

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C.,

26 OCT. 2022

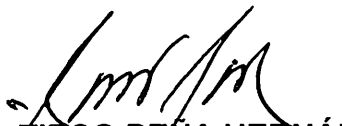
Expediente 1100131030231988 1415 00

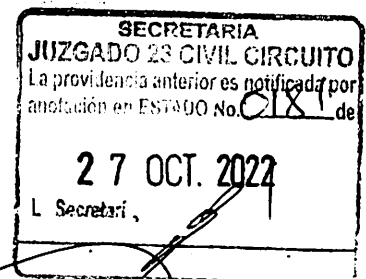
De acuerdo al informe secretarial y escrito que anteceden, se dispone.

1. Téngase en cuenta que la señora ELIZABETH CALDERÓN MÁRQUEZ actúa en su calidad de heredera determinada de quien en vida se identificaba con el apelativo JOSÉ NAINF CALDERÓN ROJAS; quien además acredita el derecho de postulación para actuar dentro de las presentes diligencias.

2. En consecuencia, por secretaría procédase a dar cumplimiento a lo ordenado en el numeral 2º del auto que febrero 18 de 2009 decreto el desistimiento tácito (fl 18 C1); y en especial a elaborar el oficio comunicando el levantamiento de la medida de embargo que pesa sobre el inmueble identificado con matrícula 50S-507805 y que fue decretada en auto de octubre 7 de 1993, notificada a la oficina de Registro de Instrumentos Públicos mediante oficio 2.207 de octubre 21 de 1993 (fl 33 C 3); remítase directamente a su destinatario por correo certificado, a coste de la interesada.

Notifíquese,


TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ
Juez



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C.,

26 OCT. 2022

Expediente 1100131030182008 00505

De acuerdo al informe secretarial, se dispone:

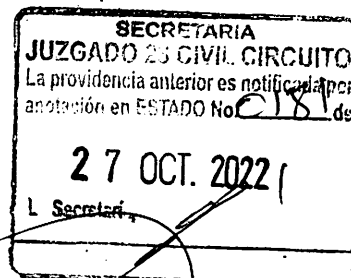
1. Para los efectos de notificación a los peritos de la parte demandante, téngase en cuenta las direcciones aportadas en escrito visto a folio 378 del cuaderno 3 del expediente.

2. En igual sentido, obre en autos el dictamen allegado por la parte pasiva en septiembre 20 de 2022 visto a folios 379/407, el cual se pone en conocimiento de la contraparte para los efectos que trata el artículo 228 del código General del Proceso.

Notifíquese,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez

EJFR



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

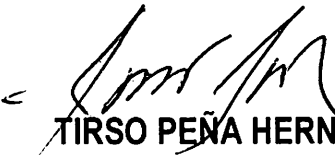
Bogotá D.C.,

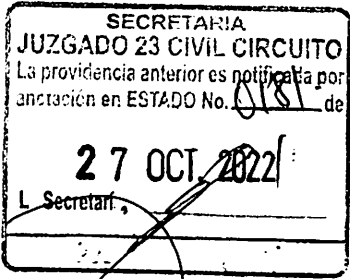
26 OCT. 2022

Radicación: **1100131030332009 00761 00**

Del avalúo allegado por la parte pasiva, se corre traslado a los demás extremos procesales por el termino de 10 días; lo anterior, para los efectos del numeral 2 y 4 del artículo 444 del código General del Proceso.

NOTIFIQUESE,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C.,

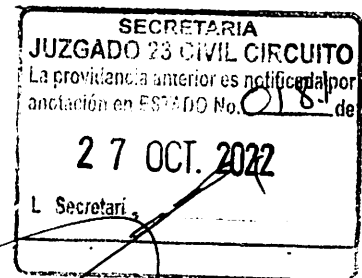
26 OCT. 2022

Radicación: 1100131030232017 00639 00

Obre en autos el despacho comisorio 077 de octubre 21 de 2019, devuelto por el juzgado 25 civil municipal de esta ciudad, **SIN DILIGENCIAR**, el que se pone en conocimiento de los extremos en la Litis para los efectos a que haya lugar.

NOTIFIQUESE,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

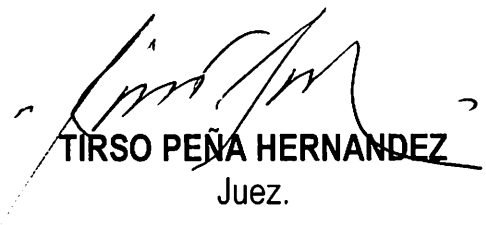
Bogotá D.C.,

26 OCT. 2022

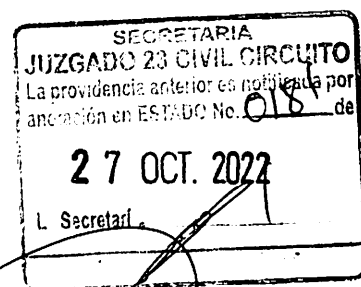
Radicación: 1100131030232018 00205 00

En atención a lo solicitado en el escrito que antecede (*actualizar comisorio*), por secretaría en los términos del inciso 2 del numeral 2 del proveído de agosto 26 de 2019 (FI. 164) actualícese el despacho comisorio 024 de julio 3 de 2020 visto a folios 175/176 – librese despacho comisorio con los insertos del caso.

NOTIFIQUESE,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ

Juez.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., 26 OCT. 2022

Radicación: 1100131030232018 00620 00

Obre en autos el escrito de cesión de derechos que allega la parte actora, la que deberá ser tramitada ante el despacho competente (*insolventia*).

Ahora bien, en vista de que el juzgado Cuarenta y Tres civil municipal de oralidad de Bogotá D.C, decretó la apertura del proceso de liquidación patrimonial respecto de la ejecutada **GLADYS AURORA PARADA DE MENDEZ**, atendiendo la disposición contenida a numeral 4 del artículo 564 de nuestra normativa procesal civil, se dispone:

Por secretaria envíese este expediente con destino al **JUZGADO CUARENTA Y TRES CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA D.C** para que se incorpore al proceso 11001400300432018 00588 de liquidación patrimonial de **GLADYS AURORA PARADA DE MENDEZ**.

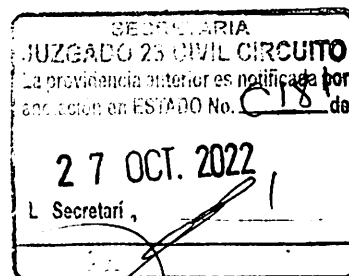
Poner a disposición del juez del concurso las medidas cautelares decretadas y practicadas en el presente asunto.

Déjense las constancias del caso.

NOTIFIQUESE,

TIRSO PEÑA HERNANDEZ

Juez.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C.,

26 OCT. 2022

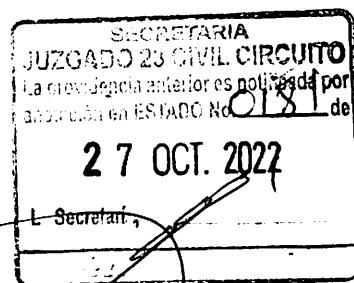
Expediente 1100131030222019 00372 00

De acuerdo al informe secretarial que antecede, téngase en cuenta y por agregadas a los autos las respuestas del JUZGADO 22 CIVIL DEL CIRCUITO de esta ciudad y FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ, al requerimiento realizado por este despacho en audiencia de agosto 11 hogaño, vistas a folios 218/221 y 222/224 respectivamente; las cuales se ponen en conocimiento de las partes para lo que estimen pertinente.

Notifíquese,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez

EJFR



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

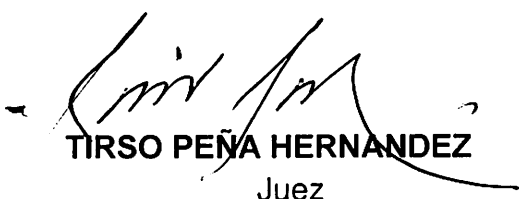
Bogotá D.C.,

26 OCT. 2022

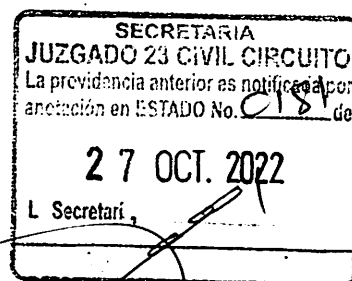
Expediente 1100131030232019 00541 00

Previo a resolver lo que en derecho corresponda, se requiere a la libelista para que allegue la solicitud coadyuvada por la parte ejecutada, al tenor de lo dispuesto en el numeral segundo del artículo 161 del código General del Proceso.

Notifíquese,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ

Juez



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C.,

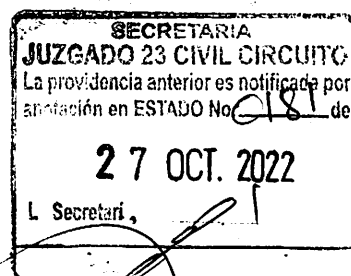
26 OCT. 2022

Expediente 1100131030232019 00555 00

De acuerdo al informe secretarial que antecede y conforme la documental obrante a folios 121/144 del expediente, agréguese a los autos la certificación de notificación efectiva de la citación que trata el artículo 291 código General del Proceso a los demandados WILLIAM FERNANDO, OSCAR LEONARDO, SANDRA PAOLA y OLGA LUCIA CORREDOR MIRANDA; por lo tanto, se le insta a la parte actora proceda de conformidad con la notificación que trata el artículo 292 ibídem.

Notifíquese,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
Bogotá D.C., 26 OCT. 2022

Radicación: 1100131030232019 00604 00

En atención a lo solicitado por la señora Gladys Felisa Rendón Gutiérrez (*apoderada especial del demandado Michael Arthur Trimmer*) en el escrito visto a folio 434, por secretaria expídanse copias del asunto a costa de la parte interesada. Núm 1º art. 114 del C.G. del P; déjense las constancias del caso.

Por otra parte, obre en autos el despacho comisorio 045 de noviembre 11 de 2021 devuelto por la alcaldía Local de Chapinero de esta ciudad, **SIN DILIGENCIAR**, el que se pone en conocimiento de los extremos en la Litis para los fines que estimen pertinentes.

Obren en autos las manifestaciones elevadas por el profesional en derecho designado como curador ad litem **MAURICIO ORTEGA ARAQUE**, que da cuenta de la no aceptación del cargo para el cual fue designado mediante auto de agosto 17 de 2022, por lo que se tiene por relevado; téngase en cuenta para los fines a que haya lugar.

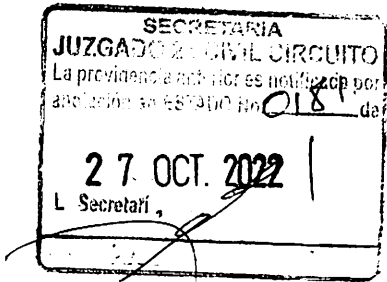
En consecuencia, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el auto de febrero 9 de 2022 (Fls. 412/414), se habilita al abogado que se relaciona a continuación para que concurra a notificarse respecto del ciudadano **RODRIGO SANTOFIMIO QUINTERO**, y lo represente, lo anterior en aplicación de lo dispuesto en el artículo 154 del código General del Proceso.

NOMBRE.	C.C.	T.P.	DIRECCION.	CORREO y TELEFONO.
CARLOS EDUARDO ALONSO CASTIBLANCO.	19.262.419	103.799	Carrera 10 No. 16 – 92, Oficina 203 de esta ciudad.	312 551 34 55 Ceac9999@hotmail.com

Comuníquesele su designación vía telegrama y adviértasele que el cargo es de obligatoria aceptación dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la respectiva comunicación (Art 49 ibídem). Déjense las constancias del caso.

NOTIFIQUESE,

TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C.,

26 OCT. 2022

Radicación: **1100131030332019 00631 00**

Atendiendo el escrito que antecede, por secretaria remítase la solicitud vista folio 271 junto con sus anexos, a la superintendencia de Sociedades para que sea integrada y definida en el trámite de reorganización que allí se adelanta.

Mírese que este despacho ya no tiene competencia para pronunciarse en ningún sentido dentro del plenario.

Los demás escritos que se alleguen en un futuro por cualquier extremo procesal, remítanse directamente a la superintendencia antes enunciada.

CÚMPLASE,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., 26 OCT. 2022

Radicación: 1100131030232019 00856 00

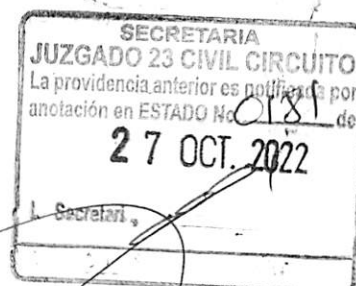
Previo a resolver lo que en derecho corresponda en cuanto a la solicitud de terminación por transacción que mancomunadamente allegan los extremos procesales, se insta a la parte actora para que en el término de ejecutoria de este auto, indique la suerte que pretende respecto la objeción a la liquidación el crédito aquí adosada.

Regrese al despacho.

NOTIFIQUESE,


TIRSO PEÑA HERNANDEZ

Juez.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO

ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C.,

26 OCT. 2022

Radicación: **1100131030232019 00930 00**

En atención al informe secretarial que precede y de conformidad con lo dispuesto en el inciso 2º del artículo 163 del código General del Proceso se tiene por reanudado el proceso.

Ahora bien en atención a que la solicitud elevada mancomunadamente por los extremos procesales reúne los requisitos exigidos en el Art. 312 del C.G.P., de acuerdo al documento de transacción que se aporta, se

RESUELVE

PRIMERO: Declarar terminado el presente proceso declarativo adelantado por **FIDUCIARIA COLOMBIANA DE COMERCIO EXTERIOR S.A. - FIDUCOLDEX SA-** en su condición de vocera y administradora del patrimonio autónomo **FONDO INNPULSA COLOMBIA** contra **DISTRIBUIDORA FARMACEUTICA ROMA S.A y SEGUROS DEL ESTADO SA**, por transacción.

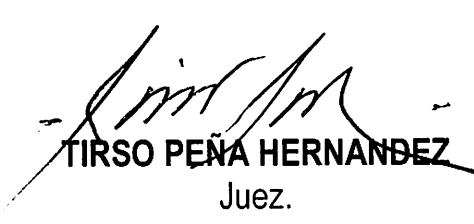
SEGUNDO: Ordenar el levantamiento de las medidas cautelares decretadas en desarrollo de esta demanda.

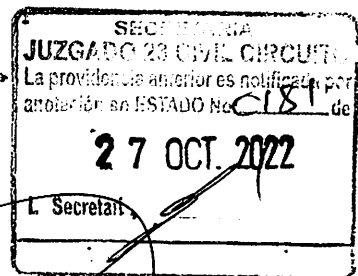
TERCERO: Disponer en favor de la parte demandante y a su costa el desglose de los documentos allegados como base de la acción, con las constancias del caso.

CUARTO: Sin condena en costas por así solicitarlo las partes.

QUINTO: Cumplido lo anterior ARCHÍVESE el expediente.

NOTIFIQUESE,


TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ
Juez.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO
ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., octubre veintiséis (26) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232021 00198 00

De cara al informe secretarial que precede, y teniendo en cuenta la solicitud del apoderado de la ejecutante, se precisa que uno de los ejecutados se identifica con el apelativo de SOFIMAT SCA y no como se indicó en la orden de apremio.

Notifíquese,

TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez

Firmado Por:
Tirso Pena Hernandez
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 023
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **e1dfe82a7bc4252a633379563dbacde0b23a7032af15e373c23e3cf5f61eb0ea**

Documento generado en 26/10/2022 09:47:16 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO
ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., octubre veintiséis (26) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232021 00224 00

Conforme los artículos 368 y 382 del código General del Proceso, se dispone:

1. ADMITIR esta demanda que OLGA PATRICIA NIVIA RUIZ impetra contra CONSTRUCTORA AMAVIA S.A.S., a la que se le imprimirá el trámite del proceso verbal (*art. 368 C.G. del P.*).

De ella y sus anexos se ordena correr traslado al extremo demandado por el término de veinte (20) días (*art. 369 ibídem*).

La parte actora proceda conforme los artículos 291, 292 o 301 del código General del Proceso, o como los dispone el artículo 8 de la ley 2213 de junio 13 de 2022.

2. Previo a resolver la solicitud de medidas cautelares, préstese caución en la suma equivalente al 20% del valor estimado de las pretensiones. (*núm. 2º art. 590 ejusdem*)

3. Se reconoce personería al abogado Julián Enrique Sánchez Calderón, para actuar como apoderado judicial de la demandante, en los términos y para las facultades del poder conferido.

Notifíquese,

TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez

Firmado Por:
Tirso Pena Hernandez
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 023
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **d82b88a35cc873cdcfd60f5f51870c4c132e51e64667161339e039dc3099a23**

Documento generado en 26/10/2022 09:47:46 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO
ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., octubre veintiséis (26) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232022 00179 00

De acuerdo al informe secretarial, se dispone:

1. Agregar a los autos y poner en conocimiento de la demandada, la prueba vista a posición 80 del expediente y aportada por la parte demandante en uso de la facultad del inciso segundo del artículo 206 del código General del Proceso.
2. En igual sentido, obre en autos el dictamen allegado por la parte pasiva que milita a posición 82, el cual se pone en conocimiento de la contraparte para los efectos que trata el artículo 228 del código General del Proceso.
3. Integrado como se encuentra el contradictorio, para continuar con el trámite se convida a las partes a la audiencia inicial que prevé el artículo 372 del código General del Proceso, señalando para ello las 10:00 horas de julio 18 de 2023.

Se advierte a las partes y apoderados que la inasistencia injustificada a esta audiencia, acarreará las sanciones previstas en el numeral 4º del referido artículo.

En todo caso, puntualizase que en esta audiencia se llevarán a cabo los interrogatorios de parte, se proveerá sobre el decreto y práctica de las pruebas que oportunamente hayan solicitado las partes, de ser el caso, se recibirán los testimonios solicitados por los extremos de la litis, prescindiendo de los que no se encuentre presentes (*lit. b*), *num. 3º, art. 373 ibídem*), asimismo, se hará la fijación del litigio y, de ser procedente se emitirá el respectivo fallo de conformidad con lo establecido por el numeral 7º del articulado mencionado.

Por secretaría, infórmese a los intervinientes el medio digital a través del cual se desarrollará la diligencia.

Notifíquese,

TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez

Firmado Por:
Tirso Pena Hernandez

Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 023
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **ce0c3a21269b6e2daa12dc7aed36e9ba0a33d4d084195e1cff2d260a975a93f9**

Documento generado en 27/10/2022 09:34:54 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO
ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., octubre veintiséis (26) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232022 00216 00

1. De acuerdo al informe secretarial que precede, y para los efectos a que haya lugar, téngase en cuenta lo comunicado por la DIAN aposición 17 del cuaderno principal, lo que se agrega a los autos y se pone en conocimiento de las partes para lo que estimen pertinente.

Oficiése a la referida entidad acusando su recibo e informando el estado actual del proceso, si reposan títulos de depósitos judiciales y cuáles son los bienes que se encuentran embargados que se pusieron a su disposición, para lo de su cargo.

2. Por otro lado, conforme la documental obrante de posiciones 9/14 del cuaderno principal, ALBERTO DE JESÚS GIRALDO GÓMEZ se notificó del auto de apremio bajo los parámetros del artículo 8 del decreto legislativo 2213 de 2022, quien dentro del término de ley guardó silencio conducta.

Por ende, integrado como se encuentra el contradictorio, y como el ejecutado no opuso medio defensivo alguno, conforme lo estipula el inciso 2 del artículo 440 del código General del proceso, de acuerdo con el que, *«[s]i el ejecutado no propone excepciones oportunamente, el juez ordenará, por medio de auto que no admite recurso, el remate y el avalúo de los bienes embargados y de los que posteriormente se embarguen, si fuere el caso, o seguir adelante la ejecución para el cumplimiento de las obligaciones determinadas en el mandamiento ejecutivo, practicar la liquidación del crédito y condenar en costas al ejecutado»*, se

RESUELVE

PRIMERO: ORDENAR seguir adelante la ejecución, en los términos del mandamiento de pago librado en el asunto.

SEGUNDO: DECRETAR el avalúo y remate de los bienes embargados al ejecutado.

TERCERO: ORDENAR que con sujeción a lo previsto en el artículo 446 *ibidem*, se practique la liquidación del crédito.

CUARTO: CONDENAR en costas al ejecutado. Se fijan como agencias en derecho \$3.000.000 por secretaría liquídense (*art. 366 CGP*).

QUINTO: Oportunamente, remítanse las presentes diligencias a la Oficina de Ejecución de Sentencias Civiles –Grado Circuito, de conformidad con lo previsto por el Acuerdo PSAA-13-9984 de septiembre 5 de 2013 y PCSJA17-10678 de mayo 26 de 2017.

Notifíquese,

TIRSO PEÑA HERNANDEZ
Juez

Firmado Por:
Tirso Pena Hernandez
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 023
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **0e1916ecff030bb8cc632bc42e5d1c29cc9fc8b3dcd9276269e4f4ea0ba3d161**

Documento generado en 26/10/2022 09:48:51 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO**

Bogotá, D.C., octubre veintiséis de dos mil veintidós

Expediente 1001310302320180072600

ASUNTO

Dictar sentencia que dirima en primera instancia el asunto de la referencia.

ANTECEDENTES

TRINIDAD FAJARDO, FELIX EDUARDO JACOME FAJARDO, MARTHA IDALITH ARIZA FAJARDO, EDWIN ALEJANDRO BENITEZ SORIANO y YENNY ADREINA LOPEZ BARRIENTOS, valiéndose de apoderado, iniciaron esta acción pidiendo declarar civil y contractualmente responsables a COMPENSAR EPS y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO IPS por los daños y perjuicios inmateriales y materiales por el daño fisiológico en la persona de la señora TRINIDAD FAJARDO, y que en consecuencia se les condene a pagarle solidariamente a TRINIDAD FAJARDO y a GUSTAVO ADOLFO JACOME ALFONSO:

- A. El equivalente en pesos a 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes a cada uno de ellos, por el dolor derivado de la minusvalía sufrida y las secuelas fisiológicas y psicológicas, a título de PERJUICIOS MORALES;
- B. El equivalente en pesos a 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes a cada uno de ellos, por la grave alteración de sus relaciones de pareja, debito conyugal, estrés y mal humor etc., a título de DAÑO A LA VIDA DE RELACION;
- C. \$57'174.512, por pagos realizados a los trabajadores que contrataron para la operación del establecimiento de comercio de propiedad de los demandantes y los servicios y productos asistenciales tales como transporte, pañales, pañitos y toallas húmedas para la demandante, a título de DAÑO EMERGENTE;
- D. \$28'000.000 por utilidad neta dejada de percibir en el establecimiento comercial de propiedad de los demandantes, a razón de 2 millones de pesos mensuales, a título de LUCRO CESANTE.

Consecuencialmente, se exora condenar solidariamente a los demandados a pagar a FELIX EDUARDO JACOME FAJARDO, MARTHA IDALITH ARIZA FAJARDO, EDWIN ALEJANDRO BENITEZ SORIANO, YENNY ADREINA LOPEZ BARRIENTOS y LUIGI SANTIAGO JACOME LOPEZ:

- A. El equivalente en pesos a 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes a cada uno de ellos, por el dolor derivado de la minusvalía temporal

sufrida por su madre, suegra y abuela, respectivamente, a título de PERJUICIOS MORALES;

- B. El equivalente en pesos a 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes a cada uno de ellos, por la grave alteración de sus relaciones familiares, ya que la enfermedad ocasionó la disgregación y la separación de sus respectivas familias, a título de DAÑO A LA VIDA DE RELACION;
- C. Y se les condene a cubrir los intereses sobre la suma que se fije como indemnización y hasta el momento en que el pago se haga real y efectivo, al igual que las costas y los gastos que se causen durante el proceso.

Tales pretensiones, se soportan fácticamente, narrando que:

En octubre 07 de 2015, a Trinidad Fajardo se le diagnosticó una miomatosis dentro del POS de Compensar (SIC), y se le programó una histerectomía abdominal total, la que se le practicó en el hospital universitario San Ignacio el 07 de julio de 2016.

A la paciente se le había recomendado, por la experiencia, conocimiento y pericia, al doctor Carlos Alberto Carrasquilla Valbuena, “en quien existía absoluta confianza de idoneidad profesional”, pero quien no le realizó el procedimiento quirúrgico, si no el doctor Cristian Camilo Pinzón Velázquez, quien aparece como responsable a página 3 de la copia de la epicrisis de julio 07 de 2016.

En setiembre 19 de 2016, Trinidad Fajardo asiste a la unidad de servicios Compensar calle 26 por una incontinencia urinaria permanente secundaria a la histerectomía practicada en julio de 2016 y vuelve en enero 30 de 2017, consultando por una infección de vías urinarias, donde se le pre diagnóstica la aparición de una fistula vesicovaginal y se solicita para diagnóstico, una cistoscopia transuretral, se le programa fistulectomía vésicovaginal para junio 14 de 2017 en la clínica Palermo, donde permaneció hospitalizada hasta junio 14 de 2017.

Denuncian que la fistula vésicovaginal apareció a consecuencia de la histerectomía practicada en el hospital San Ignacio, y que como esa afección consiste en una comunicación entre las células epiteliales de la vagina y las vías urinarias, se manifiesta con una incontrolable emisión de orina por falta de esfínteres a través del conducto vaginal, lo que le produjo a la paciente contaminación de una bacteria altamente resistente, que debía erradicarse de su sistema para poderle corregir la fistula vésicovaginal.

Señalan que como la infección de las vías urinarias se prolongó por más de seis meses y la histerectomía se le practicó hasta julio de 2016, a la paciente se le causó incontinencia urinaria absoluta por casi un año y debió someterse a un agresivo tratamiento con antibióticos por seis meses, con las consecuencias fisiológicas que de allí se derivaron.

Narran que en julio 20 de 2017, reingresó la paciente a la clínica Palermo con un cuadro inicialmente diagnosticado como infección de vías urinarias no especificadas; que presentó un cuadro de septicemia que la mantuvo hospitalizada y con antibiótico de amplio espectro por 8 días, con incapacidad médica.

Concluyen diciendo que los procedimientos médicos, sus secuelas, los tratamientos farmacológicos no solo postraron económica y psicológicamente a la señora Trinidad y a su grupo familiar -el que está integrado por su compañero GUSTAVO ADOLFO JACOME ALFONSO, los hijos de la paciente MARTHA IDALY ARIZA FAJARDO, FELIX EDUARDO JACOME FAJARDO, los cónyuges de estos dos, EDWIN ALEJANDRO BENITEZ SORIANO y YENNY ANDREINA LOPEZ BARRIENTOS y LUIGI SANTIAGO JACOME LOPEZ, nieto de la paciente,- sino que además, les causaron un agravio material e inmaterial.

Trámite procesal.

La demanda se presentó a reparto en setiembre 21 de 2018, asignándosele a este juzgado (fl.126), y previa subsanación, se admitió por auto de octubre 24 de 2018, el que se notificó a COMPENSAR EPS a través de apoderada, en marzo 15 de 2019 (fl.146), quien contestó oponiéndose a las pretensiones, planteando las excepciones de mérito que nominó *“Ausencia de conducta culposa por parte de Compensar eps- de las obligaciones contractuales en el marco del aseguramiento en salud; Asunción y concreción de los riesgos propios del procedimiento médico, que fueron aceptados por la demandante -del consentimiento informado; Ausencia de conducta culposa- carga de la prueba y obligaciones de medio; Ausencia de daño antijurídico como elemento imprescindible de la responsabilidad civil medica; Los perjuicios solicitados no resultan indemnizables ante la inexistencia de responsabilidad civil y por tratarse de daños hipotéticos e inciertos que exceden en veces los topes jurisprudenciales y la genérica; también objetó la estimación razonada de la cuantía (fls.175-380).*

Igualmente llamó en garantía a Hospital Universitario San Ignacio, con base en la existencia y vigencia para la época de la atención brindada a la paciente que acá demanda por este centro hospitalario, del contrato de prestación de servicios de salud SS.JUR-INST001/2005, suscrito en junio 22 de 2005 entre llamado y llamante, llamado que se admitió en mayo 22 de 2019 (Fl.19 Cd.2) y se notificó al hospital por estado, el que lo contestó, proponiendo excepciones previas y de mérito.

También llamó en garantía a Allianz Seguros SA, con base en la existencia y vigencia, entre junio 01 de 2017 y mayo 31 de 2018, de la póliza de responsabilidad civil-profesional, clínicas y hospitales 022100405/0 modalidad ClaimsMade, retroactiva desde noviembre 30 de 2006, llamado admitido en mayo 22 de 2019 (FL.43 Cd 3).

La anterior decisión se notificó por conducta concluyente a la llamada, la que oportunamente contestó la demanda, contra la que planteó excepciones de mérito; contestó el llamamiento, excepcionó contra éste, y objetó el juramento, el que no se descorrió por los demás extremos.

A HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO se le notificó por aviso en marzo de 2019, ente que acudió al juzgado por medio del doctor PEDRO HEMEL HERRERA MENDEZ, representante legal de PEDRO HERRERA ABOGADOS SAS, y en marzo 26 de 2019 retiró copias de traslado (fls.138/140,161/164), quien contestó, oponiéndose a las pretensiones, desconociendo los contratos laborales aportados por la parte actora para acreditar el monto de los perjuicios, y planteó como excepciones de mérito: *Ausencia de daño y relación causal; Ausencia de responsabilidad solidaria con los demás demandados, genérica y causal eximente de responsabilidad caso fortuito fuerza mayor*". (fls.382 a 835).

Igualmente, llamó en garantía a Allianz Seguros SA, con estribo en la existencia y vigencia, entre abril 01 de 2018 y marzo 31 de 2019, de la póliza 022267044/0, modalidad Claims made, lo que se admitió por auto de mayo 22 de 2019 (FL.39 Cd 4).

La anterior decisión se notificó por aviso a la llamada, la que oportunamente contestó la demanda, contra la que planteó excepciones de mérito; contestó el llamamiento excepcionó contra éste y objetó el juramento, el que descorrió a tiempo la actora.

Por auto de febrero 14 de 2020 se señaló el 9 de junio de 2020 para surtir la audiencia prevista en los artículos 372/3 del CGP, en el que se decretaron algunas de las pruebas pedidas, concediéndole 10 días a Compensar para que, en aplicación de lo dispuesto en los artículos 226/7 Ib., aportara el dictamen que había anunciado al responder la demanda, lo que se acató en febrero 19 siguiente (fls. 841 a 892).

Por auto de marzo 13 de 2020, y a solicitud de Compensar, se reprogramó tal audiencia para julio 12 del mismo año, proveído en el que también se ordenó agregar al instructivo el dictamen aportado por esa entidad y se puso en conocimiento de los demás intervinientes para los efectos señalados en el artículo 228 de del CGP; por efectos de la pandemia producida por el Covid 19, se debió aplazar tal audiencia para setiembre 29 de 2020 (Fl, 903), oportunidad en la que se pudo iniciar y llevar hasta la apertura a pruebas, prorrogándose el lapso para dictar la sentencia, al amparo de lo dispuesto a inciso 5 del artículo 121 CGP; en continuación de la vista pública, noviembre 11/20, se avanzó con el recaudo de pruebas, oportunidad en la que el apoderado del Hospital San Ignacio tachó por sospechoso el testimonio de Oscar Rafael Becerra Farfán, testigo que al momento de ponerle de presente los contratos de trabajo vistos a folios 63 a 67, con fines de ratificación, dijo que "aparentemente eran sus firmas"; igualmente, asistidos de las facultades que otorgan los artículos 169/70 CGP, se

decretaron unas pruebas grafológicas de oficio, ordenándole al mentado testigo que aportara al proceso documentos por él suscritos entre 2016 y 2019, inclusive, los que no se trajeron oportunamente. (fls.935/7 y 945).

En la sesión de audiencia de febrero 11/21, se recibieron entre otros, el testimonio de Luz Marina Ariza Gerena, que tachó por sospechoso el apoderado del Hospital San Ignacio; debido a la actividad de digitalización de los expedientes programada por el CSJ, solo hasta febrero 07 de 2022 se pudo continuar con este trámite, al que se trajo en marzo 9 de este año, el trabajo grafológico pedido al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (fls.1014/23); por último, en octubre 18 de 2022, se agotaron las demás etapas procesales, incluyendo la presentación de alegatos conclusivos, y por tanto, debe desatarse esta litis con la emisión de esta sentencia, lo que se hará por escrito, con base en lo previsto en el artículo 372 CGP.

PRESUPUESTOS PROCESALES.

Ha de partir esta instancia por admitir su competencia para definir esta causa, según lo prevé el artículo 20 numeral 1 del código General del proceso.

En lo que tiene que ver con los restantes presupuestos procesales, también se encuentran satisfechos, toda vez que la capacidad de las partes no se ha desvirtuado y además, acuden debidamente representados, e igualmente se evidencia que el aspecto formal del libelo se adecua a las exigencias legales, por lo que habilitada se encuentra esta sede judicial para proferir la presente decisión de fondo, habida cuenta que, en este momento, no se vislumbra ninguna causal que motive invalidar total o parcialmente lo actuado.

CONSIDERACIONES

PRESUPUESTOS DE LA ACCIÓN:

Teniendo en cuenta los presupuestos fácticos y jurídicos vistos en el libelo introductorio, bien se determina que la acción que nos ocupa se encamina a obtener la declaratoria de responsabilidad civil contractual por actos médicos de COMPENSAR EPS y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO IPS, y la consecuente condena al pago de perjuicios materiales e inmateriales que dicen los actores, se le generaron con los procedimientos médicos, sus secuelas, y los tratamientos farmacológicos que postraron psicológica y económicamente a la señora Trinidad Fajardo y a su grupo familiar, cuya actividad económica, dicen en la demanda, es el comercio.

Es claro que la reclamación indemnizatoria en cuestión, se ejerce contra HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO IPS y COMPENSAR EPS, por ser el primero, el centro hospitalario donde se atendió a la paciente Trinidad Fajardo, cuando en julio 07 de 2016, se le practicó una histerectomía abdominal total y, la segunda, la empresa prestadora de salud a la que está

afiliada la ciudadana en cita, entes a los que, prima facie, y sin auscultar ni determinar los elementos de la responsabilidad civil, se les imputa una responsabilidad directa y solidaria, la que tiene su origen en el ejercicio de las actividades peligrosas y en las de las personas que dependen de otras, cuyo fundamento legal se encuentra en los artículos 2356 y 2347 del código Civil.

Para el entendimiento básico de la cuestión, impone al juzgado despejar en primer término, la legitimación en la causa, la acción ejercida y el tipo de responsabilidad pretendida.

La legitimación en la causa, o sea, el interés legítimo, serio y actual del *“titular de una determinada relación jurídica o estado jurídico”* (U. Rocco, *Tratado de derecho procesal civil*, T. I, Parte general, 2ª reimpresión, Temis De palma, Bogotá, Buenos Aires, 1983, pp. 360), exige plena coincidencia entre *“la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva). (Instituciones de Derecho Procesal Civil, I, 185)”* (CXXXVIII, 364/65), siendo deber del juez verificarla *con independencia de la actividad de las partes y sujetos procesales al constituir una exigencia de la sentencia estimatoria o desestimatoria, según quien pretende y frente a quien se reclama el derecho sea o no su titular”* (cas. civ. sentencia de 1º de julio de 2008, [SC-061-2008], exp. 110013 103 -033 - 2001-06291-01).

En principio, está legitimado para pretender la indemnización de perjuicios toda persona a quien se causa un daño, ya de manera directa ora refleja (art. 2342, código Civil).

En lo atinente a la praxis médica, sus secuelas, tratamientos farmacológicos base del presente reclamo, debemos destacar que en estos eventos, se invierte la regla prevista en el artículo 167 del código General del Proceso, pues es a la parte que demanda a quien le corresponde acreditar el daño, la culpa y el nexo causal entre ambos.

Particularmente la culpa como fundamento de la responsabilidad, constituye tema ventral del asunto analizado y sobre ese tópico, doctrina y jurisprudencia no han sido constantes en afianzar la tendencia de establecer ese compromiso según las circunstancias particulares del caso.

Relacionado con el punto, la Corte Suprema de Justicia dijo:

«Es en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.), donde la Corte, empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de ‘la culpa del médico sino también la gravedad’, expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como ‘una empresa de riesgo’, porque una tesis así sería ‘inadmisible desde el punto de vista legal y científico’ y haría ‘imposible el ejercicio de la profesión’». «Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que ‘...el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance

para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación’.

Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que en el ‘contrato se hubiere asegurado un determinado resultado’ pues ‘si no lo obtiene’, según dice la Corte, ‘el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima’, a no ser que logre demostrar alguna causa de ‘exoneración’, agrega la providencia, como la ‘fuerza mayor, caso fortuito o culpa de la perjudicada’. La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998». «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 deducirse responsabilidad civil extracontractual por el acto médico defectuoso o inapropiado (medical mal practice, como se dice en USA), descartándose así la aplicabilidad de presunciones de culpa, como las colegidas 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.» - (CSJ SC 30 de enero 2001, rad. 5507).

Fortaleciendo la posición reseñada en precedencia, esa corporación asentó lo que hasta la fecha, ha sido el derrotero observado, pronunciándose así:

“Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras)». «Empero, a esa conclusión no se opone que el juez, atendiendo los mandatos de la sana crítica y mediante diversos procedimientos racionales que flexibilizan el rigor de las reglas de la carga de la prueba, asiente determinadas inferencias lógicas enderezadas a deducir la culpabilidad médica en el caso concreto. En efecto, como quiera que es posible que una rigurosa aplicación de la disposición contenida en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil puede aparejar en este ámbito el fracaso de la finalidad reparadora del régimen de la responsabilidad civil, particularmente, por las dificultades probatorias en las que se puede encontrar la víctima, no es insensible la Corte ante esa situación, motivo por el cual asienta que, teniendo en consideración las particularidades de cada caso en concreto, lo que repele indebidos intentos de generalización o de alteración de los principios y mandatos legales, y en la medida que sea posible, puede el juez acudir a diversos instrumentos que atenúan o ‘dulcifican’ (como lo denominan la doctrina y la jurisprudencia españolas) el rigor del reseñado precepto». «Así, dependiendo de las circunstancias del asunto, se insiste una vez más, es posible que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endo procesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibidem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur (como cuando se olvida una gasa o material quirúrgico en la zona intervenida, o se amputa el miembro equivocado, etc.); o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una ‘culpa virtual’ o un ‘resultado desproporcionado’, todo lo anterior, se reitera aún a riesgo de fastidiar, sin que sea admisible la aplicación de criterios generales que sistemática e invariablemente quebranten las reglas de distribución de la carga de la prueba previstos en el ordenamiento» (CSJ SC 22 de julio 2010, rad. 2000 00042 01).

En lo que atañe a la responsabilidad civil en general y a la médica en particular, conocida su clasificación contractual o extracontractual (cas. civ. sentencias de marzo 5 de 1940, 26 de noviembre de 1986, 30 de enero

de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430), se exige para la configuración de la primera, la prueba de una relación jurídica preexistente entre las partes, o, lo que es más general y frecuente, la existencia y validez de un contrato, su incumplimiento, el daño y la relación de causalidad (cas. civ. sentencia de 12 de julio de 1994, exp. 3656). En cambio, en la última, el quebranto se produce al margen de cualquier vínculo jurídico previo entre aquellos que se relacionan con ocasión del daño.

En situaciones como las reseñadas, se acentúa el deber legal del juzgador de interpretar la demanda para ubicar con exactitud la responsabilidad civil, particularmente en casos de confusión, duda o anfibología sobre su naturaleza contractual o extracontractual. Al respecto, *“(…) cuando el lenguaje de la demanda, sin ser indescifrable por completo, no se ajusta a la claridad y precisión indispensables en tan delicada materia” (CLXXXVIII, 139), para no sacrificar el derecho material en aras de un culto vano al formalismo procesal” (CCXXXIV, 234), „el juzgador está obligado a interpretarla en busca de su sentido genuino sin alterarlo ni sustituirlo, consultando la prevalencia del derecho sustancial, el acceso a la administración de justicia y la solución real de los conflictos”, realizando „un análisis serio, fundado y razonable de todos sus segmentos”, “mediante su interpretación racional, lógica, sistemática e integral” (cas. civ. sentencia de 27 de agosto de 2008, [SC-084-2008], expediente 11001-3103-022-1997-14171-01, énfasis de la Sala), “siempre en conjunto, porque la intención del actor está muchas veces contenida no sólo en la parte petitoria, sino también en los fundamentos de hecho y de derecho”, bastando “que ella aparezca claramente en el libelo, ya de una manera directa o expresa, ya por una interpretación lógica basada en todo el conjunto de la demanda” (XLIV, p. 527; XIV, 488 y 833; LXI, 460; CXXXII, 241; CLXXVI, 182 y CCXXV, 2ª parte, 185)” (cas. civ. sentencias de 6 de mayo de 2009, Exp. 11001-3103-032-2002-00083-01; 3 de noviembre de 2010, exp. 20001-3103-003-2007-00100-01), “de manera que, en procura de evitar el sacrificio del derecho sustantivo, pueda enmendar con su actividad dialéctica la confusa presentación de los hechos, de las pretensiones o de las excepciones que hayan efectuado las partes intervinientes en el proceso” (cas. civ. sentencia de 11 de julio de 2000, exp. 6015).*

Conforme la citada doctrina jurisprudencial, del análisis lógico, sistemático, integral, fundado y razonable de la demanda, aunque en ésta se califica de contractual la responsabilidad exorada, a simple vista refulge que el reclamo de los demandantes para reparación de sus daños, al pedir para sí la indemnización de perjuicios materiales e inmateriales por la praxis médica, secuelas, tratamientos farmacológicos derivados del procedimiento quirúrgico efectuado a Trinidad Fajardo en julio 07 de 2016 en el hospital San Ignacio, al que ingresa por ser afiliada a Compensar EPS, para HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL, patentiza que la responsabilidad suplicada por los demandantes mediante el ejercicio de esta acción, si “es contractual”, en lo que toca con la paciente, puesto que la atención médico-quirúrgica que se le brindó, derivó de la existencia del nexo que esta tenía como cotizante al sistema general de seguridad social en salud, a través de la EPS Compensar, y esta a su vez,

tenía vigente el contrato de prestación de servicios de salud SS.JUR-INT001/2005, que había suscrito desde junio 22 de 2005, con el hospital universitario San Ignacio.

No se puede pregonar lo mismo frente a los familiares de la paciente, por cuanto, ante la inexistencia de relación o vínculo contractual entre éstos y los demandados, emerge que el presente reclamo lo hacen derivar del nexo parental, filial, consanguíneo y conyugal entre ellos y la paciente, cuyos procedimientos médicos, secuelas y tratamientos farmacológicos, dicen, les postraron psicológica y económicamente, circunstancia que permite colegir que en este sub escenario, se trata de una responsabilidad de carácter extra contractual.

A verificar la satisfacción de los requisitos formalmente exigidos para entender satisfechas esas vinculaciones, y por ende, la legitimación en los demandantes como integrantes del núcleo familiar de la paciente, se aportaron los ejemplares de los registros civiles de nacimiento con indicativos 12986010 y 19721958, los que verifican las calidades de Martha Idalith Ariza Fajardo y Felix Eduardo Jácome Fajardo, como hijos de la señora Trinidad Fajardo (Fls.133/4); sobre la calidad de Gustavo Adolfo Jácome Alfonso, como compañero permanente de ésta última, se adosó el acta de declaración extraprocesal por éste rendida ante el notario 14 del círculo de esta ciudad, en la que atesta bajo juramento que convive, compartiendo techo, lecho y mesa de forma continua e ininterrumpida desde enero de 2015, con la señora Trinidad Fajardo (fl. 135).

A folios 15/16, los ejemplares de los registros civiles indicativos seriales 06978394 y 6269921, dan cuenta de las nupcias contraídas entre Martha Idalith Ariza Fajardo y Felix Eduardo Jácome Fajardo-hijos de la paciente-con Benítez Soriano Edwin Alejandro, por un lado, y con López Barrientos Yenny Andreína, por el otro, acreditando así las calidades en que estos dos últimos se presentaron a demandar en esta causa; y por último, con el ejemplar del registro civil indicativo serial 56026507 visto a folios 17/18 se acredita el nacimiento de Luigi Santiago Jácome, como hijo de López Barrientos Yenny Andreína y Jácome Fajardo Felix Eduardo, y por tanto, que es nieto de la señora Trinidad Fajardo.

En torno a la legitimación por pasiva, vemos que, de cara a lo que prevé el artículo 2343 del código civil, la acción se dirige contra Compensar EPS y hospital universitario San Ignacio, de los que se pretende la responsabilidad civil solidaria por los daños que reclaman los actores, se le causaron a raíz de la prestación de los servicios médicos a la paciente Trinidad Fajardo en julio 07 de 2016, por la postración psicológica y económica que dicen sufrieron debido a los procedimientos médicos, secuelas y tratamientos farmacológicos que se enuncian, sufrió Trinidad Fajardo a consecuencia de la intervención quirúrgica a esta practicada

el 7 de julio de 2016, lo cual pone de presente el interés para deducir en su contra las pretensiones incoadas.

Cabe precisar que lo antes anotado tiene sustento normativo en lo dispuesto a numeral 60 del artículo 177 de la ley 100 de 1993 (D.O. 41148, 23 de diciembre de 1993), por la cual se creó el sistema de seguridad social integral conformado con los regímenes de pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios definidos por la ley para la efectiva realización de los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia enunciados en el artículo 48 de la Constitución Política, dado que la función básica de las EPSs es *“organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”, y la de “establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”*, lo que les impone el deber legal de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, y cuya inobservancia compromete su responsabilidad, sea que lo presten directamente o mediante contratos con las IPS y/o profesionales respectivos (artículo 179, *ejusdem*); siendo principio del sistema organizado, administrado y garantizado por las Entidades Promotoras de Salud, la calidad en la prestación de los servicios de salud, atención de las condiciones del paciente según las evidencias científicas, y la provisión *“de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”* (artículo 153, 3.8, Ley 100 de 1993).

En ese sentido, las EPS son responsables de administrar el riesgo de salud de sus afiliados, organizar y garantizar la prestación de servicios y tecnologías integrantes del PBS, orientado a obtener el mejor estado de salud de los afiliados, para lo cual, entre otras obligaciones, han de establecer procedimientos garantizadores de la calidad, atención integral, eficiente y oportuna a los usuarios en las instituciones prestadoras de salud (art. 2º, decreto 1485 de 1994).

Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las EPSs, no excluyen la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las IPS o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las EPSs, y cuando los prestan mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todos solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.

La responsabilidad de las entidades prestadoras de salud es contractual o extracontractual. Con relación al afiliado o usuario, la afiliación, para estos efectos, materializa un contrato, y por tanto, en línea de principio, la

responsabilidad es contractual, naturaleza expresamente prevista en los artículos 183 de la ley 100 de 1983 que prohíbe a las EPS *“en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados”*, y 16 y 17 del decreto 1485 de 1994, relativos a los *“contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados”* y los planes complementarios; *contrario sensu*, la responsabilidad en que pueden incurrir las EPS respecto de terceros perjudicados por los daños al afiliado o usuario con ocasión de la prestación de los servicios médicos del plan obligatorio de salud, es extracontractual.

Ahora, cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima (art. 2344, Código Civil; cas. civ. sentencias de 30 de enero de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo de 2005, SC-084-2005], exp. 14415).

Entonces, centrados en la rogada responsabilidad y concebida la civil como el deber legal de reparar, resarcir o indemnizar el quebranto inmotivado de un derecho, bien, valor o interés jurídicamente protegido, para su configuración menester es que concurren íntegramente sus elementos estructurales conforme a su clase o especie, cuya demostración, salvo norma expresa contraria corresponde al demandante.

La responsabilidad civil médica, modalidad específica de la profesional, configura un sistema compuesto por la proyección e incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad sicofísica de la persona, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y los derechos fundamentales del sujeto. La salud, es derecho fundamental vinculado a la vida e integridad de las personas, base cardinal indisociable sin la cual el orden jurídico constituiría un simple enunciado vacuo, teórico e inocuo; la prestación del servicio médico y los servicios de salud, constituye derecho esencial del ser humano con singular y reforzada tutela normativa, a punto de constituir un deber constitucional del estado, de las instituciones prestadoras y del profesional.

La protección de la vida humana, salud, dignidad y libertad de la persona, el principio de solidaridad social, reconduce las directrices tradicionales de la responsabilidad más allá de la relación directa médico paciente o de la naturaleza intelectual, liberal y discrecional de la profesión médica (artículos 11, 13, 44, 48, 49, 78, 95 y 366 Constitución Política; ley 23 de 1991, art. 1º, *“El respeto por la vida humana y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual”*).

A las pautas generales de la responsabilidad civil y a las singulares de la profesional, súmanse las reglas, normas, o directrices específicas reguladoras del arte, ciencia o profesión con los cánones o principios

científicos o técnicos de su ejercicio (*Lex artis*), según criterios o procederes usuales en cierto tiempo y lugar, el conocimiento, avance, progreso, desarrollo y estado actual (*Lex artis ad hoc*).

Así, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha indicado que la actividad médica, en la época contemporánea más dinámica, eficiente y precisa merced a los adelantos científicos y tecnológicos, cumple una función de alto contenido social; al profesional de la salud, es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte, sobre él gravitan prestaciones concretas, sin llegar a extremo rigor, considerada la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas.

Bajo esa órbita, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como el error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la *lex artis*, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, ley 23 de 1981 y 8° decreto 2280 de 1981), obviamente, “*el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza*”, incluso éticos componentes de su *lex artis* (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio.

Por ello, la responsabilidad civil profesional se encuentra sujeta a las reglas del ejercicio de la profesión de la medicina, cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo de quien lo causó, o, *in solidum* si fueren varios los autores pues, “*el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico – patológicas*” (cas. civ. sentencia de 13 de septiembre de 2002, exp. 6199).

Tratándose de la responsabilidad médica, indispensable es demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante, sin admitirse, “*un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras*”, ni se

oponga a “que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 *Ibídem*); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio *res ipsa loquitur*”. (cas. civ. sentencia de 22 de julio de 2010, exp. 41001 3103 004 2000 00042 01).

En materia de responsabilidad civil contractual, cuestión determinante y que debe abordarse con cuidado, es la de establecer con claridad el contenido de la obligación.

Para el caso de la responsabilidad médica, ha sido decantada por la jurisprudencia, con características despejadas de doctrina probable, la consideración general acerca de que la principal obligación del galeno es de medio y no de resultado, esto es, que su compromiso se contrae a desplegar una conducta diligente en procura de obtener un fin concreto y específico (la mejora o la preservación de las condiciones de salud del paciente) , que sin embargo no garantiza, salvedad hecha , claro está, que medie pacto entre las partes que así lo establezca.

Y es que se ha entendido que es de medios la obligación del médico porque subyacen infinidad de factores y riesgos, conocidos y desconocidos que influyen en la obtención del objetivo perseguido, razón ésta que ha permitido indicar que en este tipo de obligaciones, el criterio para establecer si se está frente a una de ellas es el del azar o aleatoriedad del fin común deseado (el interés primario que se quiere alcanzar), toda vez que en las obligaciones de resultado esa contingencia es de suyo mínima.

Cumplirá por tanto el débito a su cargo, el médico que despliegue su conducta o comportamiento esperado acompasado, entre otros deberes secundarios de conducta a la buena praxis médica, por lo que para atribuirle un incumplimiento deberá el acreedor insatisfecho, no sólo acreditar la existencia del contrato sino "cuáles fueron los actos de inejecución, porque el demandado no podría de otra manera contrarrestar los ataques que le dirige el actor, debido precisamente a la naturaleza de su prestación que es de lineamientos esfumados.

Afirmado el acto de inejecución, incumbe al demandado la prueba de su diligencia y cuidado, conforme al inciso 3° del artículo 1604 del código Civil, prueba suficiente para liberarlo, “*porque en esta clase de obligaciones basta para exonerar al deudor de su responsabilidad acreditando cualquiera de esos dos elementos (...)*”.

(S.C. del 31 de mayo de 1938, G.J. XLV I n°. 567, reiterada en S.C. de 15 nov. 2013, rad. 20001-3103-005-2005-00025-01).

Hechas las anteriores apreciaciones y descendiendo al caso bajo estudio, las pruebas del proceso acreditan:

Según folios 19-26 (Historia Clínica electrónica CC 63434325 hospital universitario San Ignacio), se verifica que en efecto, a las 7:38 de julio 7 de 2016, la paciente Trinidad Fajardo ingresó a sala de partos del hospital universitario San Ignacio, remitida de Compensar, para histerectomía abdominal total por miomatosis y reportó que ella había presentado abundante sangrado vaginal durante sus periodos menstruales desde hacía 4 meses con coágulos; eco pélvica de marzo 29/16 con hallazgos de útero AVF aumentado de tamaño con presencia de imagen nodular, sólida, corporal lateral derecha, mixta, con algunas calcificaciones internas, entre otras circunstancias que reportó el cuadro clínico que motivó a programarla para esa cirugía.

Igualmente se lee en tal historia clínica, que la paciente reportaba como antecedentes patológicos: hipotiroidismo y artritis; quirúrgicos: cesárea 28 años antes; farmacológicos: Levotiroxina; ginecobstétricos: menarquia a 13 años, FUR:07/06/16; FUP: 30/01/93; G3P1C1A1, y no planificación; y familiares, de cánceres de útero, gástrico y hepático, en hermanas y hermano; también se lee que a partir de ese mismo 7 de julio de 2016, a partir de las 13:56, se le dio el manejo intrahospitalario por medicina especializada, ginecología y obstetricia, con los doctores Carrasquilla - Pinzón, como cirujano y ayudante, en su orden; y los siguientes hallazgos: útero aumentado de tamaño en todos sus diámetros, de 10x8 cmts., globoso, deformado por múltiples miomas que comprometen fondo uterino, y cara anterior de aprox. 4x4cmts, trompas uterinas, ovarios y ligamentos redondos y uterosacros normales; se evidencian adherencias laxas de aprox. 0.5 a 1 cmt. de serosa de recto sigmoide a pared posterior tercio medio uterino, las que se liberan sin complicaciones.

El procedimiento que se le prodigó, se describe así: “Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, cateterismo vesical con sonda Foley y colocación de campos quirúrgicos, se realiza incisión tipo Pfannenstiel y se disecciona pared abdominal por planos hasta ingresar a cavidad, evidenciando hallazgos descritos. Se realiza pinzamiento de ligamentos redondos, corte y ligadura con vicryl 1-0. Se realiza pinzamiento de ligamentos uterovarios, corte y ligadura con vicryl 1-0. Se disecciona hoja anterior de ligamento ancho y peritoneo vesical, separando la vejiga hacia caudal. Se esqueletiza arteria uterina se pinza con heaney, corte y ligadura con vicryl 1-0. Se realiza pinzamiento de ligamentos cardinales con heaney, corte, ligadura y reparo con vicryl 1-0. Se identifica cuello uterino y a este nivel se pinza vagina con heaney y se corta completando la ectomía. Se fija borde de cúpula vaginal a ligamentos cardinales previamente reparados. Se realiza cierre de cúpula vaginal en puntos continuos cruzados con vicryl 1-0. Se realiza hemostasia. Se cierra peritoneo parietal con vicryl 3-0. Se cierra pared abdominal por planos así: fascia con vicryl 1-0, tejido celular subcutáneo en puntos separados con vicryl 1-0 y piel en sutura intradérmica con prolene 2-0”

Reportase también que el recuento de compresas e instrumental se informó, estaba completo, que no hubo complicaciones y que al finalizar el

procedimiento, la orina era clara; que las ordenes post operatorio, fueron trasladarla a recuperación; L. Ringer 120cc hora iv; diclofenaco 75 Mg. IV cada 12 horas; hidromorfona 0.4 Mg C/8 horas iv; ranitidina 50 Mg.iv cada 8 horas; acetaminofén 1 Gr. Vo cada 6 horas; metoclopramida 10Mg. IV cada 8 horas; enoxaparina 40Mg. SC día (iniciar 6 horas POP); CSV-AC; control horario estricto de LA-LE; incentivo respiratorio; y medias de compresión intermedia en miembros inferiores; se realizó cálculo de score de Caprini con puntaje 3 -bajo riesgo- y no requirió tromboprofilaxis ambulatoria; y se habló con familiar de la paciente en sala de espera; todo se reporta en la historia, donde dice que el doctor Carlos Alberto Carrasquilla Valbuena, dio visto bueno, a las 13 horas y 14 minutos de ese 7 de julio de 2016.

Con orden 3886254, el doctor Cristhian Camilo Pinzón Velásquez, le formuló estos medicamentos: Acetaminofén tabletas 500Mg; diclofenaco sódico 75Mg (25Mg/MI). S1n iny ampolla x 3ml; enoxaparina sódica 40 Mg (HBPM) solución inyectable. Jeringa prellenada x 40 Mg; hidromorfona 2Mg/MI solución inyectable. Ampolla X 1; Metoclopramida clorhidrato (5mg/ml). Sol. Iny ampolla x 2ml; ranitidina 50mg (25mg/ml solución inyectable. Ampolla x 2ml y ringer lactato (solución Hartman) solución inyectable 500 ml.

A su vez, con órdenes 7340048 y 7340031, se remitió a estudio de patología código HUSI H752099 y a terapia respiratoria integral código HUSI 939400 UH -incentivo respiratorio.

A los 33 minutos de iniciado el 8 de julio del mismo año, el hospital acá demandado continuó brindándole a la paciente manejo intrahospitalario medicina especializada tomándole sus signos vitales, reportando al examen físico, buen estado general, hidratada afebril, sin dolores a la palpación del abdomen, herida quirúrgica en buen estado, sin sangrado, genitales externos sanos y sin sangrado genital, hemodinamica mente estable, con gastro urinario y control de dolor adecuados, quedando pendiente solo el inicio de deambulaci3n y tolerancia a la vía oral.

Los controles se le mantuvieron brindando a las 7 horas y 35 minutos de julio 8/16, refiriendo la paciente adecuado control del dolor, nauseas ocasionales, no dolor torácico, no emesis, sin dificultad respiratoria, sin síntomas de bajo gastro u ortostatismo, orina clara; mantenía buen estado general, hidratada y sin fiebre, sus tensiones sistólica y diastólica, así como saturaci3n, frecuencias cardiacas y respiratoria, en rangos normales controlados; saturaci3n de 96% y temperatura 36.4; reportó un leve dolor a nivel de la herida quirúrgica, la que estaba cubierta por apósito estéril y se le destapó para comprobar que estaba en buen estado general, sin signos de sangrado ni infecci3n, sin signos de irritaci3n peritoneal, los genitales externos sanos y sin sangrado genital ni edemas exteriores y sin déficit neuronal; evacuando espontáneamente orina clara por sonda, con adecuada evoluci3n de su POP y se decidió retirar la sonda vesical, iniciaron

la dieta y deambulaci3n, continuando el control de sus signos vitales, curva t3rmica y control de LA LE; se mantuvo la orden de medicamentos ya reseñados.

El 9 de julio de 2016, a las 7 horas y 12 minutos, se le realizan los controles de rigor a la paciente, quien refiri3 la misma situaci3n de adecuada evoluci3n del d3a anterior, y como novedad, se lee “diuresis espont3nea”, ya sin sonda y ante ese cuadro de adecuada evoluci3n de su POP, a las 10 horas y 58 minutos, se da orden de egreso a casa e incapacidad por 30 d3as, y recomendaci3n si llegara a reportar claros signos de alarma y control por ginecolog3a, lo que ella refiri3 entender y aceptar; se le formularon como medicamentos acetaminof3n, ibuprofeno y enoxaparina por 7 d3as; se le orden3 dieta corriente y consulta de control o seguimiento por medicina especializada ginecolog3a, en 8 d3as.

A folios 27/28, tenemos el Informe Quir3rgico correspondiente a la historia cl3nica CC 63434325, paciente Trinidad Fajardo, respecto de la cirug3a No. 181697, suscrito por el cirujano Carlos Alberto Carrasquilla Valbuena, ginec3logo y obstetra con registro 79285392, en el que, adem3s de consignar datos incluidos en la historia cl3nica ya examinada, acerca de los profesionales que participaron, diagnostico, descripciones de hallazgos, y procedimientos, se indica que durante 3ste no hubo complicaciones, que la herida se clasific3 como limpia, sin notas quir3rgicas; y los folios 29/30, replican, al condensar la epicirisis, la historia cl3nica ya analizada, en la que se leen, como novedades, que al egreso, se le enlistaron, como signos de alerta a tener en cuenta por la paciente, el que llegue a reportar fiebre, mioma uterino con calcificaciones internas solicitadas por hemorragias vaginales signos de infecci3n en herida quir3rgica, s3ntomas irritativos urinarios o dolor no controlado; que se le recomend3 como actividad f3sica, no fuerza exagerada, deambulaci3n subir y bajar escaleras y una dieta rica en fibra.

A folios 32 a 37, est3n las copias de apartes de la historia cl3nica de la misma paciente reportada por Compensar EPS respecto de las atenciones m3dicas que por la especialidad de ginecolog3a, le brind3 en octubre 7 de 2015, abril 8 de 2016, junio 3 de 2016, setiembre 19 de 2016, octubre 25 de 2016 y enero 30 de 2017; piezas seg3n las que, por lo menos desde junio de 2015, la señora Trinidad Fajardo ten3a un cuadro cl3nico caracterizado por sangrado abundante que dur3 2 meses, cede espont3neamente y se torna irregular; que la 3ltima menstruaci3n la hab3a tenido 7 meses atr3s, que se estaba medicando con metotrexate 10 mg cada 8 d3as, calcio 600 d3a, 5 mg 39x30x29mm diarios de prednisolona, acetaminof3n seg3n dolor, calcitrol, 0.25 mg d3a y que se le diagnostic3 hemorragia vaginal y uterina anormales no especificada, por lo que se envi3 laboratorio estradiol, ultrasonograf3a diagn3stica de mama con transductor de 7MHZ o m3s.

Que volvi3 a control ginecol3gico en abril 08 del año siguiente, con resultados del ecoTV de marzo 29 de 2016 mioma uterino con calcificaciones

internas solicitadas por hemorragias vaginales, dando como diagnóstico: leiomioma intramural del útero y por lo que se le formularon estos medicamentos: Tranexámico ácido en tabletas o capsulas de 500 mg, tomar 2 cada 8 horas por 5 días durante 3 meses tratamiento; se le volvió a formular el laboratorio estradiol, y en esta oportunidad se le ordenó practicar exámenes de tomografía axial computarizada de abdomen total, incluida la pelvis, se le explican los riesgos de la cirugía, lo que no acepta, porque comenta los antecedentes de cáncer de útero en hermanas.

A los casi 2 meses, vuelve a control, con resultados de TAC abdomino pélvico contrastado, que muestra miomatosis uterina mixta calcificaciones internas de 29x30x29mm+infiltración de grasa hepática difusa, refiriendo dolor pélvico intenso así como el temor por los antecedentes de cáncer endometrial de sus hermanas, al igual que reporta que su última menstruación la tuvo 2 meses antes; se le ordenó entonces, la histerectomía abdominal total ampliada, para contrarrestar el diagnóstico del leiomioma intramural del útero.

De acuerdo con estas documentales, la paciente no muestra haber asistido al control post operatorio que al egreso del hospital San Ignacio se le ordenó para 8 días después del 7 de julio de 2016, pues la copia de su historia clínica, por ella aportada y vista a folio 35, informa que volvió al médico, pero especialidad urología, más de 2 meses después de la cirugía, vale decir, en setiembre 19 de 2016, cuando refirió incontinencia permanente, que no orinaba espontáneamente y a la revisión por sistemas, no refirió hallazgos positivos pero al examen físico, reportaba buen estado general; se le diagnosticó incontinencia urinaria y se le ordenaron exámenes de urocultivo (antibiograma de disco), creatinina en suero, orina u otros y urografía intravenosa, todo ello, con el fin de iniciar estudio por sospecha de fistula y para descartar IVU; y si todo salía normal, se le haría urodinamia.

En octubre 3/16, asistió a control de urología con resultados del urocultivo positivo para proteus sensible a cipro, por lo que se le recetó tomar una tableta de 500 mg de ciprofloxacino cada 12 horas durante 10 días y tomarse un urocultivo (antibiograma de disco), como control a los 5 días después de terminar el tratamiento antibiótico; el segundo control urológico lo tuvo en cita prioritaria de octubre 25 de 2016, cuando llevó el urocultivo post tratamiento, con cipro positivo para ecoli blees positivo, persistía la incontinencia permanente y polaquiuria, por lo que se le ordena valoración prioritaria por infectología a fin de negativizar cultivo para realizar urodinamia.

Hasta enero 30 de 2017, reporta la siguiente visita a urología, en la que se verifica que fue valorada por infectología y se le trató con nitrofurantoina, se le indicó tomar la urodinamia a las 72 horas y el resultado fue: goteo de orina desde los 150 ml que impidió el llenado; el detrusor era estable, FP no obstructivo, detrusor de buena contractilidad. ALPP 81 CMH20; que estaba en buen estado general al examen físico, se le diagnosticó otras

incontinencias urinarias especificadas; le formularon tomar Nitrofurantoina en tabletas o capsulas de 100mg, una cada noche durante 30 días y, para continuar profilaxis, tomar una cistoscopia transuretral, que al parecer, debió acudir a practicársela el 16 de febrero a las 14:20 horas, porque se trataba de una paciente con alta sospecha de fistula vesicovaginal.

A folios 38/41, tenemos las copias de la historia clínica que de la paciente Trinidad Fajardo, emitió Clínica Palermo, de acuerdo con la que se le atendió en abril 27 de 2017 a las 9:45:40, por el episodio 1360978, para tomarle una cistoscopia, la que se realizó sin complicaciones, por el diagnostico de ingreso fistula vesicovaginal, mismo que reportó al egreso, cuando se le recomendó beber abundantes líquidos, consumir los antibióticos según pautas recomendadas e ir a urgencias si mostraba como signos de alarma fiebre, escalofríos, empeoramiento del estado general normal, ardor al orinar, ganas de orinar con más frecuencia, y/o sangre en la orina, y asistir a cita de control con doctor Rojas con urografía por TAC.

Esa documental informa que a la paciente se le autorizó el procedimiento, pero no llevó el resto de paraclínicos porque dijo, se los entregarían el lunes, autorizándola para que los llevara el día de la cirugía, advirtiéndole que si había anormalidad en esos resultados, se podría cancelar la intervención; la lectura de los resultados de la urografía por TAC (Fl. 40), pone de relieve que la imagen tomada era compatible con fistula vesicovaginal; la uretrocistografía (fl.41), dice que preliminarmente no se ven alteraciones, la vejiga no reportaba defectos de llenado o compresiones extrínsecas y encontraron que la fistula estaba hacia el aspecto posterosuperior de la vejiga y hacia la cúpula vaginal.

A folio 42 están los resultados de la urografía excretora de setiembre 27/16, clínica del Country, en la que se verifica que la fase de eliminación era simultánea a los 3 minutos y que los sistemas pielocaliciales de ambos lados aparecían normales y que aun cuando los trayectos uretrales seguían su curso habitual, a nivel de la unión ureterovesical derecha, había un pequeño ureteroceles de 10mm; no había residuos post miccionales.

A folios 44 a 47, aparecen los resultados de la urodinamia practicada en Urobosque a la señora Trinidad Fajardo el 19 de enero de 2017, y de acuerdo con estos, se informa que reportaba uroflujometría libre normal, cero residuos post miccionales, detrusor estable, normosensible, capacidad y compliance normales, desde 156ml de llenado se aprecia incontinencia por goteo que es casi continua el resto del estudio; ALPP 81 cm/H2O a los 236 ml de llenado; que la presión/flujo aparecían detrusor normal no obstructivo y se le recomienda, dado su antecedente quirúrgico y tipo de incontinencia de goteo continuo, evaluar la fistula y que debía continuar con su esquema de antibiótico ya iniciado.

A folios 48 a 50, aparecen copias de los resultados de laboratorio clínico de junio 8 de 2017, dentro de los que se destaca, como relevante por el tema que nos ocupa, que el uroanálisis no reporta siquiera bacterias; a folio 51

está la lectura del resultado del electrocardiograma que en junio 7 de 2017 hizo Cardiológicas Ltda., que no resulta relevante para el asunto que nos concita, misma característica que debe pregonarse sobre el resultado de la radiografía de tórax vista a folio 52, clínica del Country.

Las copias de historia clínica vista a folios 53/59, clínica Palermo, de junio 14/17, dan cuenta de la cirugía para corrección de fistula vesicovaginal, con diagnóstico ingreso otras fistulas de las vías genitourinarias femeninas, que no reporta situaciones anormales; a folio 57/9, se verifica que acudió a clínica Palermo en julio 20 de 2017, 35 días después de la cirugía de corrección de la fistula, porque tenía fiebre y vómito, cefalea, dolor de abdomen en hipogastrio y en columna lumbar, odinofagia y estornudos; se le observaron sedimentos urinarios en orina y sospecha de infección urinaria por los resultados positivos de los paraclínicos, pero sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, lo que se recomendó tratar con manejo medico ambulatorio analgesia, solución salina 0.9%x500ml, hioscina+dipirona y a folio 60 está la factura que por \$17.300, a nombre de Trinidad fajardo, emitió clínica Palermo, la que se repitió a folio 78.

A folios 61/2, están 6 facturas diversas que se repitieron a folios 79 y 79^a, y en adelante hasta el folio 77 se ven las copias de los contratos individuales de trabajo a término fijo inferior a un año, que aparecen suscritos en agosto 01 de 2016, por Trinidad Fajardo como propietaria del establecimiento comercial minimercado Yireth, NIT 63434325, empleadora, con: a) el señor Oscar Rafael Becerra Farfán, empleado (conductor), liquidaciones despido por justa causa respecto de tal contrato, fechadas mayo 31 de 2017 y setiembre 30/17; b) con la señora Luz Marina Ariza Gerena, empleada (cajera-vendedora) y liquidaciones despido por justa causa respecto de tal contrato, fechadas mayo 31 de 2017 y setiembre 30/17 y c) con la señora Johana Catherine Vivas Alfonso, empleada (cajera-vendedora) y liquidaciones despido por justa causa respecto de tal contrato, fechadas mayo 31 de 2017 y setiembre 30/17.

A folios 82 a 85, militan las prescripciones de incapacidades médicas dadas en clínica Palermo a la señora Trinidad Fajardo en abril 26 de 2017, por un día, con ocasión del diagnóstico fistula vésicovaginal; en junio 16 de 2017, por 30 días, con ocasión del diagnóstico otras fistulas de las vías genitourinarias femeninas; en julio 20 de 2017, por 4 días, con ocasión del diagnóstico infección de vías urinarias sitio no especificado y en agosto 4 de 2017, por 5 días, con ocasión del diagnóstico infección de vías urinaria, sitio no especificado.

A folios 86 a 105, se aportaron 20 facturas de venta emitidas con diversos valores por Multicanal Comercial Ltda., en diversas fechas que van entre setiembre 25 de 2016 y junio 03/17, al cliente Mercados Jireth, contacto Trinidad Fajardo; a folio 106, se allegó el estado de cuenta emitido por clínica Palermo a nombre de la paciente Fajardo Trinidad en abril 26/17, por \$11.900; a folios 107 a 113, están: un comprobante de venta del

05/02/2018 por \$31.800 de copias; copias de la solicitud radicada a secretaría de Salud de Bogotá No. 2018ER10553 de febrero 12 de 2018, por el señor Gustavo Adolfo Jácome Alfonso, pidiendo certificados de existencia y representación de Compensar, Famisanar, Cafam, Colsubsidio y hospital San Ignacio y de las respuestas recibidas a tal petición.

A folios 181/82, vemos la certificación de Compensar acerca de la afiliación a esa EPS, en el plan de beneficios de salud, de Martha Idalith Ariza Fajardo, siendo su empleador Carvajal Tecnología y Servicios SAS, NIT 890321151, desde febrero 1 de 2012, teniendo como beneficiaria a Trinidad Fajardo y con un ingreso base de cotización de \$3'008.870; e igualmente, que la cotizante venía afiliada desde marzo 18 de 2009, por diversos empleadores.

A folios 183 a 215, la certificación sobre las autorizaciones que Compensar EPS ha dado para prodigar servicios de salud a la señora Trinidad Fajardo, desde enero 01 de 2015, hasta marzo 21 de 2019.

A folios 216 a 251, las copias de apartes de la historia clínica de la misma paciente reportada por Compensar EPS respecto de las atenciones médicas que por las especialidades de reumatología, ginecología y medicina general, le brindó en julio 31 de 2015, octubre 7 de 2015, noviembre 3 de 2015, marzo 22 de 2016, abril 8, 18, 26 de 2016; junio 3 de 2016, setiembre 19 de 2016, octubre 3 y 25 de 2016, enero 30 de 2017 y febrero 16 de 2017; de la misma forma, de las copias de la historia clínica electrónica en la que el hospital universitario San Ignacio documentó las atenciones que por medio de Compensar como EPS, le brindó a la señora Trinidad Fajardo en enero 15 de 2016, junio 14, 21, 22/16; julio 7 al 9, 14, 15 y 19 de 2016; setiembre 13 de 2016; también, de las copias historia clínica en la que la clínica Palermo documentó las atenciones que por medio de Compensar como EPS, le brindó a la señora Trinidad Fajardo entre marzo 9 y agosto 31 de 2017.

De estas piezas, destacamos que :

En la especialidad REUMATOLOGÍA es atendida por el Dr. Andrés Alfonso González Romero 11201925 en julio 31 de 2015, al que consultó por control, enfermedad actual artritis reumatoide; dice *“ha presentado dolor abdominal y episodios recurrentes de diarrea. Se llevó a colonoscopia con hallazgo de colitis, se tomaron biopsias. Pérdida de peso de 4kg. Síntomas dolores mixtos en rodillas y manos, episodios intermitentes de sinovitis.”* Diagnóstico MO58 OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS SEROPOSITIVAS. (fl. 216)

Por GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA en octubre 7/15 la atendió el profesional Jairo Arturo de la Ossa Castellar 72009620, en cita de control, enfermedad actual: “paciente de 48 años quien es remitida por cuadro clico de 4 meses de evolución caracterizado por sangrado abundante que duro 2 meses y dice espontáneamente y se torna irregular, refiere además ant de masas de mama+ant familiares de CA. – Hace más de 2 años no se controla las masas mamarias” Evolución y control Satisfactoria.

Antecedentes ginecológicos “Menarquia:13 histerectomía: Falso. Fecha última menstruación: 2015/02/15. Fecha último parto: 1993/01/30. Gestas 3 partos: 1 Aborto: 1 Ectópico: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 2 Gestación: No fecha última citología 2015/02/26 Resultado última citología: Normal”. Diagnóstico N939 HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL-NO ESPECIFICADA, laboratorios formulados 904503: Estradiol, otros exámenes y procedimientos 881201: Ultrasonografía diagnóstico de mama con transductor de 7 MHZ o más + cantidad 1, 89020223. (fl. 217).

REUMATOLOGIA atendida por el Dr. Andrés Alfonso González Romero 11201925 en noviembre 03 de 2015, enfermedad actual: “1. Artritis reumatoide 2. Antecedente de gastritis por H. pylori. Tto: 1. Leflunomide 20mg día 2. Omeprazol 20mg día 3. Levotiroxina 50 mcg día 4. Calcio+vitd 1 día 5. Acetaminofén+codeína cada 8 hr. Rigidez matinal de 10 min. Vas 2/10, vas global 30/100. En cuanto a su evolución y control presenta vsg 8 PCR 11.9 transaminasas normales hemograma normal. Diagnóstico MO58 OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS SEROPOSITIVAS. Conducta: aún con signos de actividad das 28 2.9 se adicionan sulfasalazina 500 mg cada 12 h, se mantiene resto de terapia sin cambios, ss hemograma VSG PCR ALT TSH creatinina uroanálisis control en 3 meses. (fl. 218)

Historia Clínica de urgencias hospital universitario San Ignacio de enero 15 de 2016, atendida por la Dra. Martha Cecilia Botero Archila, médico general registro médico 1032413974; motivo de consulta: *“yo tengo hemorroides y sangre y desde anoche tengo diarrea dolor de estómago y vomito”* enfermedad actual: Cuadro clínico de 3 días de evolución que inicio con dolor en hemorroides y sangrado de las mismas que desde hace 1 día se asocia a dolor abdominal generalizado deposiciones diarreicas con sangre (20 episodios) y emesis de contenido alimentario (5 episodios). Revisión por sistemas: Refiere sincope el día de hoy en sala de espera de husi hace 3 horas. Refiere tres meses de evolución de tos ocasional expectorante con secreción amarilla con pintas negras.

Diagnósticos: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, Infección anogenital por virus herpes simple sin otra especificación e infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores.

Paciente femenina de 48 años con antecedente familiar de múltiples patologías oncológicas y de viaje reciente a Arauca quien consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución que inició con dolor en hemorroides y sangrado de las mismas que desde hace 1 día se asocia a dolor abdominal generalizado deposiciones diarreicas con sangre (20 episodios) y emesis de contenido alimentario (5 episodios) y sincope de aproximadamente de 1 de evolución, quien refiere 3 meses de evolución de tos ocasional expectorante con secreción amarilla con pintas negras. Al examen físico paciente álgica pálida taquicárdica deshidratada, exantema puntiforme eritematoso en cuello, auscultación pulmonar sin sobreagregados, dolor abdominal generalizado de predominio en hemiabdomen inferior, tacto vaginal doloroso

sin sangrado con dolor a la movilización del cuello se palpa masas en región posterior vaginal, tacto rectal con hemorroides externas no trombosas no sangrantes no hay sangrado activo ni detritos de sangre. Se observan lesiones compatibles con herpes vaginal, resto de examen dentro de límites normales.

Se comenta con Dr. Rusinque Urgenciólogo de turno quien considera dejar paciente en observación con líquidos endovenoso manejo analgésico con hidromorfona y antiemético, se solicita CH PCR electrólitos función renal coproscópico RX de tórax y ecografía pélvica transvaginal, paciente será revalorada por servicio de urgenciología con resultados. Plan Observación, lactato bolo de 1000 y continuara 70 cc hora, hidromorfona 0.2 MG IV ahora metoclopramida IV. SS CH PCR función renal electrolitos RX de tórax y eco pélvica transvaginal EKG”

Medicamentos formulados en urgencias: Hidromorfona 2mg/ml solución inyectable. Ampolla x 1 ml, metoclopramida clorhidrato (5mg / ml), Ringer lactato (Solución Hartman) Solución inyectable 1000 ml. Exámenes y procedimientos ordenados: Electrocardiograma de ritmo o de superficie (sod), Radiografía de tórax (PA O AP y lateral, decúbito lateral, oblicuas o lateral) con bario. Cloro, coproscópico, creatinina en suero orina u otros, eritrosedimentación (velocidad sedimentación globular-VSG) automatizada, hemograma IV (Hemoglobina hematocrito recuento de eritrocitos índices eritrocitarios leucograma recuento de plaquetas índices plaquetarios y morfología electrónica e histrograma) Automatizado, magnesio en suero u otros fluidos, nitrógeno ureico, potasio en suero u otros fluidos, proteína C reactiva alta precisión automatizado, sodio en suero y otros fluidos, ecografía pélvica ginecológica transvaginal, masa en región posterior vaginal tacto doloroso.(fls. 219-220).

A folios 221 y 222, se verifica que la paciente es valorada con los resultados paraclínicos por el Dr. Javier Danilo Salazar Mojica 80110844, los cuales dieron pie para diagnosticarle: Gastroenteritis de origen viral en resolución, hiponatremia leve y sinusitis?

En control de GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA de marzo 22 de 2016, Dr. Jairo Arturo de la Ossa Castellar, acude para lectura Eco de mama que muestra quistes simples bilaterales –BI RADS II LABS DEL 10-03-2016 tsh 7.8 UROANÁLISIS IVU (No tratada) estradiol: 91 – refiere que en urgencias se le DX mioma a nivel cérvix, no sangrado, no dolor. Motivo por el cual consulta. Evaluación y control: Satisfactoria. Diagnóstico: INFECCIÓN VIAS URINARIAS–SITIO NO ESPECIFICADO. Medicamentos formulados: Cefalexina Capsula 500 mg, levotiroxina tableta 50 MCG, ultrasonografía pélvica ginecología transvaginal. Conducta: se sol eco tv, se inst manejo para IVU, se inst manejo para hipotiroidismo, control con resultados. (fl. 223).

A folio 224, control GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA de abril 08 de 2016, Dr. Jairo Arturo de la Ossa Castellar, paciente de 49 años G2P1 quien acude

con reporte de eco TV del 29/03/2016 mioma uterino con calificaciones internas solicitadas por hemorragias vaginales, Evaluación y control: Satisfactoria. Diagnóstico D251 LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL ÚTERO. Medicamentos formulados: Tranexamico acido tableta 500 mg cantidad 30 tomar 2 TAB Co cada 8 Horas 5 días. Laboratorio formulado estradiol, Exámenes: tomografía axial computada de abdomen y pelvis (abdomen total). Conducta: se sol TAC abdomen, se sol estradiol, se explica riesgo QX (no acepta) comenta antecedentes de CA de útero hnas.

En cita con medicina general Dr. Iván Camilo Pinzón Rocha abril 18 de 2016, motivo de consulta “Es que se me inflama un tobillo” de una semana de evolución viene presentando tumefacción y dolor en el cuello de pie y pierna izquierda. Diagnóstico: M069 ARTRITIS REUMATOIDE NO ESPECIFICADA M796 DOLOR EN MIEMBRO E039 HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO. Medicamentos formulados: Levotiroxina tableta 50 mcg cantidad 40, tramadol solución oral 100/10 mg/ml/ml 6 gotas cada 8 horas. Exámenes: Ultrasonografía de tejidos blandos en las extremidades inferiores con transductor de 7 MHZ o más. Conducta: se da de alta con formula de medicamentos, alertas para reconsultar ante deterioro del estado general de salud, persistente fiebre mayor a 38 grados o dificultad respiratoria, cita control, continuar con ttos de base. (fl. 225)

A folio 227 se aprecia que en cita de control GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA de junio 03 de 2016, Dr. Jairo Arturo de la Ossa Castellar, se le diagnosticó D251 LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO, Otros Exámenes y/o procedimientos HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA SOD Cantidad: 1 Conducta: SE DA ORDEN DE HISTERECTOMIA.

En consulta de especialista por GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA del hospital San Ignacio de junio 14 de 2016, Dra. Juanita Alexandra Reyes Rojas 1020722418, se lee entre otros, que ha presentado sangrado vaginal abundante durante sus periodos menstruales desde hace 4 meses, con coágulos. Ciclos regulares de 28 x 10 días con uso de 10 toallas al día, no sangrados intermenstruales. refiere salida de flujo verdoso fétido, pruriginoso desde hace 1 mes y se le diagnosticó: 1. MIOMATOSIS UTERINA. 2. VAGINOSIS BACTERIANA Análisis: Paciente de 49 años remitida de compensar para una realización de histerectomía abdominal total por miomatosis uterina, hace falta reporte de citología para posterior programación de la cirugía. al examen físico estable hemodinamicamente, no sirs, no sdra, al examen ginecológico flujo blanquecino verdoso no fétido. Paciente cursando con vaginosis bacteriana por lo cual se formula metronidazol óvulos 500 mg c24 horas por 10 días. se solicita cita de control con resultado de citología para determinar conducta quirúrgica. se dan recomendaciones, paciente refiere entender. (fls. 228-229).

A folio 230, se reporta la consulta de especialista por GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA Dr. Carlos Alberto Carrasquilla Valbuena 79285392, Motivo de la Consulta: "PARA REALIZAR HISTERECTOMIA" Diagnóstico: 1. MIOMATOSIS UTERINA. 2. VAGINOSIS BACTERIANA, presenta reportes paraclínicos; refiere inicio tratamiento metronidazol, se decide entonces programar para histerectomía abdominal total, se entregan ordenes de autorización, cita anestésica, bhcg para 1 semana antes de la cirugía, se explica procedimiento, riesgos y complicaciones, diligencia consentimiento informado, se resuelven dudas, se direcciona a la oficina de programación en el 5 piso del husi con documentación, se resuelven dudas. Exámenes y procedimientos ordenados orden 7305951 consulta externa: Gonadotropina Corionica Subunidad Beta Cualitativa Prueba De Embarazo En Orina O Suero para una semana antes de la cirugía, Histerectomía Total Abdominal SOD.

En junio 22 de 2016, se le atendió en Anestesia General Dra. Marion Margarita Ponce Iglesias 36562069, -Hemorragia vaginal y uterina anormal no especificada, Concepto: Paciente de 49 años ASA II, clase funcional I, actividad física mayor a 4 meta, quien será llevada a procedimiento de riesgo cardiovascular intermedio. En el momento no presenta signos o síntomas que sugieran condición cardíaca o respiratoria activa. Se explica la técnica anestésica con sus riesgos y posibles complicaciones y se resuelven dudas. Paciente refiere entender y aceptar conducta y en constancia de lo anterior firma consentimiento informado. Recomendaciones: Ayuno de 8 horas previo a procedimiento -Continuar sus medicamentos el día de la cirugía -Asistir con acompañante en ropa cómoda -Traer consentimiento informado el día del procedimiento. (fl. 232).

A folio 239 se encuentra historia clínica con descripción quirúrgica Cirugía No. 181697, Cirujano Especialista Carlos Alberto Carrasquilla Valbuena Ginecología y Obstetricia.

Tuvo atención por urgencias en julio 14 de 2016, motivo de consulta: "*tengo mucho dolor abdominal y salida de agua sangre por la vagina, por histerectomía total 07/07/16*". (fl. 242)

En consulta especializada de julio 14 de 2016, Dra Ana Sofia Aguilar Posada GINECOLOGIA y OBSTETRICIA, concepto: Paciente de 49 años en quien se realizó histerectomía abdominal total el 07/07/16 por miomatosis uterina quien consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en secreción serohemática escasa por vagina. niega dolor pélvico. niega fiebre. niega síntomas urinarios. adicionalmente refiere episodio de sincope ayer y mareo. al examen físico impresiona con palidez mucocutánea taquicárdica sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica. sin dolor abdominal blando, no doloroso, no masas. herida quirúrgica eritematosa. con dehiscencia parcial a nivel del tejido celular subcutáneo del tercio medio de aproximadamente 1cm. escasa secreción serohemática no fétida. fascía indemne y con dehiscupula sana sin evidencia de sangrado genital. se

realiza eco pélvica tv sin evidencia de colecciones a nivel cúpula vaginal. no liquido libre. ovarios sanos. se considera paciente con sincope en estudio. llama la atención la presencia de palidez mucocutánea marcada y le ve taquicardia en el contexto de paciente en pop sin embargo al examen ginecológico sin sangrado. se decide inicio de manejo con metoclopramida 1 ampolla iv ahora. ss hemograma, ekg, glucometría. se revalorara con resultados. se explica, refiere entender acepta.

Medicamentos Formulados: Metoclopramida Clorhidrato (5 mg/ mL) Sol Iny Ampolla x 2 mL, Dicloxacilina 500 mg. Cápsula, Naproxeno 250mg. Tableta. Exámenes Y Procedimientos Ordenados: Electrocardiograma de Ritmo o de Superficie SOD, Glucometría. Hemograma Iv (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Indices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Indices Plaquetarios Y Morfología Electrónica E Hiatograma) Automatizado. (fl. 243)

A folio 244 se aprecia que el mismo julio 14 de 2016 MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA emitida por la Dra. PAULA CATALINA TORRES JAUREGUI-Ginecologia y Obstetricia 1098625914 se indica "se valora paciente. presenta leve leucocitosis x neutrofilia hb dentro de límites normales se descarta anemia signos vitales ta 110/60 b*c 90 frls. eco pelvica tv sin evidencia de colecciones a nivel cúpula vaginal. no liquido libre. ovarios sanos.se considera paciente con isosuperficial se inicia manejo con dicloxacilina por 7 días. se cita el lunes 18/07/16 para nuevo control se explica a la paciente recomendaciones x signos de alarma" Diagnósticos: OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES ESPECIFICADAS.

Consulta especializada por GINECOLOGIA y OBSTETRICIA de julio 19 de 2016, a folio 245, motivo de la Consulta: "ME SALE AGUA SANGRE" inició manejo antibiótico el cual refiere paciente no ha tolerado de manera satisfactoria." me estoy tomando una tableta al día por intolerancia" niega dolor pélvico. niega fiebre. niega síntomas urinarios. Se recibe reporte de anatomía patológica 15/07/16 útero histerectomía cérvix quistes de naboth cervicitis crónica leve metaplasia escamosa inmadura endometrio decidualizacion estromal inflamación aguda cambios auto líticos, miometrio leiomioma clásico adenosis. Revisión por Sistemas: sin alteraciones del hábito intestinal, sin síntomas urinarios irritativos. Diagnósticos: OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES ESPECIFICADAS.

Posterior al reporte de anatomía patológica del 15/07/16, Conducta: paciente con cuadro clínico descrito en el momento con evolución satisfactoria al examen físico signos vitales dentro de límites normales abdomen con dehiscencia de herida qx de 1 cm de aspecto sano con fascia indemne, se hace retiro de puntos sin complicaciones, examen ginecológico sin evidencia de sangrado cúpula bien suspendida. Dado que la paciente presenta intolerancia al antibiótico formulado en consulta previa por urgencias, se realiza cambio a cefalexina 500 mg cada 8 hrs por 7 días, se

explica cuadro clínico actual, continuar con curaciones de herida quirúrgica, se explica cuadro clínico se entrega reporte de anatomía patológica refiere entender y aceptar. Drs. Carrasquilla – Polanco.

En consulta especializada por GINECOLOGIA y OBSTETRICIA de septiembre 13 de 2016, Motivo de la Consulta: "ME SALE ORINA ", Enfermedad Actual: Paciente de 49 años en quien se realizó histerectomía abdominal total el 07/07/16 con adecuada evolución de herida quirúrgica, terminó antibioticoterapia con cefalexan por 7 días con control de iso, en el momento refiere incontinencia urinaria espontanea, sin otra sintomatología asociada. revisión por sistemas: sin alteraciones del hábito intestinal, sin síntomas urinarios irritativos. conducta: paciente con cuadro clínico descrito en el momento con evolución satisfactoria al examen físico signos vitales dentro de límites normales herida quirúrgica con adecuada cicatrización no signos locales de inflamación, examen ginecológico sin evidencia de sangrado cúpula bien suspendida , no se evidencia fistulas en pared anterior de vagina, salida de orina uretral espontanea, se considera paciente puede cursar con IVU crónica no resuelta , se solicita de manera ambulatoria urocultivo e interconsulta por urología, se explica a la paciente quien refiere entender y aceptar. Drs. Carrasquilla- Garzón. Exámenes y procedimientos ordenados: Coloración Gram Y Lectura Para Cualquier Muestra, Urocultivo (Antibiograma concentración Minina Inhibitoria Automatizado) y Consulta de Control o Seguimiento por Medicina Especializada. (fl. 246)

A folios 247, se presenta historia clínica de UROLOGÍA atendida por la especialista Silvia Riveros García 52701223 septiembre 19 de 2016, Motivo Consulta primera vez tengo un problema enfermedad actual refiere en julio de 2016 histerectomía abdominal total refiere incontinencia permanente, usa toalla permanente, 10 toallas maternas al día. no logra micción espontanea, no toma líquido para evitar incontinencia. Conducta: pte con incontinencia permanente post histerectomía. se inicia estudio con urocultivo, creatinina y urografía excretora. por sospecha de fistula. descartar ivu. si todo es normal se hará urodinamia.

En octubre 03 de 2016, la misma especialista en evolución 1, remite Medicamentos Formulados y/o Administrados: ciproflóxacino tableta 500 mg Cantidad: 20 Vía Administración: Oral Dosificación: Tomar 1 cada 12 horas Duración del tratamiento: 10 Día(s). Recomendaciones: laboratorios formulados urocultivo [antibiograma de disco]+ Conducta: trae urocultivo positivo para proteus sensible a cipro. urografía excretora normal, (pequeño ureterocele derecho), se da manejo ab para ivu con cipro y control con urocultivo. (fl. 248)

En consulta de octubre 25 de 2016 de UROLOGÍA folio 249, atendida por la especialista Silvia Riveros García refiere en evolución 2 Conducta: trae urocultivo postto con cipro positivo para e coli blees positivo. persiste incontinencia permanente, y polaquiuria, usa 10 toallas maternas al día. se

da orden para valoración prioritaria por infectología dado que está muy sintomática y requiere negativizar cultivo para realizar urodinamia.

Historia clínica control de UROLOGÍA enero 30 de 2017, con la misma especialista indica incontinencia permanente post histerectomía (10 toallas maternas al día) ürografía excretora normal ivu por e coli bles positiva enfermedad actual, en oct se remitió a infectología para negativizar cultivo y poder realizar urodinamia, valorada por infectología, dan manejo con nitrofurantoina, indican tomar la urodinamia a las 72 horas. trae el resultado: goteo de orina desde los 150 ml que impide el llenado, el detrusor es estable, fp no obstructivo, detrusor de buena contractilidad. alpp 81 cmh20. Conducta: paciente con alta sospecha de fistula vesicovaginal. se solicita cistoscopia, continuar profilaxis. se realizará el día 16 de febrero 2:20 pm. explico a la paciente el procedimiento. (fl. 250)

Evolución 1 de febrero 16 de 2017, control de UROLOGÍA Conducta: CISTOSCOPIA asepsia, antisepsia, instilación local de lidocaina gel, se pasa el cistoscopio con lente de 30 grados, camisa 19, identifico uretra sana, cuello vesical normal, escape de orina por vagina permanente durante todo el llenamiento, no se logra identificar el orificio fistuloso al examen bimanual. se realiza prueba con isodine solución resultando positiva.) remito a iv nivel a corrección de fistula vesico vaginal, especialista Silvia Riveros García. (fl. 251)

A folios 282 a 336, está el CONCEPTO MEDICO RELATIVO A LA ATENCION DE LA PACIENTE TRINIDAD FAJARDO, emitido por la doctora Laura Elvira Nivia Martínez, de cuyo texto, se extraen como conclusiones, que los procedimientos médicos llevados a cabo desde el abordaje clínico y paraclínico (tanto ambulatorio como hospitalario), hasta el planteamiento de un manejo quirúrgico ante la presencia de la miomatosis uterina, fueron adecuados, pertinentes, necesarios y debidamente soportados en la evidencia científica.

En el consentimiento informado se anotó la posibilidad de lesión vesical y ureteral, siendo el riesgo de formación de fistula vesicovaginal una situación ampliamente documentada en la evidencia científica, posterior a cirugías como la realizada a la señora Trinidad para la resección de su útero. El riesgo se puede materializar a pesar de garantizar una adecuada y correcta técnica quirúrgica, y de llevar a cabo otras actuaciones médicas para mitigarlo.

Los procedimientos médicos llevados a cabo desde el abordaje clínico y paraclínico (tanto ambulatorio como hospitalario), hasta el planteamiento de un manejo quirúrgico ante la presencia de una fistula vesicovaginal, fueron adecuados, pertinentes, necesarios y debidamente soportados en la evidencia científica.

A folios 337 a 343, vemos el ejemplar en copia del contrato de prestación servicios de salud JUR-INST 001/2005 suscrito en junio 22 de 2005 entre Compensar EPS y hospital universitario San Ignacio.

A folios 382 a 573, reposa historia clínica electrónica que hospital San Ignacio envió en CD y en 274 folios impresos.

A folios 574 a 592, está la hoja curricular del doctor Carlos Alberto Carrasquilla, quien tuvo a su cargo la práctica de la histerectomía abdominal total de la señora Trinidad Fajardo, hoja de vida en la que se reflejan tanto su perfil profesional idóneo para haberla realizado, como especialista en ginecobstetricia desde 23 años atrás, y con una experiencia profesional aplicada desde diciembre de 1987, ocupando cargos , inclusive, como coordinador de cirugía ginecológica, así como profesor de gineco obstetricia, todo ello, debidamente acreditado, lo que nos muestra lo poco probable que resulta atribuirle, prima facie, impericias o negligencias.

A folios 595 a 821, los dictámenes periciales suscritos por los doctores Javier Ardila Montealegre y Alejandro Fernández Duque, traídos por el hospital San Ignacio.

A folios 843 a 890, el dictamen rendido por Lynda Torres Castellanos, explicando en primer lugar, la metodología: leyó y estudió detalladamente las historias clínicas de los centros de atención (Hospital Universitario San Ignacio, Clínica Palermo) correspondientes a la señora Trinidad Fajardo , sumado a la revisión y conocimiento de artículos científicos, protocolos y guías médicas relacionadas con fistula vesico-vaginal secundaria a intervenciones quirúrgicas.

Y con estribo en lo anterior, al responder el cuestionario formulado por Compensar, encontramos que a la pregunta de si la medicina, en particular en la especialidad de urología, es una ciencia exacta, respondió que urología y medicina no lo son y explicó que por esa razón, biológicamente los seres humanos reaccionan de manera diferente a cada enfermedad o tratamiento, sin que sea previsible el resultado, y que de hecho, muchos de los desenlaces pueden provenir del azar. Luego, al absolver la pregunta de si la lesión vesical era un riesgo inherente del procedimiento de histerectomía abdominal total, dijo que las cirugías pélvicas y, en particular la histerectomía, es ampliamente considerada como una causa importante o factor de riesgo para la formación de fistula de órganos pélvicos y explicitó que “existen varios mecanismos de formación de fistulas, como la lesión directa durante la disección de la vejiga, el uso de suturas que se incorporan a la vejiga que, a pesar de ser de material absorbible, pueden causar necrosis por presión de la pared de la vejiga, con pérdida del tejido normal y formación de la fistula. Adicionalmente, las infecciones postquirúrgicas (en ausencia del útero que actuaría como barrera entre la vagina y tejidos paravaginales) puede ser fuente de formación de fistulas. También en la peri-menopausia los bajos niveles de estrógenos conllevan a cambios degenerativos del tejido vaginal, lo que el tejido más susceptible a procesos

infecciosos/inflamatorios. Así mismo, puede existir distorsión en la anatomía (por los miomas), adherencias anormales tisulares (producto de intervenciones previas como cesáreas o endometriosis) y la exposición a radioterapia.”

Y con base en lo expuesto, siguió respondiendo el cuestionario así: “Una fistula es la comunicación anormal entre dos superficies epiteliales. Una fistula vesico-vaginal es la comunicación anormal entre la vejiga y la vagina, en la cual se crea un orificio/trayecto que, dado la diferencia de presiones entre cada cavidad (vejiga/vagina), genera el paso permanente de orina hacia la vagina y, como consecuencia, el escape permanente de orina a través de la vagina.”

Acerca del caso concreto, en torno a si la fistula vésico-vaginal en la paciente Trinidad Fajardo fue producto de una lesión vesical, contestó que “Al revisar la descripción quirúrgica número 181697 del 7 de julio de 2016, en los hallazgos no se documenta ninguna lesión advertida de la vejiga. De hecho nombran desde el inicio de la cirugía el uso de sonda vesical Foley (la cual mantiene la vejiga vacía durante el procedimiento y permite cuantificar además el gasto urinario). Adicionalmente hablan de la disección del peritoneo vesical separando la vejiga hacia caudal (significa que se desplazó la vejiga hacia inferior como medida para no tener contacto con ésta estructura). Por lo anterior, no se puede hablar de que existiera una lesión vesical advertida como causa de la fistula descrita.

En el caso de la paciente la causa de la fistula pudo tener origen inflamatorio, tenía como factor predisponente antecedente de cesárea la cual puede causar adherencias tisulares. Adicionalmente, como se describió previamente las suturas utilizadas durante el procedimiento pueden causar necrosis por presión de la pared vesical con pérdida del tejido normal y la formación de la fistula. Otro posible mecanismo es la pérdida de barrera entre la vagina y la vejiga (el útero está en el intermedio) y el contacto entre estas dos estructuras en un entorno pro-inflamatorio postquirúrgico puede también generar la fistula. Es decir, hay múltiples causas posibles de formación de fistula vesico-vaginal en este caso.”

Continuó la experta planteando, sobre la tasa de incidencia de la lesión vesical con posterioridad a una histerectomía abdominal total, que “La fistula vesico-vaginal es la causa más común de fistulas adquiridas del tracto urinario. En el año 2012 se publicó un estudio inglés que incluyó 343.771 pacientes, donde se documentó una tasa total de 1 en 788 (95% intervalo de confianza 768 - 868), pero que puede variar dependiendo de la indicación de la histerectomía, siendo menor cuando es por prolapso versus otras condiciones benignas (como miomatosis), donde la tasa es 1 en 540. No hay diferencia entre la tasa de fistulas de acuerdo a la vía de abordaje quirúrgicos (abdominal, vaginal, laparoscópico).

En el año 2009 se publicó el resultado de una cohorte de 220 casos de fistula vesicovaginal donde, de estos 220 casos, 138 (62.7%) fueron causados por

histerectomía por condiciones benignas, 67 (30.4%) por histerectomía en patología maligna y, el resto, por otras intervenciones obstétricas.”

Y al concretar si en el caso de la señora Trinidad Fajardo, la fistula vésico-vaginal que se formó a consecuencia de una lesión vesical (riesgo advertido en el consentimiento informado), fue producto de una mala praxis médica, esto manifestó: “Es conocido que la lesión inadvertida de la vía urinaria es una causa importante en la formación de fistula vésico-vaginal pero, en este caso no se documentó una lesión advertida de algún órgano del tracto urinario. Como se mencionó anteriormente hay múltiples causas predisponentes a la formación de fistulas y, en ésta paciente, hay factores identificables que pudiesen predisponerla a ésta entidad:

- Antecedente de cesárea (creación de adherencias tisulares anormales que distorsionan la anatomía)
- Útero aumentado de tamaño en todos los diámetros y deformado por los miomas (distorsión anatómica)
- Factores no identificables como la reacción inflamatoria propia de los tejidos

Al revisar la descripción quirúrgica se evidencia que se tomaron las medidas que previenen una posible lesión de la vejiga, como lo es el uso de sonda vesical Foley (la cual mantiene la vejiga vacía durante el procedimiento) y la disección del peritoneo vesical separando la vejiga hacia caudal (significa que se desplazó la vejiga hacia inferior como medida para no tener contacto con esta estructura). Adicionalmente, las evoluciones de hospitalización documentan "diuresis por sonda-orina clara". Aumentaría la sospecha de una lesión vesical si se hubiese documentado hematuria (sangre en la orina), en alguno de los eventos hospitalarios. Teniendo en cuenta lo descrito, no hubo mala praxis.”

Sobre las preguntas de cuál es el tratamiento a seguir una vez la paciente refiere incontinencia urinaria posterior a una histerectomía abdominal total y si en el caso de la señora Trinidad Fajardo, tal tratamiento se realizó y si se llevó a cabo de manera oportuna, explicó que “Cuando existe sospecha de una fistula vesico-vaginal, el manejo inicial es el drenaje continuo vesical, es decir, dejar con sonda vesical. Posterior, se inician los estudios pertinentes para documentar la fistula (cistoscopia, urografía por tomografía) y, con base en estos, se planea la intervención quirúrgica.

En el caso de la paciente Trinidad Fajardo a los dos meses del control postoperatorio se documentó por primera vez “incontinencia urinaria espontánea”, al examen físico documentan salida de orina a través de la uretra y no hay en ese momento sospecha de fistula, razón por la cual es remitida a urología (ese mismo mes fue valorada). Desde esa consulta le solicitan urografía excretora, documentada como normal y, le solicitan

urodinamia y cistoscopia. Inicialmente no se realizó paso de la sonda uretral mientras se realizaban los estudios.

Los exámenes para el estudio de la fistula: urografía por tomografía y cistoscopia fueron pertinentes para el estudio de la fistula vesico vaginal.”

Continuó respondiendo que el tratamiento indicado y abordaje médico a seguir una vez identificada la presencia de una fistula vésico vaginal, después de una cirugía como la que se le practicó a la señora Fajardo en HUSI, era:

- Colocar una sonda vesical
- Estudiar la fistula:
 - o Urografía por tomografía (descartar compromiso ureteral)
 - o Cistoscopia transuretral
- Esperar epitelialización del tejido (aproximadamente 12 semanas en condiciones benignas)
- Realizar manejo quirúrgico: resección de la fistula vesicovaginal⁹

Frente a la pregunta de si el tratamiento brindado por los servicios de urología de la IPS básica de Compensar y de la Clínica Palermo a la señora Fajardo Trinidad fueron oportunos, pertinentes y adecuados, atestó la experta que “La incontinencia urinaria se documentó en septiembre de 2016 (dos meses después del procedimiento quirúrgico). Desde que se documentó la incontinencia hasta el diagnóstico y tratamiento de la fistula pasaron 9 meses.

Respecto al diagnóstico, en la Clínica Palermo realizaron los estudios pertinentes para documentar la fistula vesico-vaginal (urografía por tomografía, cistoscopia e incluso cistografía) y, con los resultados, se pudo caracterizar adecuadamente la fistula como causa de incontinencia urinaria permanente. Con base en estos estudios se planeó el manejo quirúrgico mediante resección de la fistula por vía vaginal el cual fue exitoso. Es decir, los estudios para documentar la fistula y el manejo dado a la misma, fueron pertinentes y adecuados.

Se le averiguó también a la perito si la fistulectomía es el gold standard para el tratamiento de las fistulas y, en este caso, de una fistula vesico- vaginal y sobre ello, dijo que había “distintas técnicas para corrección de una fistula vesico-vaginal. Independientemente de la técnica que se utilice, se deben cumplir los principios de corrección de una fistula que son: cerrar por separado cada orificio (en este caso el orificio vaginal y el orificio vesical) e interponer entre los dos tejidos un colgajo, lo anterior es un estándar en el manejo de las fistulas vesico vaginales.

El abordaje para el procedimiento se puede realizar vía vaginal y vía abdominal. No hay experimentos clínicos aleatorizados que comparen estas vías de abordaje. Hay una revisión sistemática y meta análisis del año 2017, en la que no encuentran resultados que favorezcan una intervención versus la otra, ya que no pueden determinar de manera precisa la tasa de complicaciones y éxito.

Ya sea con abordaje abdominal o vaginal, el objetivo es la corrección de la fistula (fistulectomía) y, por lo tanto, la cirugía es el tratamiento de elección para la fistula vesico-vaginal.”

Sobre la pregunta de si conforme a la revisión de la historia clínica, después de la cirugía realizada para el cierre de la fistula, practicada el 14 de junio de 2017, la paciente continuó con incontinencia urinaria, respondió que “En la historia clínica de control el 31 de agosto de 2017 describe que no hay incontinencia, y solo se documentó un episodio de incontinencia urinaria de urgencia, polaquiuria y nicturia (síntomas de síndrome de vejiga hiperactiva que corresponde a una entidad con fisiopatología completamente diferente a la incontinencia producida por la fistula vesico-vaginal, la cual correspondería a incontinencia urinaria permanente)”;

además, señaló que “No se documentaron indicios de recurrencia de la fistula (de acuerdo a la historia clínica del 31 de agosto de 2017).”

Igualmente, dijo que la incontinencia urinaria producto de una fistula vesico- vaginal no es una condición totalmente incapacitante que amerite reposo permanente en la casa o que empeore con las actividades de la vida diaria.

Explicó enseguida que “Esta entidad afecta principalmente la calidad de vida de las pacientes. Una paciente con fistula vesico-vaginal puede realizar las actividades diarias y si, por ejemplo, utiliza pañal, debe tener los cuidados básicos de la piel para evitar dermatitis, pudiendo llevar su vida normal. Si utiliza sonda vesical, ésta debe ser cambiada mensualmente, y se puede portar incluso de manera discreta sin generar dolor o daños físicos.”

Al final del cuestionario respondió, de acuerdo con su experiencia y la revisión de la historia clínica de la paciente, que cuando se le hizo la corrección quirúrgica de la fistula a la señora Trinidad Fajardo, en el control postoperatorio del 31 de agosto de 2017, se describe “urocultivo negativo” y no hubo consecuencias por la bacteriuria descrita previamente y que tampoco se documentan secuelas ni persistencia de los síntomas asociados a la fistula vesico vaginal. El tratamiento quirúrgico fue exitoso.

Por último, al responder si de la revisión de historia clínica, el tratamiento y abordaje médico brindado a la señora Trinidad Fajardo desde que se documentó la presencia de incontinencia urinaria y hasta su egreso de la Clínica Palermo, se ajustó a la *lex artis*, esto dijo: “Cuando se documentó el síntoma de “incontinencia” la paciente fue remitida a valoración por un

urología (SIC) que es el profesional idóneo en el manejo de esta patología. Durante la valoración urológica se realizaron los exámenes necesarios para poder caracterizar la fistula, y así indicar el tratamiento con corrección quirúrgica. Es decir el abordaje inicial y el tratamiento fueron los indicados.

Se ofreció manejo quirúrgico con el estándar de manejo para esta entidad, y se realizó la corrección de la fistula vesico-vaginal con el consentimiento de la paciente, donde se anotaron los riesgos de la cirugía y se consiguió un resultado satisfactorio que, en este caso, es lograr la continencia después del manejo de la fistula. Con base en lo anterior el proceso se ajustó a la Lex Artis.”

A folios 970 a 986, vemos las respuestas del ministerio de Salud a nuestras solicitudes probatorias acerca de las situaciones reportadas en la base de datos única de afiliados de ese ministerio respecto de Oscar Rafael Becerra Farfán, Yohana Catherine Vivas Alfonso, Luz Marina Ariza Gerena, acorde con las que se constata que la base de datos de la planilla integrada de liquidación de aportes PILA no reportaba que estas personas aparecieran aportando como empleados de la señora Trinidad Fajardo.

Del análisis en conjunto a ese caudal probatorio, debe concluirse que el resultado insatisfactorio que denuncia la parte actora, al señalar que la fistula vesicovaginal apareció en la humanidad de la señora Trinidad Fajardo a consecuencia de la histerectomía practicada en el hospital San Ignacio, no fue producto de impericia médica, ni a falta de atención o de atención inoportuna por parte de los entes aquí demandados, pues ello ocurrió, según los dictámenes recaudados, porque para 2016, ese era un riesgo asociado o inherente al acto quirúrgico, y según la literatura médico científica consultada por el perito especialista en ginecología y obstetricia, doctor Javier Ardila, los estudios sobre las complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna efectuados por Hollman-Montiel JP, Rodríguez Aguiñiga G, Vol. 6 No.1, enero-abril 2014 y citados por el experto en cita en su dictamen, “las complicaciones secundarias a este procedimiento son múltiples y pueden afectar cualquiera de los órganos por vecindad como intestino delgado, intestino grueso (Colon), vejiga, uréter o cualquiera de los sistemas involucrados por la intervención quirúrgica tales como trombosis venosas, embolias pulmonares, infecciones, sangrado, hematomas”.; y que, además, “la cirugía pélvica dentro de las cuales se encuentra la histerectomía abdominal total se complica con fistulas vesico-vaginales en un porcentaje que oscila entre 0,1 a 2% y se considera que la histerectomía abdominal total causa hasta el 75% de todas las fistulas vesico-vaginales”.

Y al responder este experto en el tema, a la pregunta de si la lesión vesical está descrita como riesgo dentro de la práctica de una histerectomía, respondió que “Si. Desde luego que la lesión vesical dada por ruptura de la vejiga dentro de la cirugía que se puede identificar y corregir de inmediato; como la fistula vesico-vaginal que se identifica días y hasta semanas

después de la cirugía por la sintomatología que presenta la paciente y que generalmente corresponde a sensación de humedad permanente en vagina que posteriormente se identifica como salida involuntaria de orina a través de la vagina incluso sin esfuerzo alguno ocasionalmente acompañándose de infección urinaria e irritación vulvo-vaginal por el contacto permanente con la orina. La razón por la cual se identifica la fistula semanas después corresponde a que después de la histerectomía se produce necrosis focalizada de pequeñas zonas de la pared vesical con inicio del proceso de regeneración celular (proceso de cicatrización) y del proceso inflamatorio con la formación de vasos nuevos, migración de fibroblastos y posteriormente colágeno de tal manera que se forma el trayecto fistuloso comunicando dos órganos que en condiciones normales no lo hacen como en este caso particular la vejiga con la vagina. Si bien es cierto no es la complicación que con mayor frecuencia se presenta en la histerectomía, si es evidente que la mayoría de fistulas vesico-vaginales se presentan posteriormente a la realización de la histerectomía abdominal debido a que la vejiga se encuentra adosada a la pared anterior del útero y por tanto, debe separarse obligatoriamente de este para poder realizar la extracción uterina. Este procedimiento durante la histerectomía puede ser más difícil técnicamente cuando existen adherencias en la cavidad abdominal como en este caso particular que en la descripción quirúrgica registra adherencias laxas (folio 00202 de HUSI).”

Adicionalmente, véase que ese riesgo inherente en términos generales, para el caso particular de la señora Trinidad Fajardo, se incrementaba debido a sus especiales condiciones personales de antecedentes médicos, pues según este especialista, “Si bien es cierto que toda histerectomía puede complicarse con fistulas vesico-vaginales, también debe considerarse que algunas pacientes tienen esta probabilidad aumentada por sus condiciones personales tales como esta paciente tenía en sus antecedentes:

1. Adherencias intraabdominales previas por las cirugías anteriores tales como la cesárea en este caso (folio 00170 de HUSI)
2. La patología de base referida por la paciente (Artritis Reumatoidea) con tratamientos crónicos previos que afectan el proceso de cicatrización haciéndolo menos efectivo tales como el Metotrexate, Prednisolona y Cloroquina (folio 00002 de HUSI)

Pero no solo lo anterior nos permite concluir que esa no es la única razón por la que no podrán salir adelante las pretensiones de los aquí demandantes, sino además, porque fue un riesgo cuya existencia se le dio a conocer a la paciente y esta lo aceptó al someterse a la histerectomía que se le practicó ese 7 de julio de 2016 y firmar el consentimiento informado; así se verifica a folios 231 y 233 del expediente, en el que aparecen copias de los formatos de consentimientos por ella suscritos tanto para la cirugía como para anestesiología, y se corrobora con lo que sobre el punto, dijo el experto cuyo dictamen nos mantiene en esta parte del análisis, así:

En la historia clínica del Hospital San Ignacio aparece reportado dicho riesgo como advertido a la paciente?

R/ Si. En el folio 00190 de HUSI se encuentra el documento titulado "PERMISO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA PACIENTE ADULTO" en el que consta que el 21 de Junio de 2016 el Dr. Carlos Alberto Carrasquilla y la Dra. Juanita Reyes explicaron a la señora TRINIDAD FAJARDO, la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica y las posibles complicaciones con los riesgos más probables en su caso, tales como: "Hemorragia, infección sitio operatorio, reintervención, lesión vesical, intestinal, vascular, ureteral, transfusión, UCI, muerte" El documento además se encuentra firmado por la señora Trinidad Fajardo.

Este experto acudió al estrado en mayo 18/21 y nos informó que el dictamen lo elaboró con base en la historia clínica de la paciente y buscó literatura sobre su caso, quien reportaba sangrados irregulares, dolor pélvico y patologías específicas; ratificó lo que se lee en su dictamen, acerca de, entre otros aspectos, las lesiones que se pueden presentar durante el procedimiento de la histerectomía, tales como lesiones en el intestino grueso o el colon, la pelvis, uréteres, la comunicación entre los riñones y la vejiga. Afirmó que lo sucedido en este caso a la paciente es de complicaciones que ocurren entre el 0.1 y el 2% y medicamento era diferencial, porque la paciente cicatrizaba muy lentamente debido al uso de corticoides; que la estrategia del procedimiento se manifiesta en el consentimiento informado donde se explican a la paciente cuales son los riesgos al procedimiento quirúrgico y sus beneficios y que ella firmó el consentimiento.

De la misma forma, explicó sobre la aparición de la fistula que ocurre entre los 7 días y las 3 semanas después de la intervención y que en este caso, la paciente lo reportó a las 3 semanas; que no hay rotura de vejiga, lo que no se puede ver en la cirugía; que el uso de los antibióticos profilácticos para limpieza de zona son para disminuir las bacterias, pero aunque no lo garantizan, si las disminuye; que las adherencias aumentan la separación de la vejiga con el útero, lo que es un factor de riesgo y por último dice que cuando la paciente acude a urgencias por orinas, se le remite en interconsulta a urología, para que sea el experto quien haga el diagnóstico con los exámenes y programe a la paciente para la corrección de la fistula, lo que dijo, puede durar entre 1 y 3 meses.

En relación con el lapso que corrió entre julio 7 de 2016, y setiembre del mismo año, cuando se le diagnosticó a la paciente la incontinencia urinaria, debe acotarse que ello fue resultado justamente del desarrollo fisiológico del fenómeno, puesto que en torno a ello, esto respondió el perito:

¿Puede presentarle incontinencia dos meses después de la realización quirúrgica teniendo en cuenta que la histerectomía se efectuó el 7 de julio de 2016 y la incontinencia fue reportada el 19 de septiembre del mismo

año?

R/ Si. Como ya expliqué anteriormente la fisiopatología de las fistulas vesico-vaginales permite que el proceso entre el evento quirúrgico y la formación del trayecto fistuloso que comunica la vejiga con la vagina sea formado por espacio de semanas enteras.

La razón por la cual se identifica la fistula semanas después corresponde a que después de la histerectomía se produce necrosis focalizada de pequeñas zonas de la pared vesical con inicio del proceso de regeneración celular (proceso de cicatrización) y del proceso inflamatorio con la formación de vasos nuevos, migración de fibroblastos y posteriormente colágeno de tal manera que se forma el trayecto fistuloso comunicando dos órganos que en condiciones normales no lo hacen como en este caso particular la vejiga con la vagina.

Y si analizamos las respuestas conclusivas que el otro experto actuante como perito en este evento, Urólogo ALEJANDRO FERNANDEZ DUQUE, dio al cuestionario que se le propuso, se verifica la coincidencia entre ambos profesionales de la medicina, desde distintos ángulos de esa ciencia, acerca de las causas de la patología de la señora Trinidad Fajardo. Veamos: al responder sobre los riesgos que para 2016 describía la literatura médica, en la realización de histerectomía total, atestó: “Son:

- Lesión de vejiga, recto y uréteres alrededor de 2% (0,3 al 8%)
- Fístulas vesicales menos al 1%
- Infección urinaria en el 40%
- Infecciones respiratorias y pélvicas.
- Sepsis con posibilidad de requerir cuidado intensivo.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Mortalidad menor al 1%”

A la pregunta de si la lesión vesical está descrita como riesgo dentro de la práctica de una histerectomía, este experto contestó que sí, que es la lesión incidental más frecuente en las cirugías ginecológicas y que en la bibliografía base de su estudio para realizar su dictamen, presentó 5 artículos referencia del tema, diferentes países, hospitales donde muestran un porcentaje similar de prevalencia.

En el mismo sentido, concluyó que de acuerdo con el texto de la historia clínica que de la paciente se lleva en el hospital San Ignacio, aparecía reportado dicho riesgo como advertido a la paciente, como se ve en el consentimiento informado, donde se advierten todos los riesgos y el de lesión de vejiga específicamente.

En torno a si se podía presentar incontinencia dos meses después de la realización de la actividad quirúrgica teniendo en cuenta que la histerectomía se efectuó el 7 de julio de 2016 y la incontinencia fue

reportada el 19 de septiembre del mismo año, este urólogo también contestó afirmativamente y explicó que ello obedecía a que “la formación y organización de la fistula que va a permitir la salida de orina al exterior toma un tiempo, pero es de anotar que la paciente en esa consulta refiere que tiene incontinencia, pero no dice de cuánto tiempo y al examinar se ve salir orina por uretra”.

También encontró que “en las consultas prequirúrgicas no hay referencia a síntomas sugestivos de infección, en el control a los dos meses de cirugía se interpreta el escape de orina como probablemente relacionado a infección urinaria y por eso piden urocultivo y remiten a urología.”; como también concluyó que con base en los hallazgos evidenciados y reportados en control del 13 de septiembre de 2016 en donde se refiere incontinencia espontánea por uretra, si era posible sospechar fistula vésicovaginal, y que “cuando refiere la paciente incontinencia se tiene la sospecha clínica, el doctor Carrasquilla realiza examen físico donde ve salir orina por uretra y revisa la pared anterior de la vagina encontrándola normal por lo tanto descarta ese diagnóstico. Piensa en infección urinaria y remite a urología”, evidencia sobre la que dijo, era prudente remitir para valoración de Urología, como en este caso se hizo, ordenándole a la paciente coloración de gram en muestra de orina, urocultivo y la remiten a urología, la que se concreta el 19 de septiembre en Compensar.

Así mismo, califica a la histerectomía hecha a la Sra. Fajardo como un procedimiento complejo, porque “se trata de la extracción del útero por vía abdominal, órgano que está en posición intraperitoneal, irrigado por múltiples vasos, relacionado y adherido con varias estructuras viscerales, requiere entrenamiento en la cirugía ginecológica, requiere conocer variaciones en la técnica quirúrgica por las diversas configuraciones anatómicas, tiene complicaciones clásicamente descritas que se presentan en todos los centros de mediana y alta complejidad, estas complicaciones siguen existiendo en las técnicas laparoscópicas y robóticas”.

Adicionalmente, coincidió con el Gineco obstetra en que, dada la complejidad del procedimiento histerectomía, si era posible la ocurrencia de lesión de órganos vecinos inadvertida, siendo esa la razón por la que “hay publicaciones al respecto, la estadística se sigue manteniendo a través del tiempo aun en los cirujanos y centros de mayor experiencia, dando estadísticas de lesión vesical durante procedimientos ginecológicos tan amplias como del 0,3 al 8,3 % (trauma urológico guías europeas de Urología página 1467).”, y concluyó que por tales motivos, cuando esa situación acaece, no corresponde a impericia o descuido médico.

Véase además, que al declarar también bajo la gravedad del juramento ante este estrado, el doctor Fernández Duque reafirmó que su dictamen lo elaboró de cara a lo que reportaba la historia clínica de la paciente, de la que se extrae que una semana después de la cirugía, cuando acude la paciente a hospital por una sensación de orina, se le remite a urología,

donde se determina la presencia de fistula abdominal, complicación por la que se le interviene en la clínica Palermo; explica que la miomatosis es la cirugía por sangrado anormal y que, como la vejiga y el útero tienen contacto, pues comparten sus paredes, al existir extracción de unos de esos órganos, se pueden afectar los otros; también, que los corticoides tienen efectos anti inflamatorios; que el uso de corticoides implica que no es responsable el médico por los efectos cicatrizantes anormales y que además, en este caso, la paciente tenía antecedentes de infecciones urinarias, lo que es causado por falencias en sepsis.

Por otro lado, el ginecólogo Carlos Alberto Carrasquilla Valbuena nos dijo también bajo la gravedad del juramento al acudir ante este estrado, que como cirujano principal en el hospital San Ignacio, al practicarle la cirugía a la paciente en julio de 2016, a donde se le llevó justamente porque ella tenía unas dificultades quirúrgicas y por las que se le retiró el útero, ella quedó en buenas condiciones al terminar la cirugía; que el procedimiento fue estándar y dijo en qué consisten las histerectomías como procedimientos mayores después de que la paciente ha estado sometida a cesáreas, que pueden tener complicaciones como infecciones urinarias o gastro intestinales, con el colon o el recto, o el tracto urinario, vejiga, las que son advertidas a la paciente.

Y al responder las preguntas relativas a lo que lo llevaron a describir lo puntualmente sucedido durante el procedimiento, narró que este no se inicia sin el cirujano y sus ayudantes; que la cirugía se hace de la misma manera consecencial del útero; que se cauterizó la vejiga para que estuviera vacía, se retiraron los ligamentos secuencialmente del útero; que si se rompe la vejiga, se advierte orina y que en este caso, ello no ocurrió; que la cirugía era necesaria porque los síntomas de la paciente, de hemorragia, dolor y afectación de los órganos internos, no se podían curar con medicamentos; que él había practicado más de 3500 cirugías y conocía todas las complicaciones.

Por lo anterior, y visto además que la pruebas nos reportan el adecuado tratamiento intrahospitalario que le prodigó el hospital universitario San Ignacio a la señora Fajardo en la especialidad gineco obstetra, como IPS adscrita la EPS Compensar, se robustece la tesis de que no hay lugar a considerar a estas entidades medicamente responsables de los perjuicios referidos en la demanda que nos ocupa; y para ambientar probatoriamente tal aserto, nos remitimos a lo que describe el perito Ardila, al referirse a las atenciones médicas brindadas a la paciente en julio 7, julio 19, setiembre 13 de 2016, reportando inclusive satisfactoria evolución post operatoria, sin síntomas siquiera sugestivos de infección urinaria, e indicando que todo se ajustó a las normas de la lex artis; lo que se afirma con estribo en que, si bien para setiembre 13 de 2016, ya había sospechas de un trayecto fistuloso que no se encontró al examen físico, se le remitió al especialista en el área, que lo era en urología. Así documentó esta circunstancia el perito gineco obstetra, al responder la pregunta: ¿Con los hallazgos evidenciados y

reportados en control del 13 de septiembre de 2016 en donde se refiere incontinencia espontanea por uretra, era posible sospechar fistula vésico vaginal?

R/ Si. El cuadro clínico de salida espontánea de orina por vagina después de una histerectomía abdominal total hace pensar en un trayecto fistuloso a pesar de no encontrarse al examen físico mediante especuloscopia como se hizo en este caso. La razón para buscarlo y no encontrarlo es que la boca del trayecto fistuloso en la vagina puede ser tan pequeño que queda cubierto durante el examen con la mucosa redundante o el mismo espéculo sin poder evidenciarlo claramente especialmente cuando la vejiga se encuentra vacía. Por estas razones es prudente remitir a la paciente a una valoración con el servicio de urología que pueda identificar el trayecto mediante la urografía excretora o la cistoscopia; tal y como se procedió en esta consulta con la paciente.

A la pregunta de si ante evidencia o reporte de incontinencia era prudente remitir para valoración de Urología y que explicara si el galeno del Hospital San Ignacio ordenó dicha consulta, respondió que “Ante la sospecha de una fistula vesico-vaginal debe hacerse la remisión al especialista en esta área. En este caso el ginecólogo que atendió a la paciente el 13 septiembre 2016 pensó en este diagnóstico y solicitó la interconsulta con urología para que se pudiera diagnosticar o descartar el diagnóstico de fistula vesico-vaginal (folios 00271 y 00272 de HUSI).”

En torno a la inquietud de si la cirugía de histerectomía como la realizada a la Sra. Fajardo se considera un procedimiento complejo, contestó que “la histerectomía abdominal total se considera una cirugía mayor por varias razones, a saber:

- Es una cirugía larga (mínimo 2 horas)
- Necesita anestesia regional o general. No se puede realizar con anestesia local
- Es susceptible de tener complicaciones letales como lesiones vasculares produciendo verdaderas urgencias intraoperatorias caracterizadas por sangrados masivos que ponen en peligro la vida de la paciente
- La histerectomía es un procedimiento limpio contaminado, es decir que hay contacto de la flora vaginal (bacterias) con la cavidad abdominal que es estéril, produciendo un aumento de las probabilidades de infección durante el postoperatorio
- La cercanía de órganos como el intestino grueso, delgado y la vejiga que se encuentran en íntimo contacto especialmente entre la cara anterior del útero y la cara posterior de la vejiga que están adosadas por el peritoneo hace que obligatoriamente deba manipularse la vejiga para separarse del útero y poder lograr su extracción. Esta manipulación puede desencadenar lesiones en la vejiga
- La cercanía de la parte inferior del útero y el trayecto de los ureteres hace que exista peligro real de lesionar el ureter especialmente en la

parte de la cirugía en que se fijan los ligamentos cardinales del útero. Esta lesión puede ser de varios tipos: Sección del ureter, acodamiento del ureter con los nudos que hacemos para fijar los ligamentos o ligadura del ureter cuando lo involucramos con cualquiera de los puntos que hacemos en la zona ya sea de fijación o para hemostasia.

- Todas estas razones hacen de la histerectomía abdominal total una cirugía compleja con la posibilidad de tener cualquiera de estas complicaciones que son todas indeseables, pero al mismo tiempo posibles durante la ejecución del acto quirúrgico.

Todo esto explica las razones por las cuales insistimos a las pacientes en que entiendan y hagan consciencia de las complicaciones que pueden presentarse al ejecutar esta cirugía mediante la explicación del consentimiento informado.”

A la pregunta si era posible la ocurrencia de lesión de órganos vecinos inadvertida, dada la complejidad del procedimiento histerectomía y de ser así, si ello correspondía a una impericia o descuido médico, respondió: “Si es posible que se produzca la lesión inadvertida de un órgano vecino durante la realización de la histerectomía abdominal total debido al contacto íntimo del útero con la vejiga y a la cercanía con el recto, intestino delgado e intestino grueso.

Cuando estamos realizando una histerectomía por cualquiera de las causas que indican la cirugía tenemos todas las precauciones posibles para evitar complicaciones como las que hemos descrito previamente, sin embargo, todas las acciones preventivas desde el punto de vista técnico pueden ser ineficaces cuando la anatomía normal está severamente comprometida como por ejemplo pacientes con miomatosis o con cáncer o cuando la calidad de los tejidos de la paciente está afectada por enfermedades de base o por medicamentos tomados crónicamente que hacen más vulnerables los tejidos.

Cuando se presenta una lesión inadvertida durante una cirugía no podemos atribuirlo a impericia o descuido médico ya que el ginecólogo ha tenido un programa de 4 años de entrenamiento para poder hacer un procedimiento de esta complejidad. Lo que debemos entender en esta situación es que existen probabilidades de que se presenten estas complicaciones a pesar de tener las habilidades y competencias necesarias para realizar el procedimiento.”

Finalmente., ambos peritos coincidieron en afirmar que la participación de personal en entrenamiento está legalmente permitida en Colombia al interior de hospitales universitarios como el San Ignacio, no solamente en Colombia sino en el mundo entero, y se explicó que ello era así, porque "es la manera de poder enseñar a los médicos en proceso de entrenamiento los detalles de los procedimientos de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas. Las condiciones en que esta práctica se realiza a diario está regida por el ministerio de Educación por cuanto los médicos en entrenamiento son médicos generales que están llevando a cabo un

programa de 4 años en calidad de estudiantes de postgrado que exige lo siguiente: Los estudiantes de postgrado deben estar acompañados por los especialistas (docentes) durante la realización de los procedimientos y a medida que los médicos en entrenamiento vayan progresando en su programa de forma anual, deberán tener su actividad quirúrgica de acuerdo a la delegación progresiva que le confiere el año de residencia que curse. De esta manera un residente de segundo año ha adquirido las competencias y habilidades necesarias para realizar cesáreas no complicadas y legrados uterinos y podrá hacer estos procedimientos; pero siempre bajo la supervisión de su docente. Esta normatividad deberá además estar contemplada claramente en el documento maestro que exige el Ministerio de Educación a la universidad que avala la especialidad médico-quirúrgica (en este caso Ginecología y Obstetricia) para poder dar el registro calificado al programa y de esta manera ejercer la función de enseñanza y aprendizaje para las futuras generaciones de especialistas”.

Adicionalmente, confluyen al decir que quien estuvo a cargo de la histerectomía abdominal total a la señora Fajardo, fue el doctor Carlos Alberto Carrasquilla Valbuena, como cirujano especialista, quien tuvo como asistente o cirujano ayudante, al doctor Cristhian Camilo Pinzón Velásquez, lo que también se confirma al leer la historia clínica y el reporte efectuado por el cirujano especialista, respecto de la histerectomía abdominal total llevada a efectos en la humanidad de la señora Trinidad Fajardo el 7 de julio de 2016 en el hospital San Ignacio, con lo que se desvirtúa el aserto de la parte actora acerca de que fue el cirujano ayudante quien la realizó.

Por todo lo expuesto, fuerza es concluir que aun cuando es cierto que la afección sufrida por la paciente, consistió en una comunicación entre las células epiteliales de la vagina y las vías urinarias, que se manifestó con una incontrolable emisión de orina a través del conducto vaginal, y que la paciente tuvo una infección en las vías urinarias que debía erradicarse de su sistema para poderle corregir la fistula vesicovaginal, lo que nos informan las pruebas es que ello no constituye motivo para atribuirle negligencia al hospital universitario ni a la EPS acá demandadas por constituir un riesgo secundariamente asociado al acto quirúrgico, como ya se explicitó.

Ahora, si bien la infección de las vías urinarias se prolongó por más de seis meses y la histerectomía se le practicó hasta julio de 2016, y que la paciente acusó una incontinencia urinaria por casi un año y debió someterse a un tratamiento con antibióticos por seis meses, no puede perderse de norte que los tiempos transcurridos se capitalizaron por las entidades acá demandadas, a través de su cuerpo médico, para realizar todas las actividades reglamentariamente diseñadas para adquirir las certezas científicas necesarias en pos de hacer los diagnósticos requeridos para acometer los tratamientos y procedimientos encaminados a contrarrestar las patologías y/o padecimientos de la señora Trinidad Fajardo; significando todo ello que las consecuencias fisiológicas y las graves alteraciones de las relaciones de pareja, débito conyugal, e intrafamiliares, estrés y mal humor

referidas por los actores como motivo para pedir se declaren civil y medicamente responsables a la EPS y a la IPS demandadas, constituyen aspectos sin respaldo probatorio, de cara al amplio arsenal suasorio analizado a lo largo de esta sentencia, que escrutados en conjunto y acorde con las reglas de la sana crítica, permiten comprobar la diligencia, cuidado y pertinencia de los servicios brindados de manera efectiva a la señora Fajardo, por parte de las entidades demandadas.

Por ende, aun de ser cierto que los procedimientos médicos, sus secuelas, los tratamientos farmacológicos que se le brindaron a la señora Trinidad Fajardo para lograr los beneficios en salud que actualmente reporta en lo que tiene que ver con sus anteriores afecciones de la miomatosis y de la incontinencia urinaria, pudieron generar consecuencias económicas y psicológicas a la señora Trinidad y a su grupo familiar, lo indiscutible es que tales efectos no se le pueden atribuir, como causa eficiente, al proceder médico de Compensar EPS ni al hospital universitario San Ignacio, dado que los inconvenientes que se suscitaron en la paciente después de la histerectomía, consistieron en situaciones derivadas del riesgo inherente al acto quirúrgico y además, su ocurrencia se facilitó en específico, por los antecedentes médicos y farmacológicos de la paciente y adicionalmente, eran circunstancias hipotéticas que se le dieron a conocer a la paciente antes de la cirugía, y ella lo aceptó al firmar el consentimiento, de manera que, aun cuando ocurrieron en la realidad, esa ocurrencia no constituye razón legalmente válida para considerar responsables a las aquí demandadas.

Lo anterior, por cuanto el conjunto demostrativo que nutre este expediente, permite verificar que el hospital universitario San Ignacio -en virtud del contrato que lo unía para entonces con la EPS Compensar-, puso a disposición de la paciente Trinidad Fajardo, todo el conocimiento, procedimientos e instrumentos que médica y científicamente existían para ese momento como pertinentes para el estado de la ciencia médica en el área gineco obstetra y urológica para julio de 2016.

No obsta iterar que además, a la paciente se le indicó que la intención y propósito de la cirugía era contrarrestar los síntomas que le producía la miomatosis, como el dolor intenso y secreción sanguínea excesiva, y que se consideró la cirugía como una opción ampliamente recomendada para esos propósitos; que se le explicaron a la paciente sobre los posibles riesgos en el desarrollo de la intervención a practicar y que todo eso se hizo en el marco de una explicación, según se observa en el consentimiento informado, pero sin que tales afirmaciones comprendan una admisión acerca de haber prometido un resultado distinto del que acaeció.

SOBRE LA AUSENCIA DE RELACION DE CAUSALIDAD EN ESTE CASO, COMO ELEMENTO DE RESPONSABILIDAD CIVIL-MEDICA.

Ahora bien, a pesar de que en su interrogatorio, la señora Trinidad Fajardo, dice haber quedado con una incontinencia y haber tenido una infección con

la que lleva todos esos años, ello solo confirma lo que el dictamen explica acerca de esos efectos, secundarios; sin embargo, véase que a la paciente, según se lee en su historia clínica, por lo menos desde enero de 2016, se le detectó una infección ano genital por virus vaginal herpes simple; en marzo 22 de ese mismo año, también reportaba una infección de las vías urinarias y que para junio 16 de 2016, ella refirió salida de flujo verdoso pruriginoso desde hacía un mes y por ello se le diagnosticó vaginosis bacteriana que debió tratarse con metronidazol, lo que traduce en que para el momento de la cirugía y en adelante, ya ella venía orgánica o fisiológicamente propensa a infecciones vaginales, circunstancias que ponen en duda su afirmación de que la sintomatología que en ese mismo sentido infeccioso la afectó después de la cirugía practicada en julio 7 de 2016 en el HUSI, fue producto única y exclusivamente de esa intervención quirúrgica, lo que de contera, desdibuja la presencia del elemento RELACION DE CAUSALIDAD necesario para configurar la responsabilidad civil en la especialidad médica que es objeto de esta causa.

Adicionalmente, su declaración registra unas contradicciones sobre este acápite, pues al inicio afirmó sentirse “en este momento delicada” y que “llevo todos estos años con esa falencia”, para posteriormente responder que después de la cirugía de agosto de 2017 no presentaba incontinencia urinaria, aspecto que le resta credibilidad a su dicho, sin descontar que este último aserto, confirma la efectividad del tratamiento que por vía contractual y por medio de una IPS adscrita, le prodigó Compensar EPS.

En su declaración, Yenny Andreína López Barrientos, solo afirmó en torno al punto en escrutinio, que se había enterado de que doña Trinidad tuvo una incontinencia, lo que, aun cuando es un hecho que indiscutiblemente ocurrió, ya está esclarecido lo que sobre su causa -sobre lo que nada dijo la testigo- dictaminaron los expertos; pero más que ello, lo cierto es que la versión de esta declarante nada relevante aporta sobre el tema, en la medida en que su dicho permite verificar que no conocía la real situación que médica e históricamente reportaba la señora Trinidad Fajardo, pues la versionista atestó que antes de la incontinencia, la señora Trinidad no tenía nada, solo “lo normal, una gripa”, siendo que la historia clínica de la paciente registra variadas patologías desde por lo menos 2015, y véase que esta declarante dijo que convivía con la señora Fajardo desde 2014.

El señor Félix Eduardo Jácome Fajardo, a su vez, en relación con la patología, tratamientos e intervenciones de la señora Trinidad, dijo solo tener conocimiento de que el procedimiento fue después de la cirugía, de forma que su versión no es útil para el propósito que acerca de la relación de causalidad estamos tratando en esta parte de la presente decisión.

Martha Idalith Ariza Fajardo, sobre tal aspecto, afirmó que su mamá no le había comentado de inconvenientes urinarios antes de la cirugía, pero que después que le sacaron la matriz por unos miomas, quedó con ese inconveniente y que aun hasta 2017 sufría de incontinencia, la que mejoró

después de la cirugía; sin embargo, ya se analizó que esos inconvenientes urinarios post cirugía, fueron secuelas riesgosas inherentes al acto.

En su interrogatorio, Compensar dijo bajo juramento, que supo de este caso cuando los citaron a una conciliación y los demandantes plantearon los hechos; que se trata de una intervención quirúrgica practicada por un médico con gran experiencia en su oficio, en el hospital San Ignacio, a una paciente con miomatosis, procedimiento que hizo con todos los estándares de seguridad y sin complicaciones, el doctor Carrasquilla, con quien, dice, no hablaron sobre el tema, pero que se basan en la historia clínica; que el doctor Carrasquilla tiene el apoyo científico con la EPS y no ha tenido inconvenientes con otros pacientes en la obstetricia; que como EPS, tienen un personal en salud idóneo y capacitado y que a la paciente se le atendió con profesionalismo y oportunamente.

El hospital San Ignacio, a su vez, manifestó al ser interrogado, que supo del asunto que nos concita, cuando se presentó la conciliación pre judicial; que leyeron en la historia clínica de la paciente, los detalles sobre una complicación ginecológica, pero que como su actuar fue ético y diligente, no conciliaron; que en el consentimiento informado, a la paciente se le advirtió sobre las complicaciones, que podían ser afectación a las vías urinarias; que en un comité interdisciplinario de calidad que adelantaron, se concluyó que ocurrió esa complicación.

Allianz Seguros en su versión, afirmó que se enteró del tema por el llamado en garantía que se le hizo pretendiendo afectar la póliza por un procedimiento a una paciente, frente al que tanto la EPS como el hospital, les dijo que no hubo error y que a la paciente se le había brindado toda la atención médica.

El testigo Oscar Becerra narró sobre los servicios de transporte que le brindó a la señora Trinidad Fajardo y sus familiares, cuando necesitan desplazarse “como en el año 2016 o 2017”, a Compensar, San Ignacio o clínica Palermo; que le constaba que Trinidad estaba bien hasta que se le presentó un problema médico después de la operación, que ella empezó a usar bolsa porque no retenía líquidos, por lo que debía colocar un plástico en el carro; pero que se enteró de todo ello por lo que oía en el carro que hablaban con los hijos; pero mayormente, la versión de este deponente versó sobre el contrato de transporte que dice, celebró con la demandante Trinidad Fajardo, por manera que su declaración no es útil para establecer las causas de la afección médica de la señora Trinidad Fajardo, ni mucho menos, para determinar la causación del daño, ni la relación de causalidad entre este y los perjuicios alegados por los actores.

Ahora, si bien este testimonio lo tachó hospital San Ignacio por sospechoso, en razón a que, “faltó a la verdad y ha sido evasivo en alguna de las respuestas”, lo cierto es que se desestimará esta mácula en razón a que su versión, que recae, como se vió, sobre un contrato de transporte cuyos

valores se pretenden cobrar a título de daño emergente, no tendrá incidencia en la decisión a tomar en esta instancia, dado que éste no dijo nada que permita establecer o desdibujar la relación causal.

En cuanto al testimonio de Luz Marina Ariza Gerena, se destaca que aun cuando afirmó saber que después de la cirugía, Trinidad quedó mal, porque ella misma le compraba pañales, esta circunstancia fáctica no está en discusión acá, puesto que lo relevante en esta parte del análisis que estamos efectuando, es sobre la relación de causalidad entre el proceder del hospital y Compensar en el tratamiento científico médico que le brindaron a la señora Trinidad y esos efectos, los que como ya se concluyó, eran inherentes al acto quirúrgico-, y como acerca de esa relación causal, nada aporta esta declaración, se desechará, máxime cuando esta declarante afirmó desconocer si la señora Fajardo había tenido antes otras cirugías, y porque además, lo que sigue declarando la testiga, es sobre un contrato que se aportó por la parte actora para tratar de probar el valor de una parte de los perjuicios que exigen se les reconozcan, lo que no ocurrirá en este evento, por la ausencia de requisitos para llegar siquiera al estudio de esos aspectos.

Este testimonio también lo tachó hospital San Ignacio por sospechoso, en razón a los vínculos familiares con los actores y a que “había ocultado información”, mácula que de igual forma se desestimarán en razón a que su versión, se dijo en el párrafo anterior, no se tendrá en cuenta para arribar a las conclusiones de la parte resolutive.

En síntesis, como puede verse del escrutinio a la historia clínica, notas de atención de los galenos y de los dictámenes periciales aportados al instructivo, no hay siquiera indicios que permitan concluir que en la atención quirúrgica de histerectomía abdominal total practicada a la señora Fajardo en julio 7 de 2016 ni en las atenciones que después de ello le brindaron hospital San Ignacio IPS y Compensar EPS, hubiese existido error o negligencia, pues véase que el reporte post cirugía del doctor Carrasquilla Valbuena, al terminar el procedimiento No. 181697, informa que fue sin complicaciones (Fl.239), razones por las que la paciente fue trasladada a recuperación quedando monitoreada hasta el 9 de julio siguiente; ergo, sí hubo atención profesional médica oportuna, circunstancias probadas idóneamente, que habilitan a esta instancia a restarle credibilidad a las afirmaciones de la parte actora, al tratar de atribuirle responsabilidad civil médica a las entidades demandadas.

Así, si no se encuentra demostrada la culpa o nexo causal en el actuar médico, no queda otro camino que el de entender que debe dársele credibilidad a la afirmación del galeno que intervino a la paciente, reforzada con los dictámenes periciales ya analizados, derivada de la naturaleza de la obligación que a cargo de los entes acá demandados, le asignan la ley 100 de 1993 y demás normas y reglas reguladoras de sus actividades como EPS e IPS, respectivamente; puesto que lo afirmado por ellos se soporta en la

evidencia científica, amén de que la obligación primaria contraída por los interpelados era de medios, en contraste de lo cual, y en aplicación de la jurisprudencia enantes anotada, debió la parte actora esforzarse por demostrar que la conducta ya de la EPS Compensar, ora de la IPS hospital universitario San Ignacio y/o de los galenos que atendieron a la señora Fajardo, estuvo alejada de la praxis médica acompañada a la ley 23 de 1981 del momento en el entorno de los hechos, concretada en actos o en omisiones que condujeran a la causación del daño reclamado, sin que las versiones de los demandantes tenga la fuerza probatoria suficiente para corroborar tales actos negligentes, faltando así este extremo de la litis, a la carga que le imponía el artículo 167 del código general del proceso .

Por tanto, aun cuando el apoderado de la parte actora se esfuerza por demostrar que los daños reportados en la demanda fueron producidos por el actuar descuidado o tardío de los entes demandados, tildando a última hora de omisión, descuido y tardanza en la praxis médica, la apreciación del material probatorio, historia clínica de la paciente y demás documentos analizados, confirman la conclusión técnica que los peritos plasmaron en sus dictámenes y que sirven al juzgado para afirmar que la praxis médica cuestionada en realidad fue adecuada y que no tuvo incidencia causal con el daño reclamado, mucho menos, en la “disgregación y separación de sus respectivas familias”, como se enunció en la demanda, al exorar la indemnización por daño a la vida en relación, acerca de lo que, dicho sea de paso, pruebas no se adosaron.

SOBRE LA CULPA, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RELACION CAUSAL.

En lo que toca a la culpa, no hay probanza alguna con la que se les pueda imputar a la conducta de los entes demandados la presencia de culpa; además que en el consentimiento informado se le entregaron a la paciente las informaciones completas y claras, respecto a los riesgos y efectos adversos derivados del procedimiento quirúrgico que le fue practicado, por tanto no se extrae que los daños reclamados sean la consecuencia inevitable del incumplimiento atribuido a los entes accionados sobre la necesaria y suficiente información que deben brindar a su paciente con miras a que esta, en forma libre y voluntaria, pudiera ejercer su derecho de auto determinarse en lo tocante a la intervención médica que se le planteó, pues pudo contar con información suficiente acerca de otra alternativa que la ciencia ofrecía a su padecimiento y contó además con conocimiento adecuado sobre los riesgos previstos, usuales en la posibilidad quirúrgica que se le ofreció y aceptó.

En efecto, si el daño jurídicamente relevante es aquella lesión antijurídica a un interés lícito ajeno, debe establecerse que la conducta violatoria de ese interés esté causalmente legada con el perjuicio objeto de reclamación judicial.

Sobre el consentimiento informado que debe obtenerse del paciente, ha precisado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

*“(…) Para la Corte es de sumo interés, por las aristas del caso, detenerse un tanto en la conocida figura del consentimiento “informado” o, con mejor denominación, “ilustrado”, débito de singular importancia en el ejercicio de la actividad médica que sin duda pesa sobre quien presta tan caro servicio, quien corre además con la carga de su acreditación (art. 177 del C. de P. C.). Ese imperioso deber, cuya satisfacción, por regla, ha de remontarse a las etapas anteriores a la ejecución del acto médico, pero no se extingue del todo, necesariamente, durante los periodos subsiguientes, no emergía para nada ajena al evento sub lite, respecto de la cual no se avizora la presencia de circunstancia alguna que autorizara prescindir de la aludida prestación.”.*¹ (M.P. Pedro Octavio Munar C. Sent, 19 de diciembre de 2005. Ref. Exp. No. 05001 3103 000 1996 5497- 01).

Precisamente, sobre el galeno pesaba satisfacer ese deber de ilustración acerca de la naturaleza, riesgos, inconvenientes, ventajas y expectativas de las intervenciones quirúrgicas a practicar a la señora Fajardo, como presupuesto indispensable para obtener el consentimiento de la paciente, abriendo paso, a la configuración del acuerdo de voluntades cuya ejecución motivó la práctica del procedimiento quirúrgico y el desenlace obtenido en el post operatorio como se encuentra documentado.

Se podría concluir que estamos en presencia de un evento adverso al procedimiento médico recibido por la paciente, quien fue atendida de manera adecuada, en lo referente a la ejecución de los actos médicos, esto es, los que buscaron su recuperación con respecto al estado de salud que presentaba.

Lo anterior se soporta en la ausencia de nexo causal entre la violación del deber de información y las afectaciones que como secuela inherente a los actos médicos, denuncian ahora los demandantes como pábulo de las indemnizaciones acá exoradas. Es que el interés jurídico tutelado cuando se requiere que el paciente dé asentimiento a la práctica quirúrgica previa información suficiente que ha obtenido de la misma y de otras circunstancias según lo antes dicho, radica en la protección de derechos fundamentales (autonomía, libertad y dignidad humana) y no propiamente la evitación de un perjuicio que, con información o sin ella, puede llegar a materializarse como secuela de la intervención quirúrgica que comporta riesgos.

Por lo discurrido, se evidencia que en el presente evento, no se conjugan los presupuestos de la responsabilidad médica, no quedando otro camino que negar las pretensiones enarboladas, en la medida que no se evidencia nexo causal entre el procedimiento quirúrgico realizada a Trinidad Fajardo ni en las conductas desplegadas en la praxis médica realizada por los galenos que la atendieron, a cargo de la EPS Compensar y en el hospital universitario San Ignacio, con los daños que acá se denuncian, lo que de contera, cierra la posibilidad de atribuirles la responsabilidad que le endilgan los actores y por ende, no hay lugar a condenarles al pago de los perjuicios reclamados.

De tal forma que en esa línea de argumentación, se declararán prósperas las excepciones que se enlistan enseguida, teniendo en cuenta para ello lo discurredo, a lo que se le agrega que lo probado acá es que la incontinencia urinaria, la aparición de la fistula y la infección urinaria que finalmente reportó la paciente, fueron eventos resultado del riesgo inherente al acto quirúrgico que, aun cuando no deseado, fue imprevisible e irresistible, lo que se confirma con las declaraciones de los peritos, pues la doctora Lynda Torres Castellanos, dijo que en 2009 se publicó un resultado de una cohorte de 220 casos de fistula vesico vaginal, de los cuales el 62.7% fueron causados por histerectomías en condiciones benignas, como en este caso ocurrió; y por su parte, el perito urólogo Alejandro Fernández Duque, informó que la literatura médica vigente para 2016, describía como riesgos en la realización de histerectomía total, alrededor de un 2% (0.3 al 8%), de lesión de vejiga, un 1% de fistulas vesicales y un 40% de infecciones urinarias, lo que permite concluir que a pesar de haber sido una situación con una incidencia muy baja y de esa forma muy difícil de prever, lo que concuerda con lo atestado por el perito gineco obstetra Javier Ardila, cuando al responder sobre los riesgos que para 2016 describía la literatura médica en la realización de la histerectomía total, afirmó que la cirugía pélvica, dentro de las que se cataloga la histerectomía abdominal total, se complica con fistulas vesico vaginales en un porcentaje que oscila entre 0.1 a 2% y que la histerectomía abdominal total causa hasta el 76% de todas las fistulas vesico vaginales, lo que lleva a concluir que en este caso, lo ocurrido extraordinariamente a la paciente, encaja en la tasa de ocurrencias excepcionales, lo que no descarta que se trate de un riesgo inherente, que en el presente asunto, lamentablemente acaeció.

Por lo expuesto, se declararán exitosas las excepciones “Ausencia de conducta culposa por parte de Compensar eps- de las obligaciones contractuales en el marco del aseguramiento en salud; Asunción y concreción de los riesgos propios del procedimiento médico, que fueron aceptados por la demandante -del consentimiento informado; Ausencia de conducta culposa- carga de la prueba y obligaciones de medio; Ausencia de daño antijurídico como elemento imprescindible de la responsabilidad civil medica; y Los perjuicios solicitados no resultan indemnizables ante la inexistencia de responsabilidad civil, propuestas por Compensar; así como la Ausencia de daño y relación causal, alegada por el hospital universitario San Ignacio, subrayando que, en aplicación de lo previsto a inciso 3 del artículo 282 del código General del proceso, como la prosperidad de estos medios defensivos implican la negación de todas las pretensiones, no es menester analizar ni resolver sobre las restantes.

Lo anterior conduce a abstenernos de pronunciamiento sobre los llamamientos en garantía y las defensas que los llamados efectuaron, por la potísima razón de que, acorde con lo previsto en el artículo 66 del código general del proceso, aquello deviene procedente, cuando en la sentencia se decida condenar al pago de indemnizaciones o restituciones a cargo del llamado, lo que en este evento, no ocurrió.

Por último, en lo que atañe a la objeción que Compensar y Allianz como llamada en garantía efectuaron frente al juramento estimatorio, no se aplicarán los efectos previstos en el artículo 206 del código General del proceso, en la medida en que no se conjugan los presupuestos del inciso 4 ni en el párrafo final de tal normativa, en la medida en que no hubo condena y por ende, no existen cifras determinadas para establecer la diferencia entre guarismos, y tampoco se analizó siquiera lo atinente a los perjuicios.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el juzgado Veintitrés civil del circuito de Bogotá, DC, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO:DECLARAR PROSPERAS las excepciones *“Ausencia de conducta culposa por parte de Compensar eps- de las obligaciones contractuales en el marco del aseguramiento en salud; Asunción y concreción de los riesgos propios del procedimiento médico, que fueron aceptados por la demandante - del consentimiento informado; Ausencia de conducta culposa-carga de la prueba y obligaciones de medio; Ausencia de daño antijurídico como elemento imprescindible de la responsabilidad civil medica; y Los perjuicios solicitados no resultan indemnizables ante la inexistencia de responsabilidad civil, propuestas por Compensar; así como la Ausencia de daño y relación causal, alegada por el hospital universitario San Ignacio.*

SEGUNDO: En consecuencia, NEGAR las pretensiones enarboladas por la parte demandante.

TERCERO: Abstenernos de pronunciamiento sobre los llamamientos en garantía y las defensas que los llamados efectuaron, por lo expuesto en la considerativa.

CUARTO: No aplicar los efectos previstos en el artículo 206 del código General del proceso, en lo que atañe a la objeción que Compensar y Allianz como llamada en garantía efectuaron frente al juramento estimatorio, en la medida en que no se conjugan los presupuestos del inciso 4 ni en el párrafo final de tal normativa, dado que no hubo condena y por ende, no existen cifras determinadas para establecer la diferencia entre guarismos, y tampoco se analizó siquiera lo atinente a los perjuicios.

QUINTO: DESESTIMAR las tachas tendidas sobre los testimonios de Luz Marina Ariza Gerena y Oscar Becerra, por las razones explicitadas en los considerandos.

SEXTO: CONDENAR a los demandantes en las costas del proceso, señalando como agencias en derecho \$10'000.000 M.Cte.

Notifíquese y cúmplase,

TIRSO PEÑA HERNANDEZ
JUEZ

Firmado Por:
Tirso Pena Hernandez
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 023
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **de29097163282d82d8ba5d93f1c36889fbf5a1e7ac51e515af28c8bc1822fcda**

Documento generado en 27/10/2022 01:27:43 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>