y hallux izquierdo, se registró “**PACIENTE CON NEUROPRAXIA DEL CIÁTICO IZQUIERDO POSTERIOR A REVISIÓN DE CADERA (...)**”¹⁴³.

Contextualizó el Dr. Barbosa Santibáñez:

“Sí, primero anotar que está muy clara la observación de la lesión **y de manera muy concisa y honesta es consignada en la historia clínica** que generalmente los médicos a veces recurrimos a no consignar en la historia clínica creyendo que eso nos justifica y nos saca de la responsabilidad que tenemos como tal.”. (Se resaltó)

En todo caso, es mismo día, horas antes de la nota anterior, sobre las 7:11, el Dr. Hincapié Castro con registro 19302949 anotó: “*pie izquierdo se aprecia con hipoestesia y pie caído, no es posible evaluar el nervio ciático por estado analgesico (sic) epidural.*” y “*observación de (sic) estado neurológico, nervio ciático*”¹⁴⁴.

6.5.3. De otra parte, la cirugía transcurrió sin complicaciones evidentes o perceptibles tal como se consignó en varios apartes de las notas clínicas¹⁴⁵, esa fue la información trasladada ese día (22.01.2013 **H:11:07**) a la paciente y familiares¹⁴⁶, inclusive, en el hecho 4.11., aparte final se narró habersele informado del éxito de la cirugía¹⁴⁷.

El Dr. Rueda Escallón la calificó como laboriosa y un buen caso de reconstrucción de la cadera:

“Pues, como buena revisión de reemplazo de cadera fue una cirugía laboriosa, pero yo creo que se hizo pues, todo lo que se requería hacer, que fueron muchas cosas, y que, desde el punto de vista arquitectónico de la reconstrucción de la cadera fue un buen caso.”.

Agregó¹⁴⁸:

“Pues, exactamente las palabras no me acuerdo, pero la verdad fue que la cirugía si bien fue una cirugía complicada, evolucionó adecuadamente durante todo el procedimiento y la señora la toleró muy bien, **como bien saben en este momento yo no tengo todavía el diagnóstico de la lesión del ciático.**” (Se resaltó)

6.5.4. El gestor judicial demandante trae tres (3) circunstancias en sus argumentaciones finales¹⁴⁹: (a) la expedición el 20 de enero de 2014 de una

¹⁴⁰ También la describió Rueda Escallón: “Bueno, tuvo una complicación desafortunada, lamentable, pero muy, muy posible en las condiciones en que la paciente entró.”.

¹⁴¹ “El reemplazo total de cadera primario, o sea, el que se va a hacer por primera vez en un paciente podría hacerlo un residente asistido por el docente; pero la revisión de reemplazo total de cadera es una cirugía sumamente compleja, que incluso podría yo decir, aún hoy se están describiendo técnicas y abordajes especiales para cada una de la problemática que nos plantea, **ese reto quirúrgico que es la revisión del reemplazo total de cadera. Para tratar de mostrar la complejidad podría yo decir que de cada 100 ortopedistas que ejercemos, yo diría que fácil el 50% hacemos reemplazos totales de cadera primarios, pero revisión de reemplazo total de cadera yo diría que no alcanzamos al 5%**, la experticia para decir que vamos a entrar como cirujano principal de una revisión de un reemplazo total de cadera. En esos casos lo que hacemos es llamar a alguien con experiencia, que en revisión es un tema muy difícil.”. (Se resaltó)

¹⁴² Nota: 23/01/2013 **12:05**. PDF03_2017-437(4aparte), folio 475.

¹⁴³ También se registra en el análisis por el mismo galeno.

¹⁴⁴ PDF03_2017-437(4aparte), folio 474.

¹⁴⁵ Consultar: PDF03_2017-437(4aparte), folios 472 y 537.

¹⁴⁶ PLAN: HOSPITALIZACIÓN, MANEJO ANTIMICROBIANO PROFILACTICO, ANALGÉSICOS, TROMBOPROFILAXIS, SE EXPLICA AL PACIENTE EL PROCEDER, SE HABLA CON FAMILIARES LO MISMO, SE ADVIERTE DE RIESGO ALTÍSIMO DE INFECCIÓN, LUXACIÓN, FALLA DE LA PRÓTESIS Y DE REINTERVENCIÓN POR LO MISMO, ADEMÁS DE LA FRACTURA, SE INDICA DIETA Y VALORACIÓN POR CLÍNICA DEL DOLOR Y TERAPIA FÍSICA. PDF03_2017-437(4aparte), folio 537.

¹⁴⁷ PDF03_2017-437(3raparte), folio 192.

¹⁴⁸ **Pregunta apoderado Demandantes:** ¿Cuándo usted les dio el parte médico al final de la cirugía a los familiares de la señora Clara, qué les digo en ese preciso momento?

¹⁴⁹ **H: 00:11:00:** “Tuvo que pasar un año para que el doctor Rueda expidiera la **certificación del 20 de enero 2014**, vuelve a ocultar lo ocurrido en la cirugía consignando lo siguiente: ‘desde entonces (habla de la cirugía), la paciente no ha podido reintegrarse a sus ocupaciones y posiblemente no podrá del todo en el futuro, por eso es su incapacidad’; ahora bien, es importante traer a colación la audiencia de marzo 3 del año 2022 en donde el doctor Rueda decía en el minuto **1:27:** ‘**no tenía conocimiento de dos incisiones**’, en el **1:32:** **hasta la fecha se entera de la lesión del nervio ciático, entonces, ¿cómo así que se entera del nervio ciático, pero ya había proferido una incapacidad?, entonces, esto nos genera bastantes dudas frente a lo que efectivamente ocurrió y frente a lo que ellos quieren esconder**, es por ello que se deprecia justicia de la mano de la verdad procesal que se traduce en las contradicciones del interrogatorio de parte del demandado, de las contradicciones de los testigos, el ocultamiento de la verdad en la historia clínica de la cirugía y del mencionado por el peritazgo médico y su sustentación del dictamen de la parte demandada para que en conjunto con todas las pruebas documentales y testimoniales y

certificación donde se ocultó, de nuevo, lo ocurrido en la cirugía, (b) el Dr. Rueda Escallón no tenía conocimiento de dos incisiones (min. 1:27) y (c) en su narrativa (min. 1:32) hasta la fecha se entera del nervio ciático pero ya había emitido una constancia con sello incapacidad.

(1) En primer lugar, la pregunta relacionada con las dos incisiones, puntualmente, es en la hora: **1:29:15** y termina la respuesta en la hora **1:29:44** y en ese interrogante, se sigue:

Pregunta apoderado Demandantes: ¿Indíqueme al despacho por qué la señora Clara Burbano Yepes se le hicieron dos incisiones?

Respuesta: “¿Dos incisiones?, yo no soy consciente de las dos incisiones ¿Dónde dice?”.

Afirmó apoderado Demandantes: ¡En la historia clínica!

Respuesta: “Dos incisiones, no”.

Efectuada una revisión de la documental intra y posoperatorio, las dos incisiones no aparecen registradas, basta con observar los 15 pasos anunciados en la descripción quirúrgica¹⁵⁰ y en el número 1, sólo se anotó “**1. INCISION KOCHER – LAGENBECK**” y en el número 15 se describió “**15. CIERRE POR PLANOS – SE DEJAN VENDAJES ESTERILES**”, en notas de enfermería se registró “*10+45 dr Rueda termina procedimiento sin complicaciones deja herida cubierta con gasas y fixomull*”¹⁵¹; en tanto que, en el posoperatorio, en recuperación, entró con “*HERIDA QUIRURGICA CADERA IZQUIERDA CERRADA Y CUBIERTA CON GASA Y FIXOMUL*”¹⁵², así mismo la nota de Jessica Pineda Morales describió una “*herida quirurgica (sic) cerrada limpia y seca con gasas y fixomull*”¹⁵³, igual anotación de Ruby Mayerly Méndez Saavedra¹⁵⁴, Johana Smith Quimbayo Dimate¹⁵⁵, Martha Lucía Cárdenas Soto¹⁵⁶, Delfina Cañón Otálora¹⁵⁷, Kelly Johana Ospina Cárdenas reseñó “*DIURESIS ESPONTANEA A PAÑAL CON HERIDA QUIRURGICA EN CADERA IZQUIERDA DESCUBIERTA CON EDEMA EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR*”¹⁵⁸, Daniel Stivens: “*(...) con herida quirúrgica en cadera izquierda descubierta en proceso de cicatrización,*”¹⁵⁹ y de allí en adelante¹⁶⁰ hasta la nota de egreso y/o alta hospitalario de 26/01/2013 11:20 se chequeó una herida quirúrgica con plan de manejo¹⁶¹.

De otra parte, el Dr. Nelson Sierra Forero ante la pregunta del juzgado:

¿Por qué presenta la paciente dos incisiones?

Respuesta¹⁶²: “Señor juez, normalmente para estas intervenciones se deja una incisión que es lo que ellos dicen de puntos y un segundo, una segunda área que es un dren, que eso es como uno, sí, es un instrumento que se le aplica dentro de la cadera para que salga todos los restos hemáticos o los restos de sangre al exterior y eso es normal que no quede con sutura o con puntos porque precisamente es la forma de que no se acumulen los restos dentro de la cavidad articular.”.

Del mismo modo, resulta ser un interrogante sin establecer el documento o la nota médica donde se hace memoria de dos incisiones en el área intervenida, para dar claridad si, efectivamente, ello aconteció y poder reflexionar si tal premisa fáctica pudiese computar como una mala praxis, de suerte que, el médico Sierra Forero la encontró dentro de los causas normales de esos procedimientos, empero, insístase no

periciales aportadas por los demandantes se puede concluir que los demandantes fueron víctimas del sistema de salud (...). (Se resaltó)

¹⁵⁰ PDF03_2017-437(4aparte), folio 472.

¹⁵¹ PDF03_2017-437(4aparte), folio 552.

¹⁵² Folio *ídem*.

¹⁵³ PDF03_2017-437(4aparte), folio 553.

¹⁵⁴ PDF03_2017-437(4aparte), folio 554. “(...) con herida quirurgica en cadera izquierda cubierta con aposito y fixomull.”.

¹⁵⁵ PDF03_2017-437(4aparte), folios 556 y 559. “(...) con herida quirurgica en región troncanterica izquierda de post operatorio de reemplazo de cadera izquierda.”.

¹⁵⁶ PDF03_2017-437(4aparte), folio 557. “(...) herida quirurgica en cadera izquierda cubierta, elimina espontaneo.”.

¹⁵⁷ PDF03_2017-437(4aparte), folios 558 y 559. “(...) eliminando espontaneo con herida quirurgica en región troncanterica izquierda de post operatorio de reemplazo de cadera izquierda.”.

¹⁵⁸ PDF03_2017-437(4aparte), folios 561 y 562.

¹⁵⁹ PDF03_2017-437(4aparte), folio 562.

¹⁶⁰ Consultar: PDF03_2017-437(4aparte), folios 472, 477 a 483, 563, 565, 567, 568,

¹⁶¹ PDF03_2017-437(4aparte), folios 484-486.

¹⁶² **Audiencia: 03.12.2021. H: 1:28:07.**

se aportó medio de prueba y esto es claro en el sentido que, la ausencia de documentación no es sinónimo de su existencia o de una falta de completitud del registro clínico.

Por último, en unos de los hechos de la demanda se relacionó¹⁶³: “*Se da de alta con una pequeña herida abierta y sangrando, localizada un poco más arriba de la incisión que le hicieron para la práctica de la cirugía.*”, empero, otra cosa se registró en la historia clínica, *v. gr.*, es una única herida quirúrgica y pese presentar secreción, calor y enrojecimiento se dan recomendaciones de egreso¹⁶⁴.

(2) El apoderado judicial hace un análisis sesgado de la versión del cirujano Rueda Escallón y concluyó con un interrogante “*¿cómo así que se entera del nervio ciático, pero ya había proferido una incapacidad?, entonces, esto nos genera bastantes dudas frente a lo que efectivamente ocurrió (...)*”, en verdad, analizando sistemáticamente su versión no puede afirmarse que el clínico conoció de la lesión el día de su declaración lo que, quiso significar es que cuando dio el parte médico a los familiares, para ese instante, no conocía de la neuropraxia del ciático izquierdo, cosa diferente y, es que, desde el día siguiente a la cirugía el facultativo conocía de la lesión¹⁶⁵.

(3) Finalmente, no reviste mayor análisis el documento de data 20 de enero de 2014, en primer lugar, allí no se está ocultando el daño del ciático y en segundo lugar, se da una incapacidad derivada de la cirugía de 22 de enero de 2013 y, no era necesario plasmar la neuropraxia, precisamente, por estar debidamente documentada en la historia clínica de Burbano Yepes.

7. Estudios periciales y sus autores.

En lo básico, el estudio¹⁶⁶ presentado por el traumatólogo–ortopedista Arbeláez tuvo como basamento la consulta de la historia clínica de Burbano Yepes¹⁶⁷ y se ofreció un cuestionario de 13 preguntas:

7.1. Lo aconsejable como tratamiento para el caso de Burbano Yepes, indiscutiblemente, era la cirugía de revisión, tal conclusión se desprende de las respuestas a los dos primeros interrogantes.

7.2. Lo recomendado es operar primero una cadera y después la otra, una vez, se supere el periodo de recuperación; en el caso de Burbano Yepes “*fue operada de la cadera izquierda que era la que se encontraba en peor estado según lo descrito en la historia clínica.*”¹⁶⁸.

7.2.1. Es oportuno, poner en contexto la exclamación del apoderado judicial actor cuando en sus alegaciones expuso: “*(...) en consecuencia, los médicos cirujanos no cumplieron los protocolos para la protección del nervio ciático descritos por el perito doctor William Arbeláez y como él mismo dijo –no se operan radiografías, se operan pacientes– de acuerdo a su dolor, porque se debe tener en cuenta el dolor de la paciente...*”.

7.2.2. En primer lugar, el gestor judicial actuante debe estarse a lo ya motivado en esta parte considerativa, *v. gr.*, la sensibilidad era en ambas caderas y en todo caso, no había razón de peso como para intervenir, inicialmente, la cadera derecha, luego, debe sujetarse a los diferentes medios de prueba y su análisis probatorio.

7.2.3. Como segundo punto, según la descripción quirúrgica, el procedimiento de 22 de enero de 2013 transcurrió sin complicaciones¹⁶⁹ y en la revisión se utilizó un

¹⁶³ PDF03_2017-437(2aparte), folio 26.

¹⁶⁴ “LAVADO CON AGUA Y JABON DE HERIDA QUIRÚRGICA”, Dr. Porras Guzmán. Registro 1020721952.

¹⁶⁵ Se sugiere consultar las notas médicas del posoperatorio, la declaración de Rueda Escallón y esta decisión en las partes pertinentes.

¹⁶⁶ PDF03_2017-437(4aparte), folios 1-53.

¹⁶⁷ **H: 01:13:31: Pregunta juzgado:** ¿Yo le pude comprender doctor William que para usted rendir el estudio, el concepto del 28 de febrero de 2019, tuvo en cuenta la historia clínica de la paciente, básicamente?. **Contestó:** “De acuerdo”.

¹⁶⁸ Respuesta 1.

¹⁶⁹ Respuesta 9.

abordaje convencional con la confirmación del aflojamiento de los implantes¹⁷⁰, el Dr. Arbeláez concluyó que el acto quirúrgico estuvo a tono con la *lex artis –fue correcto–* con protección de las estructuras vasculares y nerviosas¹⁷¹.

7.2.4. Resguardo del nervio ciático sí existió, con retractores o separadores y está tácito y/o implícito en la descripción quirúrgica, cosa distinta es que por protocolo no es necesario describir el detalle en la hoja de cirugía, en frases del galeno¹⁷²:

“Es que este es el acto quirúrgico señor juez, o sea, aquí está la descripción del paso a paso, **todos protegemos el ciático con los retractores y con los separadores o sea, está digamos tácito en la mente de cada cirujano qué tipo de retracto debe usar, en qué sitio para que no tenga la punta que lesione el nervio, para que no vaya a lesionar la arteria**, o sea, yo veo una descripción de un cirujano articular que asumo que también hizo todo lo demás porque si no, **no hubiera podido realizar el acto quirúrgico**, entonces, **aquí no hay ninguna palabra que esté diciendo que él protegió el ciático porque es que esto está tácito, es decir, es como cuando usted se sube a un carro y lo mínimo que hace es que mira al espejo derecha y la izquierda y mira el central y arrancan, no antes, entonces uno no va a escribir yo abordé, arranque el carro pero primero mire los espejos, hay cosas que son implícitas si me entiende y tácita.**” (Se resaltó y subrayó)

7.2.5. Se utilizó un abordaje de Kocher – Lagenbeck según la descripción quirúrgica con el uso de retractores y al no indicarse algo explícito en el intraoperatorio se sobreentiende la salvaguarda del ciático¹⁷³, amén de ser la única manera de abordaje en el acto quirúrgico:

“**Exactamente**, o sea, si, el médico puede llegar en un momento dado y decir encontré algo aquí anormal y lo describe y entonces dice por decir algo, sí, dice tal cosa y, hice esto para protegerlo, **pero normalmente con esta vía qué hace que, es un abordaje de Kocher Langerbeck que es un abordaje que se va hacia atrás, pues ahí se usa unos retractores especiales para proteger el nervio ciático, pero no está implícito ahí escrito, pero se supone que debió haberlo hecho.**” (Se resaltó)

Añadió¹⁷⁴:

“(…) el nervio ciático digamos hay unos abordajes de la cadera que los más usuales son anterolaterales y hay otros que son posterolaterales, y los abordajes posterolaterales es un poco más, como en el 1% un riesgo de que pueda sufrir el nervio ciático, entonces, ese es un riesgo, los que entramos anterolateral disminuimos el riesgo pero tenemos riesgo de otras complicaciones como vasculares como de otro nervio si, entonces, **normalmente, se usa un retractor especial que es unos separadores para separar el nervio pero pues, eso, eso digamos no está descrito ahí paso a paso, pero era la única forma que hubieran podido abordar colocando, que se llaman retractores, hay retractores tipo** (indica algunos tipos de retractores) **que están diseñados para que los tejidos blandos con ese elemento protejan aún más el nervio ciático.**” (Se resaltó)

Finalmente, expuso¹⁷⁵:

“**Correcto sí, separarlo quiere decir, digamos colocamos una protección de metal que coge, nunca vemos el nervio, sino que con músculo y todo se rechaza más hacia atrás y se aleja**, porque en cirugía usamos sierra, usamos brocas, usamos elementos cortantes que podrían ser causa de lesión sí, pero en este caso por ejemplo, el tipo de lesión no es de que le hayan cortado nada, hizo lo que se llama una neuropraxia y terminó en un pie caído que

¹⁷⁰ Respuesta 8.

¹⁷¹ Cuaderno 1 parte 4ª. Folio 733. Relacionado con la cirugía que se le practicó a la paciente y el manejo previo para evitar el riesgo de lesión del nervio ciático. (Folio 733 cuaderno 1 parte 4. Se exhibe). H:00:57:57: **Pregunta apoderada Corporación:** ¿Doctor Arbeláez usted en el dictamen pericial indicó que se habían tomado las medidas para la protección del nervio ciático, usted puede por favor informarnos respecto del folio que se le pone de presente y lo descrito digamos por el especialista, cuáles medidas o cómo se puede evidenciar que se tomaron esas medidas en esta nota?. **Contestó:** “Es decir el abordaje que tú estás viendo aquí, **es un abordaje de los típicos para hacer un reemplazo articular y en este caso de revisión**, eh los cuidados siempre digamos es **básico para cualquier cirujano articular que lo que más se protege siempre son las estructuras vasculares y nerviosas, aquí los pasos están correctos**, hizo una incisión, hizo un abordaje posterior, disección por planos, hallazgos descritos, artrotomía, todo eso son los pasos normales, desbridamiento de tejidos, colocación del injerto en trasfondo, eso significa que había una pérdida ósea importante, colocaron un anillo de reconstrucción, sin ninguna complicación, colocaron la copa, verificaron la estabilidad, colocaron el componente acetabular, se hicieron prueba de estabilidad y cierre por planos, entonces, esto digamos son los protocolos digamos de rutina que se hace en cualquier cirugía de reemplazo articular eh no sé en qué, en qué digamos punto.” (Se resaltó)

¹⁷² H:00:59:20: **Pregunta juzgado:** ¿De ese protocolo dónde está documentado que hubo protección del nervio ciático?.

¹⁷³ H:01:00:20: **Pregunta juzgado:** ¿Lo que le puedo entender a usted es que por protocolos médicos y por *lex artis* no es necesario documentar en esta clase de procedimientos la protección del nervio ciático sino que ello queda implícito, que se hizo por el médico, es lo que le puedo comprender?.

¹⁷⁴ H:01:01:30: **Pregunta juzgado:** ¿Usted nos puede indicar cómo debía protegerse el nervio ciático, es que quiero entender esa parte?.

¹⁷⁵ H: 01:02:32: **Pregunta juzgado:** ¿Cuándo usted dice separar el nervio, entiendo separarlo de la zona que es materia de la cirugía o separarlo de qué?.

pudo haber sido por cualquier factor como decía el abogado por distracción sí, porque tenía una luxación congénita de diagnóstico previo.”. (Se resaltó)

7.2.6. Revisado el acopio instrumental según la hoja de gasto en sala¹⁷⁶, se registra en la descripción varios separadores, incluso retractor, entre ellos “SEPARADOR DE HOHMMAN”, luego, para esta judicatura no hay duda que, en el intraoperatorio, distinto a lo sugerido por el apoderado judicial demandante, sí se protegió el nervio ciático poplíteo izquierdo.

7.2.7. También, el médico Arbeláez entendió que de acuerdo con la historia clínica la cadera más sintomática era la izquierda, empero, al final de cuentas ambas presentaban aflojamiento y se empezó por la izquierda, si bien, debe tenerse en cuenta el factor –*sensibilidad*– ello apenas es un ítem de valoración como, ampliamente, se abordó en líneas antecedentes, por consiguiente, itérese, no hay razón para predicar una pifia en el diagnóstico, en el entendido de cuál debería ser la cadera a intervenir primigeniamente.

Contestó¹⁷⁷:

“Esto si es muy importante tener claro que con los pacientes, usualmente, cuanto tienen las dos caderas sintomáticas y uno ve unos hallazgos radiológicos, a veces uno ve una que está más floja que la otra pero prima la sintomatología del paciente, como son las dos hay que operar primero una y la otra, y muchas veces el paciente dice, no, a mí me duele más la izquierda doctor Arbeláez y yo digo mire, las dos están malitas pero se ve un poquito más malita, radiológicamente, la derecha, el paciente insiste que es la izquierda y si algo hemos aprendido y soy profesor desde hace más de 40 años, es que hay que escuchar al paciente y lo más importante, es ayudarlo a controlar el dolor, ahí está muy claro que en la historia clínica, ahí dicen que la cadera más sintomática era la izquierda y en ese paciente si le dolía más la izquierda y uno opera la derecha la rehabilitación va hacer muy difícil porque va a tener una operada y la otra mucho más dolorosa, esa es una dos, **los pacientes nunca se van a sentir agradecidos si usted no les opera la que más le duele, si, el paciente va a seguir considerando que no le operaron la que él necesitaba, entonces, nosotros no operamos radiografías sino pacientes, así que las dos dice en la historia clínica**, en alguna parte leí, que se veía aflojamiento de las dos pero que se empezaba con la izquierda porque era la más sintomática, también la pueden revisar en la historia, en cualquier aparte de los que leía en esa época.”. (Se resaltó)

7.2.8. Con todo, si la percepción del gestor judicial atendía a que, la más sintomática era la cadera derecha, bien pudo indicarle al deponente Arbeláez cuáles notas o episodios de la historia clínica registraban ello, para que se le permitiera al médico emitir su concepto, pues, el facultativo reseñó que “*la cadera más sintomática era la izquierda*” y que, se operen pacientes y no muestras radiográficas no significa *per se*, que se desatendan todos y cada uno de los pasos de abordaje de una paciente a quien deba practicársele una cirugía de revisión, sin duda, el profesional del derecho demandante realizó un estudio incompleto no solo del testimonio del ortopedista Arbeláez sino de los demás medios de prueba, que, entre otras cosas, son coherentes, concluyentes y asertivos en determinar que, desde el punto de vista científico, la actitud quirúrgica antecedente y presente (intraoperatoria) fue la correcta según protocolos.

7.2.9. Frente a los pasos previos al acto quirúrgico, el perito médico los halló acordes, sin ninguna clase de deficiencia en el proceso, salto o desatención, esto expresó¹⁷⁸:

“**Totalmente de acuerdo, señor juez totalmente de acuerdo**, es decir, en nosotros, en nuestras especialidades y general de medicina siempre hay un contacto inicial con el paciente, siempre hay un aporte de exámenes, siempre hay una rutina en la cual al final la decisión de operarse es en conjunto médico-paciente, no veo porque hubiera podido saltarse algún paso y ningún paciente acepta ir a una cirugía sino cree en su médico y si no tiene la sintomatología que la paciente refería.”. (Se resaltó)

¹⁷⁶ PDF03_2017-437(4aparte), folio 358.

¹⁷⁷ **H:00:49:24: Pregunta apoderado Demandante:** ¿No cree usted que primero se debió operar la cadera que estaba totalmente suelta y aún está suelta, en lugar a una que soportaba más?.

¹⁷⁸ **H: 01:19:30: Pregunta juzgado:** ¿Cómo usted consultó la historia clínica de esta paciente de Clara Burbano Yepes yo quiero hacerle una pregunta sobre el procedimiento antes de la cirugía, es decir, el tema de la anestesia, el tema de los exámenes, cuando esta persona fue a consulta, ese procedimiento anterior a la cirugía, en su concepto, estuvo acertado conforme a la *lex artis* y los protocolos o fue desacertado?.

7.3. En relación con los riesgos del acto quirúrgico el Dr. Arbeláez sugirió varios, entre ellos la lesión nerviosa (motora o sensitiva), plenamente conocida y consentida por la paciente Burbano Yepes y, sí, “*estando en riesgo cualquier nervio entre ellos: el nervio ciático...*”¹⁷⁹.

7.3.1. Esta conclusión de la lesión es armónica con su versión, el nervio ciático no se visualiza, en cambio, se protege y para determinar la existencia de una afectación sensitiva y/o motora, necesariamente, se avizora en las 24 o 48 horas siguientes (posoperatorio inmediato), con otras palabras, al día siguiente de la cirugía y la razón, el acto anestésico y sus efectos¹⁸⁰; su dicho es acorde con la de los demás médicos que dieron su declaración. Amén que también habló de la tasa porcentual de lesión del ciático¹⁸¹.

Aquí uno de los apartes de su declaración¹⁸²:

“En la descripción quirúrgica uno no puede escribir que hay una lesión neurológica porque es que uno no la sospecha, sólo es al día siguiente que aparece, en la descripción quirúrgica tiene que aparecer cualquier complicación, si usted leyó con calma mi informe pericial soy muy claro en decir que no aparece en la historia clínica reportada ninguna complicación durante el acto quirúrgico sí, la complicación aparece es después por el tipo de lesión neurológica, diferente a una fractura, un estallido acetabular, a cualquier otra complicación que uno la ve en el acto quirúrgico, el nervio uno no lo tiene a la mano y uno no lo está viendo.”. (Se resaltó)

Continuó¹⁸³:

“Realmente lo que yo noté ahí en la historia clínica, es una historia que yo leí hace casi 5 años, **le puedo decir que sí está descrito que el médico le informó, el momento exacto no, pero al día siguiente es cuando uno sospecha la lesión por, no hay dorsiflexión del pie**, pero eso, inicialmente, los médicos consideramos eso como una neuropraxia, es decir, puede que el nervio se maltrate con los separadores, puede que al alargar la pierna se alargue el nervio y deja de transmitir, acuérdate que el nervio tiene una parte motora y sensitiva, aquí el compromiso es netamente motor, **entonces, la manera que nosotros los médicos sabemos que pudo haber habido alguna lesión o trauma del nervio es porque la persona no hace dorsiflexión, pero como le digo eso usualmente en la nota del médico en su evolución con lo que le explica el paciente aparece descrito.”.** (Se resaltó)

7.3.2. Recalcó en varios episodios de su declaración que la lesión del nervio ciático poplíteo es inherente al acto quirúrgico y, en todo caso, no se visualiza durante el intraoperatorio¹⁸⁴:

“El nervio pues, viene desde la columna, el nervio ciático, digamos el principal y él tiene unas ramificaciones sí, él va muy posterior y va por el isquiático, o sea, va por el isquion y por una zona que se aleja del área quirúrgica pero obviamente cuando uno entra por detrás pues, hay una zona en que se acerca a ese nervio o a una de las ramas como sería la del ciático poplíteo que podría ocasionalmente lesionarse, entonces, por eso es tan importante pues, tener los retractores o los separadores que lo protegen, de acuerdo.”.

7.4. Por su parte, el perito médico Dr. Santamaría Sandoval¹⁸⁵ expuso *in extenso*, varias situaciones¹⁸⁶, no sin antes hacer las siguientes precisiones:

¹⁷⁹ Consultar respuestas a las preguntas 4 y 5.

¹⁸⁰ **H:00:28:00: Pregunta apoderado Demandante:** ¿Infórmele a este despacho en qué momento es que se registra la lesión del nervio ciático izquierdo?. Contestó: “En la cirugía de reemplazo articular durante el acto quirúrgico es muy difícil pensar en que uno lesiona el nervio ciático porque generalmente es un área de mucho cuidado y todos protegemos dicho nervio, **generalmente como el paciente está anestesiado uno no puede determinar si hubo una lesión sensitiva o motora del nervio, usualmente se verifica en el posoperatorio inmediato, se considerada posoperatorio inmediato las primeras 24 o 48 horas**, que es cuando uno va a pasar revista a ver al paciente, al día siguiente y siempre de rutina hacemos unas pruebas para verificar que no haya habido ningún daño neurológico, es más fácil detectar daños vasculares porque hay un sangrado inmediato en zonas donde no lo esperamos, **pero la lesión neurológica durante el acto quirúrgico es supremamente compleja de determinarla a no ser pues, que esté uno en un procedimiento muy diferente a lo que es el reemplazo articular.”.** (Se resaltó)

¹⁸¹ Respuestas 6 y 7; consultar la declaración: **H:44:34:00; H:01:09:20.**

¹⁸² **H:00:36:04: Pregunta apoderado Demandante:** ¿Entonces, por favor díganos por qué en la historia clínica no aparece tampoco la lesión del nervio ciático?.

¹⁸³ **H:00:32:03: Pregunta apoderado Demandante:** ¿En qué momento se registró en la historia de la cirugía que sufrió lesión el nervio ciático?.

¹⁸⁴ **H:01:03:18: Pregunta juzgado:** ¿Cuándo usted manifiesta doctor William que nunca vemos el nervio, nos puede aclarar a la audiencia esta parte por favor?.

¹⁸⁵ En adelante “Dr. Santamaría”.

¹⁸⁶ PDF03_2017-437(3raparte), folios 13-36.

7.4.1. Como primera medida, el Dr. Santamaría no tiene estudios ni especialidad en ortopedia y traumatología, él es médico egresado de la Universidad Nacional de Colombia y su campo de acción se concentra en la Gerencia en Salud y Desarrollo Social¹⁸⁷, además en varios apartes de su versión así lo expuso, amén de explicar, puntualmente, su oficio¹⁸⁸.

7.4.2. Su opinión se concentró en tópicos distintos al diagnóstico y en sí, al acto quirúrgico de 22 de enero de 2013 tal como se consideró en el ítem 5.3.6., de esta parte motiva; en complemento el objetivo principal de su labor se enmarcó en los objetivos principales y específicos reseñados en el respectivo documento¹⁸⁹, v. gr., **revisar** conforme a los documentos suministrados y el examen a la paciente Burbano Yepes si los procesos de atención médica y de salud fueron pertinentes, oportunos y de calidad mínima, por supuesto, dentro de lo que denominó “*patología sufrida en sistema osteoarticular y específicamente en cadera izquierda*”, adicionalmente, **presentar** su opinión de posible fallo tanto en la prestación del servicio médico y/o transgresiones o violaciones a las leyes en salud; por su parte, en la especificidad **verificar**, la atención médica y en salud brindada con motivo de la cirugía practicada y especialmente en la manipulación de las estructuras nerviosas de su cadera izquierda para finalmente, **entregar** su juicio científico al promotor judicial que instauraría demanda.

Puntualmente, expresó el facultativo¹⁹⁰:

“Sí señor, porque no era mi tema del informe pericial si ustedes pueden ver, el tema, **el tema de mi informe pericial no se basa en ninguna de las situaciones de la cirugía ni de la producción de la lesión, se basan es en el manejo que le dieron posteriormente se produjo la lesión.**” (Se resaltó y subrayó)

7.4.3. De otra parte, el Dr. Santamaría consultó como apoyo adicional de su informe, según su dicho, a algunos ortopedistas tal como se infiere de la pregunta anterior (nota al pie: 190) que no, los protocolos directos de la institución de salud que atendió a Burbano Yepes, con adición dijo¹⁹¹:

“No señor, porque no me fueron facilitados directamente, los pude conseguir por alguna otra vía, **especialmente, por la, los relatos de ortopedistas a quienes les solicité que me dieran las explicaciones adecuadas**, como ellos no están participando allí, entonces, no están citados dentro de mi informe para cada uno de los temas.” (Se resaltó)

7.4.4. El informe pericial técnico médico del Dr. Santamaría de junio 15 de 2018 presenta como periodo de análisis: del 22 de enero de 2013¹⁹² hasta un año, esto es, 22 de enero 2014, manifestó el facultativo¹⁹³:

“Hasta donde yo logré ver en la historia ya había sido remitida al psiquiatra al final de lo que yo estudie, **o sea, la historia hasta de un año después de la cirugía, sí, obviamente, mi estudio no viene desde ese momento del 2014 hasta el 2022.**” (Se resaltó)

Completo¹⁹⁴:

“Aquí dice que ella fue enviada al psiquiatra, **no puedo decir, cuántas veces asistiría porque ese pedazo de historia ya no me llegó porque ya no era de hasta un año después de la cirugía que es lo que me fue presentado para el estudio**, sí, ese es uno de los tantos tratamientos que se le debió haber hecho a la señora sí, para ayudarle a palear una situación que ya es irreversible.” (Se resaltó)

¹⁸⁷ PDF03_2017-437(3raparte), folio 50.

¹⁸⁸ Audio-grabación: H:01:30:30; H:01:32:35; H:01:32:46 y H:01:33:03, entre otros momentos de la declaración.

¹⁸⁹ PDF03_2017-437(3raparte), folios 13 y 14.

¹⁹⁰ **H:01:45:32: Pregunta juzgado:** ¿A ver si le puedo entender, usted nos dice que eh, que la lesión que usted caracteriza como prevenible, previsible e irreversible está en unos textos de ortopedia que usted consultó o que no tenía, es lo que le puedo entender, pero además tampoco consultó los protocolos de manejo de la IPS que atendió a la señora Clara, sino que usted consultó fue a unos ortopedistas, es lo que le puedo entender?.

¹⁹¹ **H:01:44:50: Pregunta juzgado:** ¿De acuerdo con su respuesta lo que puedo comprender es que para su estudio usted consultó los protocolos de manejo que tenía la IPS que atendió a la señora Clara?.

¹⁹² Data de la práctica del acto quirúrgico.

¹⁹³ **H:02:37:07: Pregunta juzgado:** ¿Cuántas veces?.

¹⁹⁴ **H:02:37:34: Pregunta juzgado:** ¿Y desde el punto de vista terapéutico cuántas veces asistió, de lo que usted recuerda?.

7.5. Pese indicar el Dr. Santamaría que su informe médico se centró en el manejo posterior de la lesión del ciático, pues, de esa forma lo consignó en su versión y en uno de los apartes del documento, en resumen, consideró como desatención a la praxis y normas colombianas en la materia la ausencia de valoración previa en las especialidades de ortopedia y anestesiología¹⁹⁵:

“TERCERO: El suscrito Auxiliar de la justicia, Perito Médico, **no evidencia en los documentos de historia clínica entregados al perito para revisión, la realización de valoración por parte de Médico Anestesiólogo** o de miembro alguno perteneciente al departamento de anestesia del Hospital Universitario Mayor – Mederi, **con el fin de valorar previamente a la paciente para una cirugía electiva de alto riesgo.**” (Se resaltó)

En otro fragmento determinó:

“Respuesta específica: La atención brindada a la señora CLARA BURBANO YEPES, el 22 de enero de 2013, con motivo de la cirugía ortopédica, deja ver el **incumplimiento** total de los **protocolos de atención** vigentes en la República de Colombia y en el Hospital Universitario Mayor - Mederi, sin valoración de tercer nivel de complejidad por cirugía ortopédica y anestesiología (ver historia clínica de ingreso), conformando así violación a la praxis médica e incumplimiento de leyes y normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.” (Se subrayó)

Finalizó:

“Se incumplieron diversas Leyes del Sistema de Salud, como no proceder a comprobar ninguna hipótesis diagnóstica por intermedio de resultados de exámenes paraclínicos adecuados (no se evidencian en la historia), **no realizar interconsulta con médicos especialistas tratantes, no proceder a valorar previamente en ortopedia ni en anestesia.**”

7.5.1. No obstante, cuestionado sobre esto, el Dr. Santamaría relató¹⁹⁶:

“**No señora, no tuve acceso, no las tengo relacionadas entre el material que me fue entregado como historia completa por la parte demandante**, tengo, para esas fechas la atención en otra institución de salud localizada en la localidad de Kennedy para la cual, en la cual trabajaba para atender los pacientes de la Nueva EPS y quienes remitieron la paciente a la, al hospital mayor de la Corporación Mederi.” (Se resaltó)

Completó¹⁹⁷:

“**No señora, eso no está en la historia que me fue entregada como historia completa expedida por el Hospital Mayor.**” (Se resaltó)

7.5.2. A tono con lo anterior, fácil resulta concluir que la historia clínica suministrada por parte del extremo demandante al Dr. Santamaría no estaba en su completitud, más aún cuando, en el caso Burbano Yepes existieron valoraciones previas por ortopedia y traumatología¹⁹⁸ y anestesiología¹⁹⁹, situación distinta a la percepción equivocada del Dr. Santamaría, precisamente, por no contar con una información documental adecuada.

Es más, el Dr. Barbosa Santibáñez así lo atestiguó:

“**Sí señora, el doctor Rueda la vio con antelación e hizo la solicitud, claro que sí, la evaluó desde el punto de vista físico y radiológico porque hay imágenes, también revise las imágenes que están en nuestros archivos y hay radiografías donde se observa que ya tenía una revisión de la cadera contralateral**, la derecha la cual está luxada por lo visto tampoco le fue bien en esa cadera, no sé en qué institución, no recuerdo ahorita (...)” (Se resaltó)

¹⁹⁵ PDF03_2017-437(3raparte), folio 25.

¹⁹⁶ **H:01:33:17: Pregunta abogada Corporación:** ¿Usted indica dentro de su dictamen pericial que la paciente no fue vista por ortopedia previo a la cirugía que fue practicada en enero de 2013 ni tampoco por anestesiología, usted no tuvo acceso doctor a las historias clínicas de las consultas realizadas los días 13 de febrero de 2012, permítame un segundo doctor que pena, sí, consultas del 13 de febrero de 2012 a las 19:26 horas, mediante la cual la paciente fue valorada por ortopedia y ordenó un RX de cadera y además, de eso fue vista posteriormente en una nota del 17 de octubre de 2012 de ortopedia, usted nos puede indicar si tuvo acceso esas notas médicas?.

¹⁹⁷ **H:01:34:57: Pregunta abogada Corporación:** ¿Doctor usted no tuvo acceso a una valoración preanestésica realizada el 28 de noviembre de 2012 a la historia clínica realizada por Margarita Corredor Ruano?.

¹⁹⁸ **Consultar** historia clínica: **Ortopedia:** PDF03_2017-437(4aparte), folios 376-378; 466-471.

¹⁹⁹ **Consultar** historia clínica: **Anestesiología:** PDF03_2017-437(4aparte), folios 379-384.

7.6. El Dr. Santamaría, en su opinión médica, calificó de **inseguro**²⁰⁰ el procedimiento a que fue sometida Burbano Yepes, sin embargo, aclaró en su versión²⁰¹ que el *–procedimiento inseguro–* no hace referencia al acto quirúrgico como tal, en cambio sí, a la realización de los procedimientos de seguridad, en específico, resaltó el relacionado con la atención a la paciente.

En ese orden, se concentrará este juzgador en este punto del dictamen, precisamente, porque conforme se ilustró en el numeral 1.2., de la parte de antecedentes, varios fueron las aseveraciones postoperatorias presumiblemente desatendidas:

7.6.1. Respecto a las respuestas a las preguntas 4.3.1. y 4.3.2., en lo relacionado con la violación de la *lex artis* por la ausencia de valoraciones previas por anestesia y ortopedia, como se consideró no tiene asidero jurídico.

7.6.2. Resulta de relevancia comprender, conceptual y médicamente, qué debe entenderse por la lesión del ciático poplíteo externo y cómo debe tratarse:

(a) Teniendo claridad de la ubicación del nervio principal y sus vertientes, así como los tipos de abordaje en una cirugía como la practicada a Burbano Yepes, es preciso recordar que él, tiene un sistema motor y sensitivo, en esta eventualidad, se afectó la primera de las mencionadas, esto es, la función motora y, la detección se percibe por la pérdida de la dorsiflexión y hace pie caído.

(b) En Burbano Yepes no existió ruptura en el sentido literal²⁰² de la palabra, la lesión se definió como una neuropaxia del nervio ciático poplíteo externo²⁰³, es decir, un compromiso motor por múltiples consecuencias posibles, *v. gr.*, maltrato con separadores, alargamiento, tracción, comprensión muscular, etc., en fin, es **idiopático**.

Aquí dígase, no asistirle razón al Dr. Santamaría cuando impávidamente manifestó que no existió una explicación a la paciente dejando atestación de entendimiento por parte de quien recibió la información y por eso el galeno concluyó en su estudio un pertinaz ocultamiento del hecho a Burbano Yepes:

Contextualizó el Dr. Santamaría:

“(…) que hubo un ocultamiento del hecho a la paciente, es muy probable que me haya faltado esas tres palabras, “a la paciente”, bueno que no hubiera sido a la paciente, que se lo hubieran dicho al representante legal, no sé tal vez el esposo, el hijo, el que fuere, también se le hubiera podido decir, pero de eso en las leyes médicas, especialmente, en la ley 23 de ética médica y en todas las demás que vienen después **queda muy claro de que eso hay que dejarlo plasmado por escrito con correcta identificación de a quién se le da y dejando constancia de que a la persona que se le explica se le debe dejar que haya entendido y haya permitido que se le explique y que haya entendido e interiorizado esa información, entonces, ese es el sustento de ese párrafo que está allí.**” (Se resaltó)

Añadió:

“(…) a pesar de todos los dichos o los documentos diferentes a la historia clínica que puedan haber salido, **nunca se le explicó ni se le comunicó la lesión que tenía sino algo muy somero que no quedó por escrito en la historia clínica mmm que le explicó el médico que le dio la salida (…)**”.

²⁰⁰ “(…) la paciente fue llevada a procedimiento inseguro y afectante hacia la vida y funciones primordiales…”.

²⁰¹ **H: 01:36:23:** Intervine juez: ¿Doctor se la voy a poner en contexto para que, hay como 3 partes, pero voy hacer referencia a una, es que no está numerada pero es en el punto de las respuestas que usted denominó como 4.4., en el 4.3.1., al final en el último párrafo, es decir, antes del 4.3.2, en el último párrafo, se lo voy a leer, dice ‘Clara Burbano Yepes con motivo de programación para cirugía electiva del sistema osteoarticular recibió atención intrahospitalaria en el Hospital Universitario Mayor Mederi con pagador Nueva EPS S. A., la cual no fue adecuada por las fallas consideradas en párrafos anteriores, la paciente fue llevada a un procedimiento inseguro y afectante hacia la vida y funciones primordiales’ y aquí es donde viene la palabrita, ‘…dejando además una lesión que era prevenible, previsible e irreversible en un sistema periférico?’. **Contestó:** “Perdón e irreversible, bueno perfecto, entonces, la abogada pregunta con respecto a eso qué es, perdóneme”; **H: 01:38:18: Pregunta juzgado:** ¿La pregunta es, cuál es el sustento médico y protocolario del cual usted llega a la conclusión que le acabe de leer?’. **Contestó:** “Sí señor, como ustedes pueden observar en el informe pericial que presenté, **en ninguna de sus partes o apartes, se está poniendo en duda ninguna de las técnicas quirúrgicas ni la necesidad de haberle realizado la cirugía que le fue realizada a la paciente**, lo que estoy diciendo en esto, en este exacto párrafo **es que la atención, como dice en esa pregunta, no fue la adecuada porque se pudieron encontrar por esta auditoría médica, se pudieron encontrar fallas sobre todo en la realización de los procedimientos de seguridad.**” (Se resaltó y subrayó)

²⁰² **RAE:** (f) Acción y efecto de romper o romperse.

²⁰³ Dice la historia clínica: “PACIENTE CON NEUROPRAXIA DEL CIÁTICO IZQUIERDO POSTERIOR A REVISIÓN…”. PDF03_2017-437(4aparte), folio 475.

Claramente, el Dr. Rueda Escallón el 23 de enero de 2013 según nota de 12:05²⁰⁴ le explicó a Burbano Yepes la complicación de la neuropraxia debido a la complejidad de su patología e inherente al procedimiento quirúrgico, de igual forma, el Dr. Mauricio Lelarge Gómez²⁰⁵, ortopedista y traumatólogo, el 26 de enero de 2013²⁰⁶ además de exponerle a la paciente el proceso de la neuropraxia, de igual manera, le aclaró la necesidad de realización de terapias ordenadas, incluso, la posibilidad de fallo de la cirugía, infecciones y/o reintervenciones.

El Dr. Arbeláez²⁰⁷ con apoyo en el récord clínico concluyó que en el caso de Burbano Yepes se cumplió con el protocolo de manejo establecido para esta clase de lesiones²⁰⁸, entre tales, la “*explicación clara*” a la paciente de las características de la lesión, su pronóstico y manejo, sin olvidar que aquella tenía pleno conocimiento de dicho diagnóstico y, por supuesto del tratamiento, pues, estuvo hospitalizada cuatro (4) días y, en esa estadía²⁰⁹ varios fueron los cumplidos médicos realizados de abordaje posterior en esta parte motiva.

(c) A efectos de hacer claridad de la historia clínica de cirugía²¹⁰ se provee la siguiente información:

#	FECHA	22/01/13
1	Organización	Mederi
2	Paciente	Clara Burbano Yepes
3	Responsable	Nueva EPS S. A.
4	Acto quirúrgico	1
5	Fecha de ingreso al Quirófano	22/01/13 7:30 SALA 10
6	Fecha – Hora Inicio Cirugía	22/01/13 8:10
7	Fecha – Hora Inicio Anestesia	22/01/13 7:50 / Responsable: CARLOS F. ESCOBAR MORAD ²¹¹
8	Paciente	Hospitalizado
9	Técnica Anestésica	Regional
10	Consentimiento Informado	Si.
11	Profilaxis Quirúrgica	Si
12	Entrega a Recuperación	22/01/2013.10:47/Responsable: CARLOS F. ESCOBAR MORAD ²¹²

Con esta información es suficiente para entender los tiempos de inicio y final del acto quirúrgico y, claro está, del procedimiento anestésico, situación totalmente distinta a lo concluido por el Dr. Santamaría²¹³, sin razón válida aparente.

Concomitante, pese describirse como diagnósticos prequirúrgicos los identificados como Q659²¹⁴ y T840²¹⁵, es concluyente que la situación patológica de Burbano Yepes sugería una anatomía anormal, incluso, antes de la primera intervención, precisamente, por el politraumatismo sufrido en el año de 1984²¹⁶, luego, no hay razón para desconocer esa realidad, influyente en su corporeidad, indistintamente que en la nota médica²¹⁷ se haya documentado como “*deformidad congénita de la cadera*”, en verdad, ello ni quita ni pone ley, en relación con el diagnóstico, menos aún, conlleva inexorablemente a un procedimiento inconveniente en la salud de Burbano Yepes, como tampoco un incumplimiento a la *lex artis*.

Expresó el Dr. Rueda Escallón²¹⁸:

“Sí, varias cosas, primero, como dije yo anteriormente, uno no le hace un reemplazo a una cadera normal, sino uno hace un reemplazo a una cadera anormal, entonces, **antes de la**

²⁰⁴ PDF03_2017-437(4aparte), folio 475.

²⁰⁵ Registro 194889936.

²⁰⁶ FECHA:26/01/2013. 07:54. Consultar: PDF03_2017-437(4aparte), folio 483.

²⁰⁷ Respuesta a la pregunta núm. 11.

²⁰⁸ PDF03_2017-437(4aparte), folios 6 y 7.

²⁰⁹ PDF03_2017-437(4aparte), folios 474-487.

²¹⁰ PDF03_2017-437(4aparte), folios 530-536.

²¹¹ Dr. Morad: “Hora de inicio 7:50, ahí es donde yo comienzo mi procedimiento anestésico sí, posteriormente habérselo hecho un consentimiento informado, una profilaxis quirúrgica y con un antibiótico y tener una monitoria completa del paciente (...)”.

²¹² Dr. Morad: “(...) Miren la hora en que entregamos paciente en recuperación 10:47, el transcurso entre recuperación y la sala, serán 7 minutos, la cirugía pudo acabar entre las 10:30 y las 10:40”.

²¹³ “NO se encuentran registrados los datos básicos: Fecha de salida del quirófano, Fecha- Hora Fin de Cirugía, Fecha- Hora Fin Anestesia, situaciones que constituyen, para este dictamen, violaciones y/o transgresiones a la Resolución 1995 de 1999 y Ley 23 de 1981.”

²¹⁴ DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA.

²¹⁵ COMPLICACIÓN MECÁNICA DE PROTESIS ARTICULAR INTERNA.

²¹⁶ PDF01_2017-437(1aparte), folio 121.

²¹⁷ PDF03_2017-437(4aparte), folio 354.

²¹⁸ H:01:49:12: **Pregunta abogada Corporación:** ¿Podría usted indicarnos en términos sencillos, teniendo en cuenta que no somos médicos, cómo se encontraba la anatomía de la cadera de Clara?.

primera cirugía, las caderas y la región anatómica de la señora, no eran normales, por eso terminó en una cirugía.”. (Se resaltó)

Relató el Dr. Barbosa Santibáñez:

“(…) es de anotar que doña Clara tenía ya lesión del nervio ciático del lado contralateral, **donde ya le habían hecho otra revisión**, parece que ella pues, tiene esta tendencia, decir tendencia podría sonar atrevido y tendencioso, pero, pues, tiene la lesión en ambos lados curiosamente.”. (Se resaltó)

(d) En varias anotaciones el Dr. Santamaría utilizó las siguientes frases: “(…) *durante la cual se produjo iatrogenia al lesionar el nervio ciático izquierdo **en forma irreversible***”, “(…) *dejando además una lesión que era **prevenible, previsible e irreversible** en su sistema nervioso periférico*”, “*la distensión o ruptura total o parcial del nervio ciático provocado por un médico cirujano en un procedimiento quirúrgico programado electivo y limpio de cadera izquierda, es una complicación **severa, esperable, prevenible y previsible,***”.

Como primera medida, es un desatino indicar, sin soporte alguno, que quien produjo la lesión fue el médico cirujano, cuando está suficientemente declarado que esa lesión es de etiología desconocida.

Ahora, el Dr. Santamaría contextualizó las expresiones de su estudio de la siguiente manera:

(1) En cuanto a lo **previsible**, sostuvo que en los textos de ortopedia, se anuncia la posibilidad (porcentajes) de presentarse y por eso le otorgó esa denominación, esto dijo:

“Perfecto señor juez, por eso yo estaba poniendo en contexto lo anterior, la lesión denominada, cualquier lesión de tipo neurológico periférico en este tipo de cirugías es una lesión que está anunciada en la *lex artis*, en los textos de ortopedia y en las, y en los protocolos que cada entidad tiene y maneja, entonces, al estar anunciado que se puede presentar entonces, eso se llama una **lesión previsible**, es previsto que se puede anunciar, también está allí muy claramente en qué porcentajes de posibilidad se pueden presentar, está a través de todo el proceso que se ha llevado a cabo en su despacho, **entonces, ahí lo previsible** (…)”.

(Se resaltó)

Hasta aquí pese no enunciar los textos consultados y más bien remitirse a los protocolos de manejo²¹⁹, pues, es plana tal afirmación, en cambio robusta la identificada en los otros informes periciales y en las versiones de los especialistas, sin embargo, es armónica entre sí, en el sentido que la lesión del ciático era **un riesgo inherente**.

(2) En relación con lo **prevenible**²²⁰, nada distinto se aporta a lo que explicaron los especialistas en ortopedia y traumatología, *v. gr.*, es una complicación inherente al procedimiento y ante todo conocida previamente, así se actúe con mayúsculo cuidado.

(3) Donde sí existe cierta discrepancia es en lo **irreversible** y aquí es importante dilucidar, palmariamente, los tratamientos futuros de cara a la tipología de la lesión, pues, también se están cuestionando y está íntimamente relacionado con la expectativa de recuperación de Burbano Yepes.

En este punto, tenemos lo siguiente:

²¹⁹ H: 01:44:10: **Pregunta juzgado: Solamente para claridad de su respuesta** ¿Usted le puede indicar a la audiencia cuáles son los textos de ortopedia donde se consigna que la ruptura del nervio ciático es prevenible, previsible e irreversible?. **Contestó:** “No señor, porque yo no soy ortopedista se lo puedo decir que se encuentran es, en los protocolos de manejo de las enfermedades más comunes y entre ellos, eh, en los protocolos que se tienen adaptados en cada una de las IPS que prestan este tipo de servicios.”.

²²⁰ **Dr. Santamaría:** “(…) también dentro de los protocolos médicos es prevenible, cómo se previene, **nadie está diciendo que se va a prevenir en ciento por ciento, sino ellos, los ortopedistas, los operadores que vayan hacer la situación primero previenen** con una excelente valoración de anestesia, para que no vaya haber ninguna lesión asociada y en cuando a la **lesión neurológica** es la colocación de los campos y de los elementos de protección, así como la utilización del material adecuado por parte de un personal idóneo y adecuado, **cuando esas lesiones se presentan a pesar de ser previstas y que se haya hecho lo necesario para prevenirla, se pueden seguir presentando y se llaman lesiones o complicaciones inherentes al procedimiento**, también están los números, las estadísticas exactas de cuántas veces se puede presentar aproximadamente.”. (Se resaltó)

a) El Dr. Santamaría concluyó que las células nerviosas una vez lesionadas no se reproducen o no hay manera de repararlas, en sus palabras *“si se le hace una lesión a una estructura construida de neuronas no hay manera de repararlas o de ponerle neuronas nuevas para que se conecten y vuelvan a transmitir la electricidad que va a través de ellas, no hay manera en la medicina del siglo XXI de reponer neuronas...”*, claramente, ese es el sentido de lo que él denominó *“irreversible”*, en sí, dispuesta la lesión la funcionalidad del nervio ciático se hace imposible²²¹.

b) El Dr. Arbeláez presentó una respuesta en el entendido que la lesión de Burbano Yepes es motora, es decir, no hay dorsiflexión²²², pero *“nadie le cortó el nervio, nadie le rompió, eso no...”*²²³; en adición, estimó que la lesión no puede calificarse como *“irreversible”*²²⁴, pues, muchos pacientes, dependiendo de la magnitud del daño, pueden recuperarse.

c) Básicamente, la lesión de Burbano Yepes no era impeditiva para que caminase, tal acontecer está suficientemente documentado:

(1) El Dr. Arbeláez fue explícito en que el manejo de la lesión comienza con una explicación clara a la paciente de las características de la lesión y su pronóstico, en tanto, dicho proceder se cumplió como a espacio atrás se consideró.

(2) El Dr. Arbeláez concluyó que no existe imposibilidad de caminar en Burbano Yepes, solamente que, debe hacerlo con apoyo en una férula especial OTP, además, de la medicación, fisioterapia especializada, fisioterapia y rehabilitación, amén que, no requería continuar en hospitalización por el riesgo de una infección nosocomial, luego, por protocolos las estadías son cortas y en todo caso *“ella puede caminar con una lesión del ciático poplíteo externo sin problema usando esa férula OTP.”*²²⁵.

²²¹ H: 02:25:37: **Pregunta juzgado:** ¿Doctor Santamaría yo quiero que le aclare a la audiencia por qué usted manifiesta, en varios apartes de su estudio, que la ruptura del nervio ciático que le ocasionó a la señora Clara es irreversible?. **Contestó:** “Bueno, no pues porque yo lo diga señor juez, es por la lex artis y la experiencia de la medicina, cuando, a ver, **los nervios están hechos de unas células que se llaman neuronas o células nerviosas, la característica de las células nerviosas especialmente ellas, es que ellas no se reproducen una vez son muertas o lesionadas, entonces, si se le brinda, si se le hace una lesión a una estructura construida de neuronas no hay manera de repararlas o de ponerle neuronas nuevas para que se conecten y vuelvan a transmitir la electricidad que va a través de ellas,** no hay manera en la medicina del siglo XXI de reponer neuronas, entonces, si lesionamos en este específico caso las que van constituyendo el nervio ciático pues, ella, no hay manera de volverlas a conectar y de eso depende el tratamiento que se le vaya a brindar, el cual no es devolverle la función al nervio ciático en este específico caso, porque eso es imposible al no poder regenerar o reemplazar las neuronas por otras, entonces, queda una lesión que en el transcurrir del tiempo no va a revertir a como era el funcionamiento del nervio anteriormente.”. (Se resaltó)

²²² H:01:25:40: **Pregunta juzgado:** ¿Lo que yo le puede entender cuando usted habla de dorsiflexión es doblar estirar?. **Contestó:** “Sí, el pie, es decir, el pie tú tienes que subirlo y bajarlo, eso es lo único que ella perdió este movimiento hay una férula que le ayuda hacer esto cuando ella camina para que no chancoteé el pie y utiliza una férula OTP y su calidad de vida es muy buena.”. **Consultar estudio del especialista, especialmente, las respuestas a las pregunta núm. 7.**

²²³ H: 01:23:42: **Pregunta juzgado:** Le voy a leer otra nota ¿usted me dice si está de acuerdo, en caso positivo, si estoy de acuerdo por esto, no estoy de acuerdo por esto?. “La distensión o ruptura total o parcial del nervio ciático provocado por un médico cirujano es un procedimiento quirúrgico programado, electivo y limpio de la cadera izquierda, es una complicación severa, esperable, prevenible y previsible”. **Contestó:** “Hay están volviendo a decir lo mismo y no, es decir, primero que todo el nervio señor juez tiene una parte sensitiva y una parte motora, la sensibilidad de la paciente tiene que estar muy bien, el problema de ella es motor sí, la sensibilidad da dolor, el motor hace que mueva, no hay una respuesta motora para que haya dorsiflexión del pie pero nadie le cortó el nervio, nadie le rompió, eso no, hay unas electromiografías que ya deben estar en los controles hoy en día y viendo fue una exonegnesis o una paresia o qué paso, sí, pero nada eso, repito, es predecible desde antelación y mucho menos pensar que sea algo digamos buscado no, es una complicación inherente al tipo de caso, el caso presenta esa complicación porque no es que el médico va a pretender lesionar el nervio o no es que el paciente no siguió los cuidados, son casos inherentes, nos subimos a un avión y el riesgo de que se caiga es uno en millones pero se caen, eso es lo mismo, esto es una complicación y no es catastrófica ni tan grave señor juez hay más graves como una infección donde perdió, puede llegar a perder la pierna o una lesión arterial donde sí puede perder la extremidad sí, y complicaciones mayores, de tantas complicaciones que puede haber, está es una complicación pero no es la más grave dentro de este tipo de cirugías.”. (Se resaltó)

²²⁴ H: 01:20:35: **Pregunta juzgado:** ¿De acuerdo con su respuesta yo le voy a hacer lectura de un aparte de un estudio, usted me dice si eso es correcto en el caso de Clara, “la paciente fue llevada a un procedimiento inseguro y afectante hacia la vida y funciones primordiales”?. **Contestó:** “Nunca”; H: 01:20:57: **Pregunta juzgado:** ¿Continúo y esto tiene que ver con una pregunta que le formulé anteriormente, “dejando además una lesión que era previsible, prevenible e irreversible en un sistema nervioso periférico”?. **Contestó:** “Totalmente en desacuerdo en los tres.”; H:01:21:18: **Pregunta juzgado:** ¿Por qué?. **Contestó:** “Tampoco es irreversible, hay muchos pacientes que se recuperan todo depende de la magnitud del daño que haya sufrido el nervio pero puede ser por tracción por muchas causas.”. (Se resaltó)

²²⁵ H: 00:39:41: **Pregunta apoderado Demandante:** ¿Cómo explica que la señora haya salido en silla de ruedas y no por sus propios medios?. **Contestó:** “Bueno, haber normalmente los pacientes se quedan en una hospitalización de ésta, si hubiese algún tipo de complicación diferente, cuando son este tipo, entre comillas, **lesiones nerviosas que pueden haberlas sólo por distracción y que el nervio se va a recuperar, no se justifica dejarlos hospitalizados porque el riesgo de infección aumenta, en los hospitales hay gérmenes que se llaman nosocomiales,** están entrando y saliendo pacientes bajos de defensas como otro tipo de patología, la cirugía de reemplazo articular es una cirugía bastante reglada y para minimizar los riesgos, las estancias tratamos de que sean cortas, tanto que hoy en día se están dando de alta a los pacientes entre el mismo día y al día siguiente, en ella se estuvo el tiempo normal y lo demás siempre se maneja por fisioterapia, fisioterapia y rehabilitación, que la hayan sacado en silla de ruedas el paciente pudo haber salido en sillas de ruedas simplemente porque todavía no se sentía con la suficiente fuerza para caminar con un caminador o por indicación del médico si quiere proteger su cirugía, yo puedo hacer un reemplazo de cadera o revisión y puedo decirle al paciente no quiero que apoye durante seis semanas hasta que ese hueso mejore y eso no tiene ningún problema en que salga en una silla de ruedas, **aunque esa parte creo que no, no altera en nada lo que estamos hablando de la lesión del nervio, ella puede caminar con una lesión del ciático poplíteo externo sin problema usando esa férula OTP.”; H: 00:39:03: **Pregunta apoderado Demandante:** ¿Pero**

(3) El Dr. Barbosa Santibáñez, igualmente, informó, en lo básico, que el manejo de la lesión está dirigido al mantenimiento de los rangos de movimiento del tobillo con una fórmula de ortesis tobillo–pie resortada, cuya función es ayudar a que el pie quede en neutro, luego, esa férula permite caminar (dorsiflejar y plantificar)²²⁶; incluso, lo normal en esa tipología de lesión es que la plantiflexión queda activa y lo que se perjudica es la dorsiflexión²²⁷, empero, la ortesis es lo recomendado, adicionalmente, se usa anti-inflamatorios, terapia física y un seguimiento juicioso en consulta externa²²⁸, en todo caso, son lesiones de muy poca regeneración.

(4) El Dr. Barbosa Santibáñez también habló de la necesidad de hacer estudios para dar un diagnóstico preciso, con repetición periódica para avisar si se presenta algún signo de recuperación²²⁹.

(5) El Dr. Barbosa Santibáñez, acentuando lo del manejo, también habló de muletas y caminador, pero concluyó que esos artefactos son como para el dolor posoperatorio que no, para pío caído, pues con la férula OTP puede desplazarse, esto dijo:

“El manejo que hace el doctor Rueda es el adecuado, de pronto a mí se me había pasado por alto, las muletas o el caminador para ayuda, pero es más, las muletas y el caminador es más por el tema del dolor posoperatorio que por el pío caído, en sí, **porque un paciente con pío caído y con su órtesis OTP o férula OTP puede caminar sin ningún problema.**” (Se resaltó)

(6) El Dr. Santamaría, pese no ser persona especializada en ortopedia y traumatología coincide con los expertos, líneas atrás reseñados, en el manejo de férula OTP y fisioterapia para fortificar el músculo²³⁰:

“No hay manera de reparar el nervio ciático, lo que hay manera es de mitigar las secuelas, o sea, las consecuencias, en este caso musculares de apoyo y de movimiento que un ser humano tenga que sufrir después de una lesión de nervio ciático, la primera de ellas es una explicación clara, contundente y que quede registrada de que se le ha explicado a la persona, en algunos casos a los familiares por los cuales se, esa persona ha empezado a sufrir la lesión irreversible del nervio ciático, y luego, **le colocan ayudas a los músculos y a las demás estructuras de ese miembro inferior como son férulas, que ellos las denominan OTP, les hacen fisioterapia para fortalecer los músculos** a los cuales no les está llegando la, el impulso eléctrico nervioso pero que, se vuelvan fuertecitos para que sirvan por lo menos para que estén allí puestos y no tener que quitar ese miembro inferior, pero pensar que va haber una curación, una reversión a como ese miembro inferior dirigido por el nervio ciático funcionaba eso no es posible.” (Se resaltó)

(7) El Dr. Rueda Escallón sobre el tratamiento inicial afirmó que era meramente expectativo²³¹ y que, la paciente podría caminar, en todo caso, Burbano Yepes sin la lesión muy posiblemente debía utilizar de por vida apoyo en caminador o en muletas²³²:

usted nos estaba diciendo hace un momento que el resultado se daba al día siguiente de la cirugía?. **Contestó:** “El resultado no, el hallazgo porque es que a ella se le cambió una prótesis y una prótesis hay muchos factores sí, hay que ver cuánto se alargó la pierna, hay que ver qué paso, hay que ver qué siente el paciente, son muchos factores, lo que se notó es que, al no haber dorsiflexión del pie se sospecha una lesión del nervio ciático, específicamente el nervio ciático poplíteo externo **y uno empieza el manejo, controla su cadera, controla que no se infecte, que pueda caminar el paciente y le pone una férula a esperar que el nervio se recupere, eso es un posoperatorio normal.**” (Se resaltó). **Consultar informe médico del Dr. Arbeláez, especialmente, la respuesta a la pregunta núm. 11.**

²²⁶ **Pregunta abogada Corporación:** ¿Usted podría cuál es el manejo que se da a un posoperatorio como el realizado a la señora Clara, teniendo en cuenta que usted indicaba que presentó digamos la, se evidenció la neuropraxia al día siguiente. Cuál es el manejo que se debe dar a este tipo de hallazgos en un posoperatorio?. **Contestó:** “Bueno, el manejo es un manejo general y va dirigido a mantener digamos los rangos de movimiento del tobillo, que es el que se afecta principalmente porque hace pie caído, entonces, **se debe formular una ortesis o férula tobillo-pie resortada que ayuda a que el pie quede en neutro, teniendo en cuenta que neutro es la posición cuando una se encuentra de pie sin caminar, y esa ortesis le permite a uno caminar y ella le deja dorsiflejar o sea, echar el antepié hacia arriba y le permite plantificar, o sea, echar el pie hacia abajo sino le hace fuerza.**” (Se resaltó)

²²⁷ **Dr. Barbosa Santibáñez:** “Porque, normalmente, en estas lesiones, la plantiflexión persiste, queda activa, lo que queda dañada es la dorsiflexión.”

²²⁸ **Dr. Barbosa Santibáñez:** “...entonces, se usa la órtesis, se usa los anti-inflamatorios, la terapia física y se debe hacer un seguimiento juicioso durante la consulta externa...”

²²⁹ **Dr. Barbosa Santibáñez:** “...y los controles de la paciente con estudios electro-miográficos y de neuro-conducción, el primero debe tomarse hacia la tercera semana, los estudios que se hagan antes no son tan sensibles para dar el diagnóstico preciso y se debe volver a repetir en 3 meses para ver si hay algún tipo de recuperación.”

²³⁰ **H: 02:27:52: Pregunta juzgado:** ¿Entonces, de acuerdo con su respuesta, cuál sería el manejo para mitigar esa secuela de ruptura del nervio ciático?.

²³¹ **Dr. Rueda Escallón:** “...como le repito, el tratamiento inicial es expectativo, porque en un buen porcentaje recuperan rápidamente”.

²³² **Pregunta apoderado Demandante:** ¿Entonces, de acuerdo a su respuesta, cómo usted nos puede acreditar que la señora llegó caminando y salió en silla de ruedas?.

“Pero ella ha podido salir caminando, la lesión del ciático poplíteo externo no nos permite no caminar, cierto, y tiene que durar un buen tiempo después de la cirugía, sin apoyar adecuadamente la pierna porque como vimos es la radiografías se le colgó una inmensa cantidad de injerto óseo y antes de ponerlo a soportar peso hay que esperar tiempo mucho tiempo antes de esto. Definitivamente, así no tuviéramos la lesión del ciático poplíteo externo la limitación y la necesidad de uso de caminador o muletas yo creo que es para el resto de la vida.”.

(8) El récord clínico arroja la siguiente información en el manejo posoperatorio:

#	DETALLE	
	Organización	Mederi
	Paciente	Clara Burbano Yepes
	Responsable	Nueva EPS S. A.
1	FECHA/HORA	23/01/2013 12:01
	Objetivo	PIE CAÍDO CON IMPOSIBILIDAD PARA LA DORSIFLEXIÓN. PACIENTE CON NEUROPRAXIA DEL CIÁTICO IZQUIERDO.
	PLAN	REQUIERE FISIOTERAPIA, CONTROL ANALGÉSICO. ORDEN DE FÉRULA OTP y MULETAS.
	Profesional	Guillermo Rueda -Ortopedia y Traumatología.
2	FECHA/HORA	23/01/2013 12:18
	PLAN	SE INDICA REHABILITACIÓN FÍSICA. ANALGESIA
	Profesional	Sandra Milena Flórez Fonseca -Medicina General.
	FECHA/HORA	23/01/2013 15:17
	Análisis	Paciente presenta pie caído, fuerza muscular global de 4/5.
	PLAN	Isométricos de miembros inferiores 2 series de 10 repeticiones. Ejercicios activos de flexo-extensión de rodilla bilateral. Se dan indicaciones y recomendaciones.
	Profesional	Andrea Viviana Avendaño Rodríguez -Fisioterapia.
3	FECHA/HORA	24/01/2013 7:15
	Análisis	SE APRECIA COMPROMISO DE NERVIOS CIÁTICOS / NEUROPRAXIA. CONTINÚA CON TERAPIA FÍSICA. ANALGÉSICOS. MANEJO CON CLÍNICA DEL DOLOR, USO DE FÉRULA OTP
	Profesional	Diego Hincapié Castro -Ortopedia y Traumatología.
4	FECHA/HORA	24/01/2013 9:03
	Subjetivo	NEUROPRAXIA DE NERVIOS CIÁTICOS. PACIENTE REFIERE MEJOR CONTROL DE DOLOR. HA REALIZADO TERAPIA FÍSICA SIN COMPLICACIONES. MANIFIESTA PREOCUPACIÓN POR PIE IZQUIERDO CAÍDO.
	Análisis	CONTINUA ANALGESIA COMPLEMENTARIA.
	PLAN	SUSPENDER ANALGESIA POR CATETER PERIDURAL Y SE RETIRA. ADICIONAR TRAMADOL 50 MG IV CADA 8 HORAS. CONTINUAMOS PENDIENTES.
	Profesional	Oscar Camargo Pinzón -Clínica Dolor.
5	FECHA/HORA	24/01/2013 10:21
	Subjetivo	FISIOTERAPIA, NEUROPRAXIA DEL CIÁTICO. Se realiza cepilleo (sic) y golpeteo sobre musculatura dorsiflexora. Propioceptivos, isométricos de miembros inferiores, flexo-extensión rodilla. No se realiza marcha y se deja sedente en silla. Se dan indicaciones y recomendaciones a paciente y familiar.
	PLAN	
	Profesional	Andrea Viviana Avendaño Rodríguez -Fisioterapia.
6	FECHA/HORA	24/01/2013 12:32
	Subjetivo	PACIENTE CON DOLOR CONTROLADO CON ANALGESIA
	Análisis	SEGUIMIENTO ANALGÉSICO Y REHABILITACIÓN FÍSICA. CONTINÚA TERAPIA FÍSICA, ANALGÉSICOS, MANEJO CLÍNICA DOLOR. USO DE FÉRULA OTP.
	PLAN	ANALGESIA, REHABILITACIÓN FÍSICA, CONTINÚA HOSPITALIZADO.
	Profesional	Sandra Milena Flórez Fonseca -Medicina General.
7	FECHA/HORA	25/01/2013 7:26
	Análisis	CONTINÚA REALIZACIÓN DE TERAPIA FÍSICA. MANEJO DE CLÍNICA DEL DOLOR DE TIPO NEUROPÁTICO. EN ESPERA DE OTP ORDENADA, ANALGÉSICOS POSIBILIDAD DE SALIDA HOY TROMBOPROFILAXIS AMBULATORIA POR 28 DÍAS. DECISIÓN EN REVISTA DE SERVICIO.
	Profesional	Ciro Alonso Tovar -Ortopedia y Traumatología.
8	FECHA/HORA	25/01/2013 11:39
	Análisis	Movilidad de rodilla izquierda conservada. Disestesia en cara anterolateral de pierna izquierda, refiere hipoestesia. Estimulación electro-estimulador para dorsiflexores de pie izquierdo. Ejercicios propioceptivos y sensitivos. Ejercicios activos de flexo-extensión de rodilla bilateral. Continuamente se coloca en bipedestación con apoyo en muletas y órtesis. Poca tolerancia a la bipedestación, no se puede realizar deambulaci3n con muletas. Dan indicaciones y recomendaciones a la paciente de cuidados POP.
	PLAN	
	Profesional	Andrea Viviana Avendaño Rodríguez -Fisioterapia.
9	FECHA/HORA	25/01/2013 12:00
	Objetivo	IMPORTANTE LIMITACIÓN PARA LA BIPEDESTACIÓN CON MULETAS. SE COMENTA CASO CON RESIDENTE DE TURNO DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA, QUIEN REFIERE REVALORAR CASO.
	Análisis	LIMITACIÓN DE DOLOR PARA LA REHABILITACIÓN.

	PLAN	REVALORACIÓN ORTOPEDIA ANTE DEFINIR CONDUCTA MÉDICA. JUSTIFICACIÓN PACIENTE CONTINÚE EN HOSPITALIZACIÓN.
	Profesional	Sandra Milena Flórez Fonseca -Medicina General.
10	FECHA/HORA	25/01/2013 16:09
	Subjetivo	CONTINUAR REHABILITACIÓN TERAPIA FÍSICA MANEJO CLÍNICA DEL DOLOR. ESPERA DE FÉRULA OTP PARA MANEJO DE SU PIE CAÍDO. CONTINÚA MANEJO DEL DOLOR. DÍA DE MAÑANA SALIDA CON ORDEN DE TERAPIA FÍSICA EN LO POSIBLE DOMICILIARIA.
	PLAN	LO ANOTADO.
	Profesional	Jaime Humberto Garzón Velandia -Ortopedia y Traumatología.
11	FECHA/HORA	26/01/2013 7:54
	Subjetivo	REFIERE SENTIRSE BIEN. EN EL MOMENTO NO HA TENIDO LA CONSECUCIÓN DE LA FÉRULA OTP. CONTINÚA CON ALODINIA EN REGIÓN PLANTAR Y PÍE CAÍDO.
	Objetivo	
	Análisis	POR ORTOPEDIA SE PUEDE CONSIDERAR SALIDA. MANEJO CON CLÍNICA DEL DOLOR. REALIZACIÓN DE TERAPIAS YA ORDENADAS. DOMICILIARIAS.
	PLAN	LO ANOTADO.
	Responsable	Mauricio Lelarge Gómez -Ortopedia y Traumatología.
12	FECHA/HORA	26/01/2013 11:10
	ANAMNESIS	PROGRAMADO PARA REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA.
	DIAGNÓSTICO Y PLAN	LUXACIÓN DE CADERA. CÓDIGO DX. S730. CONFIRMADO SE PROGAMA PARA CX.
	Responsable	Jaime Arturo Porra Guzmán -Medicina General.
13	FECHA/HORA	26/01/2013 11:20
	CAUSA DE EGRESO ²³³	ALTA HOSPITALARIO
	ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS	CITA DE CONTROL 10 DIAS. MEDICAMENTOS: ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 2, ORAL C/6H POR 7 DÍAS. DICLOFENALCO SÓDICO 50MG GRAGEA 1, ORAL C/12H POR 7 DÍAS. OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 1, ORAL, C/24H POR 30 DÍAS. REHABILITACIÓN: SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA INTEGRAL POR 7. RECOMENDACIONES DE EGRESO.
	Responsable	Jaime Arturo Porras Guzmán -Medicina General.

Así las cosas, para esta célula judicial es palmaria la atención posoperatoria inmediata ofrendada a Burbano Yepes, con apego a la necesidad, diagnóstico, conveniencia, pertinencia y oportunidad requeridas, conclusión acorde con la prueba testimonial científica y los análisis a cuyo interior se estudió ese proceder, *v. gr.*, declaraciones e informe del Dr. William Arbeláez²³⁴, Secretaria de Salud, Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud²³⁵ y Tribunal de Ética Médica de Bogotá, en detalle este organismo concluyó:

“Por otra parte, la paciente fue valorada en el posoperatorio inmediato por el servicio de ortopedia diariamente y por los servicios de fisioterapia y medicina interna, lo que indica que el médico tratante y su equipo fueron acuciosos en el tratamiento posoperatorio. Por consiguiente, no se puede concluir habido negligencia, imprudencia o falta de atención por parte de los médicos tratantes durante el procedimiento y en la hospitalización...”²³⁶. (Se resaltó)

(9) Entra analizar esta sede oficial aspectos como:

(I) Se da de alta sin atender adecuadamente el percance en el nervio ciático, pese la recomendación de la fisioterapeuta sobre la prolongación de la hospitalización.

De la revisión de la historia clínica no hay nota de la Dra. Avendaño Rodríguez en dirección a tal exigencia más allá de 26 de enero de 2013, como tampoco fue pedida su versión que permitiese dar certeza a esta judicatura de dicho hecho; en todo caso, las terapias físicas continuaron, ordenadas²³⁷ por el facultativo Porras Guzmán según registro de egreso. Con todo, se enlistaron 83 autorizaciones de servicio, entre atención domiciliaria por Medicina General, paquete de atención domiciliaria por paciente crónico (mensual) y paquete de atención domiciliaria crónico paliativo (mensual)²³⁸.

²³³ PDF03_2017-437(4aparte), folios 567-603. Notas de 26/012013: (1) Medicación, (2) Controles especiales, (3) Monitoreo básico, (4) Monitoreo neurológico y (5) Escalas **EN ESTADÍA HOSPITALARIA.**

²³⁴ PDF03_2017-437(4aparte), folios 6-8.

²³⁵ PDF03_2017-437(4aparte), folio 75.

²³⁶ PDF03_2017-437(4aparte), folio 86.

²³⁷ Se ordenaron siete (7) sesiones de terapia física integral para realizarlas **domiciliarias. Ver también** PDF03_2017-437(1aparte), folios 165-167.

²³⁸ Ver registro de autorizaciones de enero de 2013 a 22 de marzo de 2019, la mayoría de las atenciones, están centradas en la artrosis de cadera, lesión del nervio ciático, control de la sensibilidad (dolor), provisión de medicamentos, artefactos y servicios, atención domiciliaria y paquete de atención domiciliaria por terapias.

(II) El Dr. Rueda Escallón en visita a la paciente le manifestó que le ordenaría unos días más de hospitalización.

La historia clínica no señala esa impresión médica, lo que se estila es que, en la medida de lo posible y según las circunstancias del caso, se de alta médica lo más pronto posible debido a las infecciones durante la estancia hospitalaria²³⁹.

“Porque no teníamos más que ofrecerle y justificar su hospitalización, conocemos que cualquier paciente entre más tiempo este hospitalizado, más posibilidades tiene de tener otra complicación, también frecuente, más frecuente en las revisiones, como son las infecciones por gérmenes nosocomiales, o sea, aquellos que hay en los hospitales y no en las casas.”.

(III) No se da tratamiento para la invalidez que empezó a padecer Burbano Yepes, así tampoco, se realizó gestión administrativa para la provisión de silla de ruedas y/o aparatos ortopédicos, incluso, ambulancia para traslado a casa.

De acuerdo con la marcación clínica no existe siquiera una nota y/o orden médica que sugiera la provisión de silla de ruedas, aparatos ortopédicos²⁴⁰ o medio de transporte especializado, más aún, cuando varios de los especialistas coincidieron en que la paciente pese su patología y estado posoperatorio podía caminar, con limitación pero lo podría hacer.

En todo caso, no existe gestión administrativa²⁴¹ o de algún otro tipo de Burbano Yepes, para abrigar la posibilidad de suministro de esos servicios a través de los médicos tratantes y que quedase obligada la institución de salud a su provisión, inclusive, en la nota posterior de 3/02/2013 13:09 Burbano Yepes entró por el servicio de urgencias en silla de ruedas según registro de enfermería, empero, no aparece orden de médico tratante en ese sentido²⁴².

De otro lado, no se acreditó probatoriamente que en el tratamiento de la lesión necesariamente, debía haberse ordenado artefactos ortopédicos distintos a la órtesis²⁴³ y/o ayudas complementarias²⁴⁴ para precaver, desde ese horizonte, un posible acto médico defectuoso o inapropiado y su relación causal con los hechos descritos en el libelo genitor.

Por último, tratamiento para la neuropraxia del ciático izquierdo sí se ofrendó desde el mismo momento de su hallazgo en el posoperatorio inmediato según considerandos precedentes a los que, los sujetos procesales deben ceñirse.

(IV) No se dio suministro de medicamentos para los fuertes dolores y se medicaron NO POS.

Múltiples son los registros clínicos de medicamentos e incipiente la argumentación de la parte demandante en este punto, pues, no allegó prueba de cuáles deberían ser los fármacos, científicamente, eficaces para la tolerancia de la función sensitiva en Burbano Yepes, diferente a las órdenes de medicamentos de los facultativos tratantes, por demás abundante de acuerdo con las notas médicas y el aplicativo Cliente–Servidor de Nueva EPS; es más, como objetivamente lo narró el

²³⁹ **Pregunta apoderado Demandante:** ¿indíqueme a este despacho el por qué se autorizó la salida un día después de practicada la cirugía? (NB: De esa manera se hizo la pregunta, pero de acuerdo con la documental y lo aquí motivado, la paciente se dio de alta médica el 26 de enero de 2013.)

²⁴⁰ En notas aparece ordenada férula OTP como tratamiento internacional para la protección de la parte muscular: **H: 00:30:31: Pregunta apoderado Demandante:** ¿Infórmele al despacho por qué en la historia clínica no aparece que la señora Clara Burbano Yepes tenga pie caído?. Contestó: “Bien, en lo que yo revisé en la historia clínica aparece una nota donde el médico al día siguiente habla de que detectan la lesión, le explican lo que significa un pie caído y la sospecha de una lesión nerviosa, este tipo de lesiones nerviosas pueden durar un tiempo, recuperarse o no recuperarse, pero en lo que yo leí en la historia clínica y lo que está muy bien ratificado en mi concepto pericial, que usted tuvo que haberlo leído, ahí explico yo que sí aparece en la historia clínica que en la revista del médico detectó la lesión, le explicó los riesgos a la paciente y le recomendó el tratamiento que es internacional donde le habló de utilizar una férula OTP para proteger la parte muscular.”. (Se resaltó y subrayó)

²⁴¹ PDF03_2017-437(4aparte), folios 643-663. (Obsérvese que en el aplicativo CLIENTE-SERVIDOR – MÓDULO SALUD / NUEVA EPS, NO hay evidencia de solicitud de autorización para silla de ruedas).

²⁴² PDF03_2017-437(4aparte), folio 604.

²⁴³ PDF03_2017-437(4aparte), folios 648 y 651 (Autorización y compra de ortesis).

²⁴⁴ PDF03_2017-437(4aparte), folio 649 (Autorizó compra y suministro de muletas).

facultativo Rueda Escallón si Burbano Yepes vive es porque los medicamentos²⁴⁵ funcionaron²⁴⁶:

“Es que no es para que sangre o no, sino para que no tenga un tromboembolismo pulmonar y **si la paciente está viva, quiere decir, que sí funcionó porque las complicaciones como el tromboembolismo pulmonar son mortales con una alta frecuencia.**” (Se resaltó)

En este aspecto de la atención en insumos, terapias y demás situaciones, la Nueva EPS allegó documentos de cumplimiento de todos y a cada uno de los compromisos con Burbano Yepes ya enunciados en este acápite²⁴⁷, por ende, carga del extremo actor era probar lo opuesto, *v. gr.*, algún tratamiento, en el sentido amplio de la palabra, desatendido y de entidad como para agravar la ya pluricitada lesión, en otras frases, con una adecuada comprobación de los efectos de establecer la causalidad entre el hecho generador y el daño (actuaciones u omisiones), modelo probatorio ajeno a esta causa *petendi*.

Así mismo, los recetados NO POS, *v. gr.*, la pregabalina y demás²⁴⁸, sin duda, es droga y/o servicio que está al margen del Plan Obligatorio de Salud²⁴⁹ como eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), nótese que, en Colombia existe una realidad de restricciones traducidas en la necesidad de que los recursos del sistema de seguridad social se destinen a satisfacer los asuntos prioritarios bajo el sentido del principio de progresividad²⁵⁰, por ende, calificar, apriorísticamente, como actuar inadecuado su formulación no puede traducirse *per se* en un acto alejado de la *lex artis ad hoc*²⁵¹. En efecto, es el *sub iudice*, en lo que atañe a Nueva EPS cumplió con los cometidos propios del Sistema de Seguridad Social de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, oportunidad, calidad y eficiencia frente a la neuroplaxia.

Como complemento, los exámenes de valoración en recuperación se abordará en líneas subsiguientes.

(V) Quedó incapacitada para caminar por sus propios medios y la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá el 1º de noviembre de 2013, le dio incapacidad laboral de 70,5%²⁵².

El documento de folio 232²⁵³, es apenas una certificación del secretario de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D. C. y Cundinamarca, luego, no es constitutiva de nada diferente al resultado de una calificación de pérdida de capacidad laboral de Burbano Yepes. De esa manera, no es constitutiva de un achaque de responsabilidad médica y menos de infracción a la *lex artis*, como tampoco ausencia de tratamiento posoperatorio de la lesión, en suma, no hay relación causal.

Siendo eso así, más allá de eso, no amerita mayor pronunciamiento amén de que, es una página de un certificado, pero se echa de menos el dictamen, los fundamentos de derecho y de hecho, los tiempos, criterios técnicos de evaluación, fecha de estructuración, etcétera, como para tener una mejor visión jurídica²⁵⁴ y entrar a analizarlo en detalle, más aún cuando, se antepone el riesgo inherente de la neuroplaxia del ciático poplíteo *in extenso* analizado y de contera, el tratamiento inmediato y venidero, igualmente, abordado.

²⁴⁵ Medicamentos analgésicos y anti-coagulación profiláctica.

²⁴⁶ **Pregunta apoderado Demandante:** ¿Qué medicamentos se le formularon a la paciente después de darle la orden de alta?; ¿La anti-coagulación tuvo resultados o presentaba sangrado?

²⁴⁷ **Dr. Sierra Forero:** “Lo que fue demandado por parte de la usuaria, en nuestro sistema figura como autorizado, no tenemos órdenes médicas que no se hayan cumplido en su momento, entonces, en ese orden de ideas, la respuesta es que **siempre garantizamos la prestación de los servicios de salud necesarios por la señora.**” (Se resaltó)

²⁴⁸ PDF03_2017-437(1aparte), folio 170.

²⁴⁹ Minsalud.gov.co/lists/medicamentosabril/todos.aspx.

²⁵⁰ En el entendido que las personas puedan disfrutar de un nivel de vida lo más alto posible de atención integral en salud.

²⁵¹ **Consultar:** Sentencia T-742-17, entre muchas otras, donde se aborda la temática de en qué condiciones la negativa en suministrar una prestación por fuera del POS afecta el derecho a la salud de la persona, en sus dimensiones, físicas, mentales o afectivas.

²⁵² En el hecho tanto de la demanda y su reforma se aseveró que la Junta Regional de Calificación, **a raíz de la afectación del nervio ciático**, le dio incapacidad laboral de 70.5%.

²⁵³ PDF03_2017-437(1aparte) y también en folio 65.

²⁵⁴ Ley 100/93 artículo 41; Decreto 917/1999 Derogado por artículo 6º Decreto 1507 de 2014.

En cuanto a la manifestación de incapacidad de movilizarse por sus propios medios, los sujetos procesales deben estarse a lo ya considerado.

(VI) El ortopedista tratante no se hizo responsable del diagnóstico y manejo de la lesión iatrogénica severa e irreversible causada dentro de la cirugía al permitir el ocultamiento del hecho, el encuentro tardío de la lesión y el transcurrir del tiempo para ordenar el único examen que se le realizó a la señora con el fin de comprobar el daño causado.

La conclusión del Dr. Santamaría es irreflexiva y apresurada por cuanto como quedó con suficiencia comprobado la noticia de la lesión fue oportuna y se prohijó su tratamiento no solamente conveniente sino completo.

Itera esta judicatura que lo glosa técnica sobre los estudios de electroconducción y de neuroconducción²⁵⁵ fueron ordenados en tiempo por el médico tratante el 14/02/2013²⁵⁶, cosa distinta es que el resultado es de septiembre de 2013²⁵⁷, pues, debía repararse en la sintomatología descrita desde el día siguiente al acto quirúrgico y el advenimiento del resultado de neuroconducción es una ayuda posterior para mejor *praxis ad hoc* y confirmatoria de la lesión²⁵⁸.

En cuanto la oportunidad, el Dr. Barbosa Santibáñez expresó que esos estudios de control si se realizan antes de la tercera semana no son tan sensibles para el diagnóstico y deben repetirse en (3) meses, coherente versión con la de Rueda Escallón²⁵⁹, por su parte, hay evidencia de registro en la historia clínica²⁶⁰ con la conclusión: **“EL ESTUDIO EVIDENCIA SIGNOS DE LESIÓN RMA EXTRENA (sic) DEL CIÁTICO BILATERAL, ANTIGUA CON REINERVAÇÃO INCOMPLETA EN EL LADO DERECHO Y SEVERA EN EL IZQUIERDO SIN EVIDENCIA DE REINERVAÇÃO ACTUAL.”** (Se resaltó).

Lo visto implica, se itera, un procedimiento ajustado a la *lex artis* frente a una lesión con un tratamiento expectante, cumplidor del protocolo y el resultado de elección²⁶¹ no es generatriz de un actuar inoportuno e impertinente del personal médico.

Con todo, la opinión de Marín Castaño cinco (5) años después registra un reemplazo total de cadera izquierda por prótesis bipolar con adecuada relación de sus elementos, sin signos de aflojamiento y con ruptura del alambre de fijación del vástago, en tanto, la cadera derecha está luxada; de otro parte, la nota del fisiatra Venegas registra actividad denervatoria en dorsiflexores izquierdos; nada nuevo, más allá del estado de las caderas y recuérdese que el reemplazo total de cadera bilateral se inició con la izquierda y la derecha continúa con migración de la copa²⁶².

(VII) Asistencia por psicología y psiquiatría.

Aduce el escrito demandatorio que **“A la señora Clara Burbano Yepes, a raíz de la afectación del nervio ciático, se le tuvo que brindar tratamiento psicológico y psiquiátrico”**. Una razón de más para entender el servicio integral dado a la paciente,

²⁵⁵ Estudios de conducción: Electromiografía.

²⁵⁶ PDF03_2017-437(4aparte), folio 498; PDF03_2017-437(1aparte), folio 170.

²⁵⁷ PDF03_2017-437(1aparte), folios 189-191.

²⁵⁸ Ver nota médica 30 de octubre de 1984. “...clínicamente se trataba de una tromboflebitis y una lesión de Nervio ciático que fue confirmada mediante Electromiografía, que mostró una lesión del nervio ciático con compromiso del C. P. E. (...)”.

PDF03_2017-437(1aparte), folio 121.

²⁵⁹ **Pregunta abogada Corporación:** ¿Teniendo en cuenta que para ese momento se había evidenciado la neuropraxia según consta en la nota, el manejo que se venía dando según se anota en el mismo documento era el pertinente para el estudio de la neuropraxia y para el manejo de la paciente mientras se definía conducta definitiva?. **Contestó:** **“Sí señora, cuando tenemos una lesión neurológica el examen de elección que es la electromiografía antes de tres semanas su respuesta o su resultado pueden ser confundirnos, entonces, la práctica es hacerlo después de tres semanas.”** (Se resaltó)

²⁶⁰ 1. Ausencia de potenciales motores del tibial anterior bilateral, 2. Potenciales motores de tibial posterior normales y 3. Respuesta proximal del tibial anterior derecho de escasa amplitud, ausente en el izquierdo.

²⁶¹ Ver: PDF03_2017-437(4aparte), folio 664.

²⁶² PDF03_2017-437(3raparte), folios 181-183. Registra otro estudio al parecer externo de la U. Bosque tomado aparentemente a la demandante (no registra datos). CONCLUSIONES: SECUELA DE LESIÓN NERVIIO CIÁTICO PROXIMAL BILATERAL CON REINERVAÇÃO INCOMPLETA DE PORCIÓN TIBIAL Y MUY POBRE DE PORCIÓN PERONEAL. ACTIVIDAD DENERVATORIA EN DORSIFLEXORES IZQUIERDOS Y OPINIÓN: LUXACIÓN DE LA PRÓTESIS DE LA CADERA DERECHA CON MIGRACIÓN DE LA COPTA DE LA MISMA EN SENTIDO MEDIAL E INFERIOR

pues, en relación con el trastorno mixto de ansiedad y depresión²⁶³ se le prestó ayuda complementaria partir de la interconsulta de 14/03/2013 como lo reflejan las diferentes notas médicas²⁶⁴.

8. Otras pruebas.

En el plenario se allegan algunas otras pruebas, así:

Informe²⁶⁵ de tasación de perjuicios de Orlando Parra Medina y su testimonio.

Documento²⁶⁶ (índice de Karnofsky) con una puntuación 0/100 con una fecha a mano alzada.

Escritos de tutelas, desacato y decisiones de los Juzgados 56 Penal del Circuito y 23 Penal Municipal con Funciones de Conocimiento, relacionados con derecho²⁶⁷.

Derecho de petición y respuesta de la Coordinadora Jurídica Corporación Hospitalario Juan Ciudad²⁶⁸.

Solicitudes de piezas de la historia clínica y copia de documentos de identificación²⁶⁹, entre otras²⁷⁰.

8.1. Estos documentos adosados como medios de prueba, no requieren una valoración por cuando su horizonte probatorio apuntó a otros objetos suasorios inútiles y respecto del contador público por sustracción de materia no amerita enunciación.

9. Alegaciones finales.

9.1. Es el transcurso de esta parte motiva se abordaron algunos puntos propuestos en la etapa de alegatos de conclusión, lo visto implica entonces, que las partes y sus gestores judiciales deben estarse, en un todo, a esta acápite considerativo.

9.1.1. No es apropiado el argumento de la lucidez de Burbano Yepes en el acto quirúrgico y menos aún, de complicación en el intraoperatorio, como tampoco el ocultamiento de lo acontecido.

9.1.2. Las incoherencias o contradicciones del cirujano y residente no hay tales.

9.1.3. Las infecciones nosocomiales no son una excusa para el alta hospitalario, simplemente, en términos médicos, no había razón para la permanencia en el sitio hospitalario; prueba que exponga lógica y razonadamente lo contrario se echa de menos.

9.1.4. No existe evidencia en el historial médico de trato inhumano o desdeñoso, de ahí, que semejante afirmación carezca de prueba.

9.1.5. En oposición a la presentación argumentativa del apoderado judicial demandante, la prueba, a buen recaudo, acredita una actitud ingente de los profesionales médicos y del garantizador del servicio en las diferentes fases de la atención en salud de Burbano Yepes con abrigo en los fines esenciales del SGSSS, percepción distinta es desconocer el capítulo probatorio analizado.

9.1.6. Los medicamentos NO POS efectivamente fueron ordenados, empero, no genera de suyo una tratamiento impropio.

²⁶³ “(...) síntomas inespecíficos de temblor (sic) asociado a (sic) duelo por antecetdes (sic) de pop de cadra (sic) derecha de enero del presente (sic) año al parecer con comlicaicon (sic) de piec (sic) aido sin posibilidad paa deabulacion (sic) ni bipedestación...”

²⁶⁴ PDF03_2017-437(4aparte), folios 501-504; PDF03_2017-437(1aparte), folios 210-230.

²⁶⁵ PDF03_2017-437(1aparte), folios 14-89.

²⁶⁶ PDF03_2017-437(1aparte), folios 153-155.

²⁶⁷ PDF03_2017-437(1aparte), folios 234-259.

²⁶⁸ PDF03_2017-437(2aparte), folios 16-18.

²⁶⁹ PDF03_2017-437(4aparte), folios 334-344.

²⁷⁰ En gracia de la brevedad no se describen en la providencia.

9.1.7. El trato despectivo y soez, este juzgador no lo encuentra en las diferentes versiones y sí, así lo fuera que no lo es, sería temática de aducción de la prueba que no, de culpa del personal médico y del asegurador en la cuestión litigiosa.

9.2. Burbano Yepes tenía unas dificultades serias en su humanidad, uno de los galenos la tildó de patológica, concuerda esta judicatura con el apoderado judicial de Nueva EPS S. A.

9.2.1. La provisión de silla de ruedas no registra con orden médica.

9.2.2. La neuroplaxia del ciático poplíteo calificó como riesgo inherente advertido en el consentimiento informado y armónicamente las obligaciones de los profesionales de la salud en el *sub lite* son de medios y conveniente fue el esfuerzo científico de los operadores y agentes (médicos, enfermeras, EPS, etc.).

9.3. En cuando a la versación del informe del Dr. Santamaría remítanse a las consideraciones anteriores.

9.3.1. Parte del insumo del Dr. Santamaría versó en la narrativa de Burbano Yepes, punto ya cobijado en esta motiva.

9.3.2. En el posoperatorio inmediato se aprecia la lesión del nervio ciático antes no es posible.

9.3.3. La indicación médica sugería la intervención quirúrgica, primero una cadera y después la otra, por supuesto, trátase de una revisión.

9.3.4. La calificación de invalidez ya se analizó.

9.3.5. Las restantes argumentaciones de la Corporación entiéndase con la motiva, al igual, las llamadas en garantía.

F. La conclusión.

10. Al compás de las premisas anteriores, en el *sub lite* se impone la nugatoria de todas y cada una de las pretensiones de la demanda, en tanto no están acreditados los elementos fácticos y jurídicos, a efectos de establecer la causalidad entre el hecho generador y el daño padecido o, alguna naturaleza de impericia²⁷¹o, ausencia de habilidad técnica o de experiencia científica a modo culpa en el caso Burbano Yepes ni intraoperatorio ni posoperatorio.

10.1. En consecuencia, como los enervantes de «LA ACTIVIDAD MÉDICA CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, EL HOSPITAL ACTUÓ CONFORME LO INDICA LA CIENCIA MÉDICA –INEXISTENCIA DE CULPA, LA LESIÓN DEL NERVIPO CIÁTICO IZQUIERDO ES RIESGO INHERENTE PROPIO DEL PROCEDIMIENTO Y LA MATERIALIZACIÓN DE DICHO RIESGO NO CONFIGURA RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL» guardan estrecha relación en su argumentación con lo motivado respecto de tales aspectos puntuales deviene su prosperidad.

10.2. En igual manera, las de «AUSENCIA DE CULPA DE NUEVA EPS y CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADOR» presentadas por la NUEVA EPS S A.

10.3. Respecto de las «INEXISTENCIA O SOBRE ESTIMACIÓN DE PERJUICIOS, INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD, DADA LA AUTONOMÍA DEL ACTO MÉDICO», no requieren estudio por sustracción de materia, tampoco la objeción al juramento estimatorio.

²⁷¹ Acto médico defectuoso o inapropiado.

10.4. Para terminar, cumple anotar que no es indispensable pronunciamiento sobre las llamadas en garantía y las perentorias propuestas.

10.5. Costas procesales a cargo de la parte demandante y a favor del extremo pasivo en proporciones iguales. (Art. 362-1 CGP)

III. DECISIÓN.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Quince (15) Civil del Circuito de Bogotá D. C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO. DESESTIMAR las pretensiones de la demanda, de acuerdo con lo motivado.

SEGUNDO. DECLARAR PROBADAS las excepciones de «LA ACTIVIDAD MÉDICA CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, EL HOSPITAL ACTUÓ CONFORME LO INDICA LA CIENCIA MÉDICA –INEXISTENCIA DE CULPA, LA LESIÓN DEL NERVIIO CIÁTICO IZQUIERDO ES RIESGO INHERENTE PROPIO DEL PROCEDIMIENTO Y LA MATERIALIZACIÓN DE DICHO RIESGO NO CONFIGURA RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL» propuestas por la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad.

TERCERO. NO EMITIR pronunciamiento sobre las otras excepciones de mérito planteadas por la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad ni de la objeción al juramento estimatorio.

CUARTO. DECLARAR PROBADAS las excepciones de «AUSENCIA DE CULPA DE LA NUEVA EPS y CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADOR» formuladas por Nueva EPS S.A.

QUINTO. NO EMITIR pronunciamiento en relación con las defensas presentadas por la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad y Allianz Seguros S. A., en su condición de llamadas en garantía.

SEXTO. CONDENAR EN COSTAS de esta instancia a los integrantes de la parte demandante y a favor de Corporación Hospitalaria Juan Ciudad y de Nueva EPS S. A., en términos del artículo 365-1 del Código General del Proceso, en oportunidad la secretaría realice la respectiva liquidación e incluya por concepto de agencias en derecho la cifra de \$5'000.000,00. **Porcentajes:** 50% para cada una de las demandadas. (Acuerdo PSAA16-10554/16)

SÉPTIMO. DAR POR TERMINADO el asunto del epígrafe.

OCTAVO. En su momento, **ARCHIVAR** el expediente digital y físico, previa constancia en el software de gestión Siglo XXI y OneDrive.

NOTIFÍQUESE,



ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑÉZ

Juez

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Proceso: 110014003015-2019-00118-00
Demandante: William Perico Riveros
Demandado: Jhon Jairo Valencia García
Asunto: Requerimiento 317 CGP y otros.

Se requiere al extremo actor por el término de treinta (30) días a fin que realice las diligencias tendientes a la notificación, en virtud de la orden señalada en el proveído de 03 de mayo de 2019¹, sin que, por el momento, se haya realizado intento de enteramiento del asunto al ejecutado, so pena de aplicación al artículo 317 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE (2),

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes.

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
Juez

¹ PDF 01 – Auto libra mandamiento pago.

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Proceso: Reivindicatorio
Demandante: Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones
Demandado: Miller Lenguas Zarate
Radicación: 110013103015-2020-00102-00
Asunto: Asuntos Varios.

Primero. Fenecido ampliamente el término del requerimiento efectuado a las señoras Deisy Leonela Bernal Velásquez y Nury Sirley Bernal Velásquez, estas no acreditaron la calidad mediante la cual pretendían hacerse parte dentro de este asunto, en ese sentido, no se emitirá pronunciamiento sobre el particular.

Segundo. Verificado el trámite¹ allegado por parte del Juzgado Treinta y Dos Civil de esta ciudad, se evidencia que no es factible acumular el proceso de la referencia, pues no se cumplen los requisitos contenidos en el artículo 148 del Código General del Proceso, ateniendo que allí el predio objeto de reivindicación es el de folio de matrícula núm. 50S – 274833 y los demandados son los señores Fabiola Gutiérrez, Miguel Ángel Pérez Castro, Angélica María Pérez Gutiérrez y Juan Sebastián Pérez Gutiérrez, en ese entendido, se procederá con el trámite correspondiente

Tercero. Referente a las diligencias de notificación aportadas² al plenario, las mismas no serán tenidas en cuenta, véase que la dirección señalada³ en el libelo genitor fue “Calle 31 sur # 71D – 63” y los actos intimatorios de los artículos 291 y 292 del Código General del Proceso, fueron direccionados a “Calle 31 SUR # 71 D 57”, conforme lo anterior, no serán tenidas en cuenta y la parte demandante deberá proceder a realizar nuevamente las notificaciones.

NOTIFÍQUESE,

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑÉZ
Juez

¹ PDF 009.
² PDF 002.
³ PDF 001 – fl. 72

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Proceso: Divisorio
Demandante: Sonia Luicia Guiza
Demandado: Johan Camilo Sáenz Narváez
Radicación: 110013103015-2020-00180-00
Asunto: Asuntos Varios.

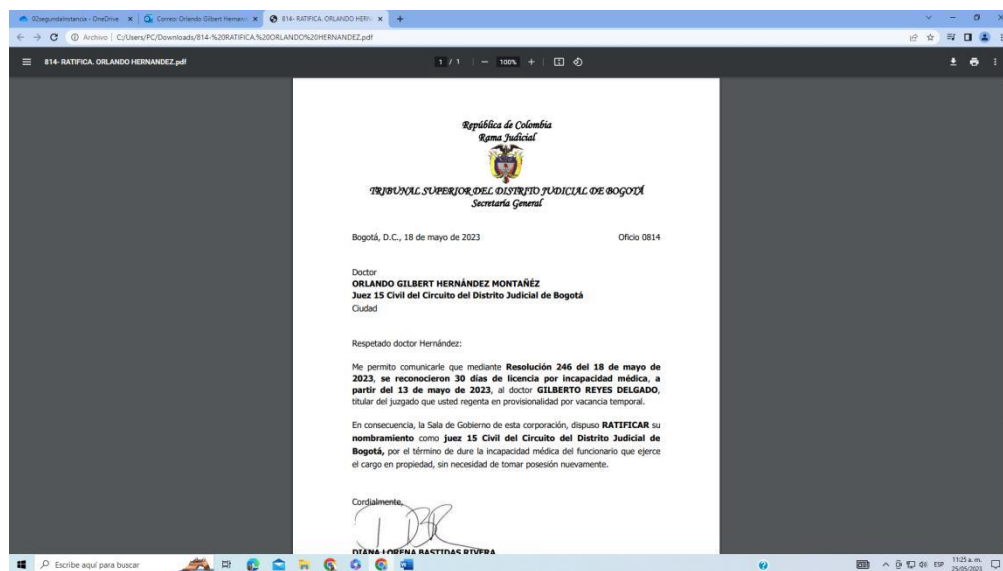
Primero. Verificado el plenario, es necesario manifestar que, como bien es sabido el Juez de primera instancia tiene el término de un (1) año inicial para resolver la instancia, so pena de perder la competencia sobre el asunto, contados desde el recibo en el despacho judicial, empero, como se han presentado varios cambios de jueces entre el año 2022 y 2023, es menester hacer varias precisiones, a juicio de este juzgador el término a que hace referencia en artículo 121 en cita es de carácter personal y subjetivo, en el entendido que el suscrito se posesionó en provisionalidad por vacancia temporal mediante Resolución núm. 63 del 22 de agosto de 2022 y acta de posesión 230 de 2022 con fecha de efectividad 26 de agosto de 2022, por tal hecho, no es posible que se cuente el término anterior, ya que no se podía tramitar por quien ahora funge en calidad de Juez 15 Civil del Circuito.

1.1. La Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación y Agraria, en sentencia de tutela de fecha 18 de septiembre del 2019, STC12660-2019, dentro del radicado T-1100102030002019-01830-00, señaló: “(...) 3.2. De los apartes previamente resaltados, que señalan, de un lado, que quien pierde competencia es «el funcionario» a quien inicialmente se le asignó el conocimiento del asunto, y de otro, que esa pérdida es determinante para la calificación de desempeño de dicha autoridad judicial, es pertinente colegir que el término mencionado no corre de forma puramente objetiva, sino que -por su naturaleza subjetiva- ha de consultar realidades del proceso como el cambio en la titularidad de un despacho vacante-. Conforme con ello, dado el cariz personal del referido lapso legal, cuando un funcionario toma posesión como juez o magistrado de un despacho judicial vacante, por vía general habrá de reiniciarse el computo del término de duración razonable del juicio señalado en el ordenamiento procesal, en tanto resulta desproporcionado mantener el curso del que venía surtiéndose previamente -y sin posibilidad de intervención de su parte-, máxime cuando su incumplimiento es necesariamente tomado en cuenta como factor de evaluación de su gestión. 3.3. Sobre el particular, resulta pertinente recordar la sólida jurisprudencia que viene construyendo la Sala de Casación Laboral de esta Corporación, en la que -con relación al carácter personal del término mencionado- ha sostenido lo siguiente: "De la norma transcrita [artículo 121 del Código General del Proceso], se deriva que en efecto, el legislador determinó una causal de pérdida de competencia, basándose en el trascurso del tiempo para proferir decisión de fondo, lo que quiere decir, que se le otorga a la autoridad judicial un tiempo determinado para que resuelva el asunto que tenga a su haber, so pena de que lo tenga que asumir otro funcionario judicial por la demora en tomar una determinación en los plazos establecidos en la ley, esto con el fin de que se le garantice a las partes dentro de un proceso, un acceso eficaz a la administración de justicia. Por lo dicho, se tiene que la norma refiere a una obligación que recae en el funcionario, al punto que además de la pérdida de su competencia, la norma le adjudica esa circunstancia como criterio obligatorio de calificación,

de lo que se deriva una consecuencia de carácter subjetivo del juez de conocimiento que tiene implicaciones adversas al funcionario, sin atender circunstancias particulares que como en este caso acontece con el cambio de titular del despacho. Lo anterior, llevaría al absurdo de que un juez que llega a desempeñar el cargo faltando escasos días para el vencimiento del término otorgado en la norma previamente citada y que ya hubiere sido prorrogado por su antecesor, le generaría graves consecuencias en su calificación de desempeño por una conducta que no le es endilgarle. También se puede presentar la indeseable consecuencia que genere la pérdida de competencia de manera desmedida, que conlleve a la congestión de los despachos que sigan en turno, ya que no se puede desconocer la actual situación en la que se encuentra la Rama judicial en nuestro país, frente alta carga de procesos que los funcionarios tienen para resolver. Es necesario recordar que el objeto de las nulidades procesales se encamina a que sea una medida de ultima ratio debido a los efectos adversos que ella genera para los usuarios de la administración de justicia y que repercute en una mayor demora en resolver los procesos a su cargo, es por ello que se hace indispensable agotar todos los mecanismos indispensables para evitar una perjudicial medida procesal, tales como las medidas de saneamiento. (...)"

1.2. Ahora bien, como de la referida norma existen varias interpretaciones y en aras de no caer en la nulidad de lo actuado en el presente proceso, el despacho prórroga el término de la competencia de esta Sede Judicial, en el proceso de la referencia, por un (1) año, a partir de la fecha.

1.3. Con todo, téngase en cuenta que dada la incapacidad del juez titular concedida a través de resolución núm. 246 de 18 de mayo del año en curso a partir del día 13 de mayo de los corrientes, se me ratifica el nombramiento como Juez 15 Civil del Circuito del Distrito Judicial de Bogotá por el término que dure la incapacidad médica del funcionario que ejerce el cargo en propiedad.



Segundo. Ahora, de la revisión del trámite se evidencia que no se ha inscrito la demanda en el folio de matrícula inmobiliaria tal y como fue ordenado en el proveído que admitiera 25 de enero de 2021¹ este asunto; así las cosas, se requiere al extremo actor a fin que indique el trámite otorgado al oficio² núm. 0066 de 3 de febrero de 2021, que fuese retirado el 13 de mayo de 2021. Para tal efecto se concede el término de cinco (5) días.

¹ Inciso 3º PDF 07.
² PDF 08.

Tercero. Téngase en cuenta para todos los efectos que el extremo actor no emitió pronunciamiento alguno acerca del traslado del dictamen pericial aportado por el demandado.

Cuarto. Finalmente, en cuanto a la solicitud³ del traslado de excepciones, tenga en cuenta el togado actor que propiamente no fueron presentadas, pues el extremo demandado presentó dictamen pericial al encontrarse en desacuerdo con el aportado con el libelo genitor.

Quinto. Secretaría proceda a remitir el enlace contentivo del expediente al extremo actor, para los fines que estime pertinentes. Déjense las constancias de rigor.

Sexto. Una vez inscrita la demanda, se proseguirá el trámite correspondiente.

NOTIFÍQUESE,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'ORL', is written over a large, dark, scribbled-out area. The signature is positioned above the printed name of the judge.

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
Juez

³ PDF 27 – Solicitud traslado de Excepciones.

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Proceso: Verbal
Demandante: Bancolombia S.A.
Demandado: Proyectos de Ingeniería – PRISPMA –
Radicado: 110013103015-20220-00334-00
Asunto: Resuelve Solicitud Aprehensión.

Primero. Atendiendo el pedimento¹ elevado por el extremo actor, y comoquiera lo peticionado resulta procedente, pues se declararon terminados mediante sentencia de 30 de marzo de 2022, los contratos de arrendamiento núms. 210249, 222280, 234136 y 226250, y por ende fue ordenada la restitución² de la maquinaria objeto de este asunto, se **DISPONE:**

Segundo. Como consecuencia de lo anterior, se ordena la entrega en favor de la entidad demandante, de los bienes muebles descritos³ en los núms. 1 a 20 del libelo genitor.

2.1. Conforme el artículo 43° literal b) del Acuerdo No. PCSJA22-12028 de diciembre 19 de 2022 y ante la creación de cuatro (4) Juzgados Civiles Municipales para la realización de este tipo de diligencias, se comisiona a los **Jueces 87, 88, 89 y 90 Civiles Municipales de Bogotá** (Reparto), para la práctica de la entrega de los bienes muebles antes referidos (Art. 37 CGP). Para la identificación de los bienes muebles la parte deberá incorporar al comisionado los documentos contentivos de la caracterización de los bienes. Indíquese que en el momento de la diligencia o previo a esta el lugar en donde se encuentra ubicada la maquinaria. Líbrese despacho comisorio con los insertos y copias necesarias.

2.2. Por la Secretaría, líbrense los correspondientes oficios a las autoridades competentes en cumplir esta orden judicial y diligénciese directamente por la parte interesada.

NOTIFÍQUESE,

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑÉZ
Juez

¹ PDF 17 – solicitud captura.
² PDF 10 – Sentencia de restitución.
³ PDF 01 – fls. 13 a 14.

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Proceso: Expropiación
Demandante: Agencia Nacional de Infraestructura ANI
Demandado: Nancy Arias Ortiz y otro.
Radicación: 110013103015-2021-00148-00 (antes 2021-00037)
Asunto: Asuntos Varios.

Atendiendo la documental que precede y las actuaciones surtidas dentro del asunto, se **DISPONE:**

Primero. Secretaría remita comunicación con destino al Juzgado Tercero Civil del Circuito de Villavicencio – Meta , a fin que indique el trámite¹ otorgado al oficio núm. 1234 de 18 de octubre de 2022, radicado² en dichas dependencias el 18 de octubre de la pasada anualidad, a fin que se trasladen los depósitos que se encuentren a cargo de esa Sede Judicial.

Segundo. Secretaría dé cumplimiento al núm. 4 del proveído de 17 de mayo de 2022, a fin de inscribir la demanda en el folio de matrícula inmobiliaria. **Oficiese** y tramítense por conducto del extremo actor, déjense las constancias de rigor.

Tercero. Agregar a los autos la contestación³ demanda por parte de la Organización Roa Florhuila S.A.- ORF S.A., quien no presentó oposición al trámite.

Cuarto. Incorporar⁴ a este asunto la cancelación del gravamen hipotecario sobre el predio de folio de matrícula núm. 160 – 46339.

Quinto. Requerir al extremo actor a fin que proceda a realizar las diligencias de notificación de la señora Nancy Arias Ortiz a la dirección electrónica ariasnancy1611@gmail.com, suministrada en pasada oportunidad, cumpliendo con la totalidad de previsiones del artículo 8º de la Ley 2213.

Sexto. Finalmente, en cuanto a la entrega anticipada del inmueble objeto del asunto, deberá acreditarse el pago de la suma señalada en el numeral 5º del auto que admitió este asunto.

NOTIFÍQUESE,

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑÉZ
Juez

¹ PDF 25.
² PDF 26.
³ PDF 27.
⁴ PDF 31.

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio dos mil veintitrés (2023)

Referencia: EJECUTIVO.
Demandante: BANCO DAVIVIENDA S.A.
Demandado: GERMAN TRUJILLO SERRANO.
Radicado: 110013103015 **20210039700**

Visto el informe secretarial respecto a la Liquidación del crédito y de costas practicadas en el proceso¹; el Juzgado, **RESUELVE:**

1. Comoquiera que la liquidación de crédito presentada por la parte ejecutante se ajusta a la realidad², el Despacho le imparte aprobación, en la suma de \$235.452.752.00 M/Cte.

2. Atendiendo el informe secretarial que precede³, se aprueba la liquidación de costas realizada por la secretaria del Despacho visible a PDF 13 del expediente digitalizado.

3. Cumplidos los requisitos del Acuerdo PSAA13-9984 de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura y las modificaciones a éste introducidas, **ORDENAR** a la Secretaría **REMITIR** este expediente a los Juzgados Civiles del Circuito de Ejecución de Sentencias de esta ciudad, para que allí se avoque el conocimiento del mismo y se imparta el trámite a que en derecho haya lugar.

NOTIFÍQUESE,

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTÁÑEZ
JUEZ

¹ PDF 13 LiquidaciónDeCostas
² PDF 14 AportaLiquidaciónCrédito
³ PDF 16 InformeEntrada

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio dos mil veintitrés (2023).

Proceso: Verbal
Demandante: Lucero Martínez y otro.
Demandado: Magda Charleny Gómez
Radicado: 110013103015-2021-00412-00
Asunto: Auto inadmite demanda en reconvención.

Revisadas las solicitudes que anteceden, se advierte a los sujetos procesales que se dispondrá lo pertinente, una vez se admita, de ser el caso, la demanda de reconvención y ambas actuaciones (demandas principal y de reconvención) se encuentren en el mismo estado procesal (inc. 2° artículo 371 del C.G.P).

NOTIFÍQUESE (2),

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'ORL', with a large, stylized flourish above it.

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
Juez

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio dos mil veintitrés (2023).

Proceso: Verbal
Demandante: Lucero Martínez y otro.
Demandado: Magda Charleny Gómez
Radicado: 110013103015-2021-00412-00
Asunto: Auto inadmite demanda en reconvencción.

Se **INADMITE** la anterior demanda para que, en el término de cinco días, so pena de rechazo, su signatario subsane las siguientes falencias de conformidad con el artículo 90 del Código General del Proceso, así:

Primero. Ajuste la solicitud de testimonios conforme lo prevé el canon 212 del Código General del Proceso.

Segundo. Conforme lo dispone el artículo 206 ibidem, preste juramento estimatorio de manera razonada, específica y detallada, respecto de los daños y perjuicios reclamados en la petición 4º del escrito demandatorio. (Art. 82-7 CGP)

Tercero. Aclare y precise las pretensiones de la demanda, puesto que la pretensión 1º se finca en la nulidad absoluta o total del contrato de transacción extraprocesal aportado, sin embargo, en la 2º pretensión se solicita en consecuencia de la primera petición la declaración de la simulación del contrato.

Téngase en cuenta que entre las mencionadas acciones (nulidad y simulación) existen diferencias notorias, entre una y otra, en ese sentido, debe precisarse con claridad el tipo de acción que inicia con los fundamentos facticos correspondientes. (núm. 4º del art. 82 del C.G.P.)

Cuarto. Ajuste los fundamentos de derecho, pues, pretende instaurar demanda de “reconvencción ejerciendo la acción de simulación total o absoluta”¹ sin embargo, los fundamentos facticos indicados² en el aparte pertinente, no son acordes, entre sí. (núm. 8º del art. 82 C.G.P.)

El escrito subsanatorio y sus anexos deberá ser remitido al correo electrónico ccto15bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

NOTIFÍQUESE (2),

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑEZ
Juez

¹ PDF 01 – Demanda de Reconvencción, fl. 142.

² PDF 01 – Fundamentos de derecho, fl. 145.

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Proceso: Verbal
Demandante: Anny Cruz Tovar y otras.
Demandado: Edgar Hernando Rodríguez Beltrán.
Radicación: 110013103015-2021-00482-00
Asunto: Asuntos Varios.

Primero. Tener por notificado¹ al extremo demandado conforme los artículos 291 y 292 del Código General del Proceso, quien en el término conferido contestó² la demanda y propuso como medio exceptivo «prescripción de la acción cambiaria de resolución de la promesa de compra venta – mutuo descenso solicitada».

Segundo. En ese entendido, se reconoce personería adjetiva al Dr. Julio César Duque Melo, para que represente los intereses del extremo demandado, en la forma y términos que le fueron conferidos en el poder otorgado (Art. 75 CGP).

Tercero. A su turno, el extremo actor describió³ el traslado de las excepciones propuestas, en tiempo.

NOTIFÍQUESE (2),

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑÉZ
Juez

¹ PDF 11 – Notificaciones.
² PDF 10 y 11 – Poder y contestación.
³ PDF 14 y 15 – Descorre traslado.

República de Colombia
Rama Judicial



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., trece (13) de junio de dos mil veintitrés (2023)

Proceso: Verbal
Demandante: Anny Cruz Tovar y otras.
Demandado: Martha Cecilia Tovar Hernández
Radicación: 110014003015-2021-00482-00
Asunto: Auto fija fecha.

Visto el informe secretarial y vencido el término del traslado de que trata el artículo 370 del Código General del Proceso, el Juzgado; **RESUELVE:**

Primero. Señalar la hora de las 8:30 a.m. del día 28 del mes de septiembre del año 2023, para efectos de llevar a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso.

1.1. Tener en cuenta, que para la realización de la referida audiencia, además que las partes deben estar debidamente representadas por apoderado judicial, se utilizarán las herramientas tecnológicas previstas en el Acuerdo CPCSJA20-11576 de 2020 del Consejo Superior de la Judicatura, en especial la plataforma LifeSize y/o Microsoft Teams, para lo cual, las partes y demás convocados, deberán remitir a este expediente, vía email ccto15bt@cendoj.ramajudicial.gov.co, a más tardar dos (2) días antes de la fecha de la audiencia, las direcciones electrónicas y números telefónicos, advirtiendo que una inobservancia en tal sentido, no implica causal para aplazar la vista pública, la cual, de todas formas iniciará en la fecha y hora atrás señaladas, surtiendo todos los efectos sustanciales y procesales a que haya lugar.

1.2. Cabe resaltar, que todos los convocados a esta audiencia, deberán estar debidamente capacitados en el manejo de estas herramientas tecnológicas y contar con los medios y equipos óptimos y necesarias para el desarrollo cabal de la audiencia, entre ellos, que sean susceptibles de acceder a internet y que cuenten con cámara y micrófono, para la realización de la misma.

1.3. Advertir a las partes que su inasistencia injustificada, dará lugar a las sanciones procesales que dispone el artículo 372 *ibidem*. Instar a los apoderados para que comuniquen la fecha aquí señalada a sus poderdantes, en desarrollo del principio de lealtad y buena fe, deber que les es impuesto mediante el numeral 8º del art. 71 *ibidem*.

1.3.1. Se pone de presente a los gestores judiciales que la presente audiencia solamente podrá ser suspendida o aplazada en los casos contemplados en la normatividad vigente tal y como lo impone el artículo 5º del Estatuto Procesal Civil, siendo improcedentes las solicitudes elevadas por los abogados para concurrir otra audiencia en la misma fecha como lo refirió la Corte Suprema de Justicia que explicó:

“Así las cosas, el régimen de inasistencia previsto en esa disposición se dirige fundamentalmente a ellas, no a sus defensores ni a otros terceros, pues basta la excusa de cualquiera o la inasistencia de ambas para no realizar “la diligencia”. No acontece lo mismo cuando el móvil de “suspensión o aplazamiento” proviene directamente de los apoderados, habida cuenta que los cánones 372, 373 y 327 no lo autorizan expresamente.”¹

1.4. En virtud de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, se autoriza a secretaría para que vía correo electrónico o telefónico coordine con los apoderados, partes e intervinientes los aspectos necesarios para llevar a cabo la audiencia aquí convocada, así como para que resuelva las dudas que surjan sobre los aspectos técnicos requeridos.

NOTIFÍQUESE (2),

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned above the printed name of the signatory.

ORLANDO GILBERT HERNÁNDEZ MONTAÑÉZ
Juez

¹ Corte Suprema de Justicia ; M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque; STC2327-2018