

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

[ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (03) de dos mil veintidós (2022). ´ .

Radicación: **11001 31 03 023 2021 00042 00 - acumulada.**

**OBEDEZCASE y CUMPLASE** lo resuelto por la sala civil del tribunal superior del distrito judicial de Bogotá D.C, al declarar su falta de competencia para conocer en segunda instancia del presente asunto a esa superioridad remitida, al considerar que como lo pretendido en esta acumulación es el pago de sumas de dinero por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, derivados de los servicios médicos prestados a pacientes, corresponde conocer este caso a la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Con base en lo anterior, por secretaría dese cumplimiento a lo dispuesto en auto de julio 27 de 2021 (*cuaderno 3*) remitiendo la apelación de auto concedida en efecto suspensivo – (*únicamente en lo que respecta a la acumulación*) al Tribunal Administrativo de este Distrito Judicial de Bogotá, para lo de su cargo. Art. 324 del C. G. del P. Oficiese.

NOTIFIQUESE,

**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: **343d2d172d5e625fc68d0ab1133f80399cfd2cd3c4011955e33afee07fd835b6**

Documento generado en 03/05/2022 05:06:26 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (03) de dos mil veintidós (2022).

Radicación: **11001 31 03 023 2021 00097 00**

Conforme la documental vista a posiciones 38/49, se dispone:

**PRIMERO:** Obren en autos las manifestaciones, declaración juramentada y documental allegada por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, juzgado 01 civil circuito ejecución sentencias valle del cauca y superintendencia de Sociedades, las que se ponen en conocimiento de los demandantes para los fines a que haya lugar.

**SEGUNDO:** Por último, se conmina a los extremos de la Litis, para que en adelante den estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 3° del decreto legislativo 806 de junio 4 de 2020, en sentido enviar a su contraparte a través del medio que consideren pertinente y conducente un ejemplar de todos los memoriales o actuaciones que realicen, junto con copia incorporada al mensaje enviado a este despacho judicial, lo anterior, a efecto de evitar futuras peticiones de esta misma índole.

NOTIFIQUESE,

**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: **933cdf4bd8c4f585b9282594ef1b43f023dff8b53bf5f3575142c2fed412113c**

Documento generado en 03/05/2022 05:04:54 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (3) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232021 00179 00

De acuerdo al informe secretarial y documental vista a posición 54 a 65, se dispone:

1.- Agregar a los autos la citación que para el trámite de la notificación personal, trata el artículo 291 del código General del Proceso, obrante en la posición 54 del expediente digital.

2.- Por otro lado, no se tendrá en cuenta la notificación por aviso allegada por la parte actora y que reposa a posición 65 del expediente, como quiera que al tratarse de la notificación del mandamiento de pago, la misma no se ciñe a lo dispuesto a inciso segundo del artículo 91 *ibídem*.

3.- Decantado lo anterior, en atención a la documental recibida vía correo electrónico (*posc. 59 a 60*), se reconoce personaría al abogado JUAN CARLOS REYES RAMÍREZ, para actuar como apoderado judicial de la ejecutada, en los términos y para las facultades del poder de sustitución conferido.

4.- Como consecuencia, se tiene por notificado a CARMEN ANDREA PINTO GONZALEZ, por conducta concluyente, de conformidad con el artículo 301 del código General del Proceso.

Conforme el artículo 91 *ejusdem*, se les hace saber al apoderado de la referida ejecutada que cuenta con el término que establece la citada norma para el retiro de copias de la demanda y sus anexos si lo estiman conveniente, vencido el mismo, comenzará a correr el término de ejecutoria y traslado del libelo, por secretaría infórmese al apoderado reconocido en el numeral anterior el canal digital del juzgado a través del cual puede conocer la forma de acceder al expediente.

5.- Finalmente, de la solicitud evidenciada en posición 62, para que se lleve a cabo la diligencia, de conformidad con el inciso 3 del artículo 38 del código General del Proceso, se comisiona al **JUEZ CIVIL MUNICIPAL “o” JUEZ DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE** de esta ciudad que por reparto corresponda, con amplias facultades. Por secretaría líbrese despacho comisorio con los insertos y anexos del caso.

Notifíquese,

**TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ**  
Juez

EJFR

**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: **3ce8eb74d86d50dd3354eef047b706cf30caa91c5c8c4ec44bc98871af273b89**

Documento generado en 03/05/2022 04:30:31 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (3) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232021 00212 00

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

1.- Tener en cuenta y por agregado a la actuación el escrito por medio del cual la parte actora descurre el traslado de las excepciones opuestas por la curadora *ad litem* de los demandados, herederos y demás personas indeterminadas de la pasiva.

2.- Integrado como se encuentra el contradictorio, para continuar con el debido trámite se convida a las partes a la audiencia que prevé el numeral 9 del artículo 375 del código General del Proceso, para la que se señalan las 10:00 horas de octubre 06 de 2022.

Puntualizase que en esta audiencia se llevarán a cabo, la inspección judicial, los interrogatorios de parte, se proveerá sobre el decreto y práctica de las pruebas que oportunamente hayan solicitado las partes, se recibirán los testimonios pedidos, prescindiendo de los que no se encuentren presentes (*lit. b*), *num. 3º, art. 373 ibidem*), asimismo, se hará la fijación del litigio, se resolverá a lo que la demanda de reconvenición corresponda y, de ser procedente se emitirá el respectivo fallo de conformidad con lo establecido por la norma en cita.

Se advierte a las partes, apoderados e intervinientes que la inasistencia injustificada a esta audiencia, acarreará las sanciones procesales pecuniarias previstas en el numeral 4 del artículo 372 *ejusdem*.

Por secretaría, de ser necesario resérvese la respectiva sala de audiencias para la fecha señalada e infórmese a los intervinientes el medio digital a través del cual se adelantará la diligencia.

Notifíquese,

**TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ**

Juez

EJFR

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: **d970101891b921acd6741d4d47e0600e67d47f07bb94259823482842a4604e53**

Documento generado en 03/05/2022 04:28:37 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (3) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232021 00284 00

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

1. No se accede a la solicitud de desistimiento de las pretensiones declarativas y condenatorias contra el demandado Kevin Andrés Santamaría Forero, presentada por parte del apoderado de la parte actora (*posc 41, 44, 48 y 49 C 1*), como quiera que la figura del desistimiento contemplado en el código General del Proceso no es aplicable en los términos solicitados por la parte actora.

Aunado a lo anterior, encuentra este despacho que tal como se evidencia en la demanda interpuesta, el desistimiento de las pretensiones en contra de Kevin Andrés Santamaría Forero constituye una reforma integral a la demanda, conforme al numeral 1 del artículo 93 del código General del Proceso, el cual se cita:

*“ARTÍCULO 93. CORRECCIÓN, ACLARACIÓN Y REFORMA DE LA DEMANDA. El demandante podrá corregir, aclarar o reformar la demanda en cualquier momento, desde su presentación y hasta antes del señalamiento de la audiencia inicial.*

*La reforma de la demanda procede por una sola vez, conforme a las siguientes reglas:*

*1. Solamente se considerará que existe reforma de la demanda cuando haya alteración de las partes en el proceso, o de las pretensiones o de los hechos en que ellas se fundamenten, o se pidan o alleguen nuevas pruebas.”*  
(subrayado fuera de texto).

Por lo tanto, si así lo considera, puede el libelista actuar de conformidad.

2. Decantado lo anterior, previo a señalar fecha de la audiencia que trata el artículo 372 y 373 del código General del Proceso, con fundamento en lo dispuesto en el numeral 1º del artículo 317 *ejusdem*, se requiera a la parte demandante para que en el término de 30 días contados a partir de la notificación de este proveído, cumpla la carga procesal consistente en acreditar en legal forma la notificación del auto admisorio al demandado Kevin Andrés Santamaría Forero, so pena de hacerse acreedora a las sanciones que establece la referida norma.

Notifíquese,

**TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ**  
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: **102a00839aec65280e31f2c12ab35fc61cc4fc7602214921cb82e8f84fd0548a**  
Documento generado en 03/05/2022 04:31:38 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (03) de dos mil veintidós (2022).

Radicación: **11001 31 03 023 2021 00423 00**

Conforme la documental que antecede, se dispone:

**PRIMERO:** Para los fines a que haya lugar, téngase en cuenta que la señora **NELLY MORELLI GONZALEZ**, se encuentra notificada bajo los apremios del decreto legislativo 806 de junio 4 de 2020, quien dentro del término de ley no hizo uso de su derecho de contradicción.

**SEGUNDO:** Por lo anterior, integrado como se encuentra el contradictorio, a efectos de continuar el trámite, de conformidad con lo dispuesto a numeral 7° del artículo 399 del código General del Proceso, se señalan las 10:00 **horas de noviembre 09 de 2022**.

En todo caso, puntualizase que en esta audiencia tendrá lugar el interrogatorio al perito que haya elaborado el avalúo integrado, asimismo, se realizara control de legalidad y de ser procedente se emitirá la respectiva sentencia de conformidad con lo establecido por el numeral 7° del articulado ya mencionado; por lo que, la parte actora deberá comparecer con el perito que rindió el dictamen para efectos de su interrogatorio.

Se advierte a las partes, apoderados, intervinientes y peritos que la inasistencia injustificada a esta audiencia, acarreará las sanciones procesales pecuniarias previstas en el núm. 4° del artículo 372 ibídem.

Por secretaría resérvese la sala de audiencia para la fecha señalada.

**TERCERO:** Por último, por secretaría tramítense el oficio ordenado a numeral 5 del auto de noviembre 22 de 2021, dejando las constancias del caso. *(Ver posición 11 – admisión de demanda)*.

NOTIFIQUESE,

**TIRSO PEÑA HERNANDEZ**

Juez.

Firmado Por:

**YARA.**

**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: **e3cb3e8b49b9613a6bf9644b6be25106adb08eb4dcec72ea752dff1ccac6136c**

Documento generado en 03/05/2022 05:04:18 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (3) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232022 00034 00

De acuerdo al informe secretarial que precede, se dispone:

1. Para los efectos a que haya lugar, téngase en cuenta las comunicaciones provenientes de la DIAN vistas a posiciones 19 y 21 del cuaderno principal, las que se agregan a los autos y se ponen en conocimiento de las partes para lo que estimen pertinente.

Ofíciase 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, para los efectos legales y procesales a que haya lugar, téngase presente que la fecha correcta de la sentencia que ordena seguir adelante con la ejecución, es **abril siete (7) de dos mil veintidós (2022)**, y no como se indicó inicialmente en el auto en comento. (*art. 286 C. G. del P.*).

Notifíquese,

**TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ**

Juez

EJFR

Firmado Por:

Tirso Pena Hernandez

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 023

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Código de verificación: **759b19220b6cef870d07c62287a70d02140187c17cd4e8eb8c9a6d22591dce8e**

Documento generado en 03/05/2022 04:27:51 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**

[ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (03) de dos mil veintidós (2022).

Radicación: **11001 31 03 023 2021 00071 00**

En atención al secretarial que antecede y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 286 del Código General del Proceso, se corrige el inciso 2 del auto de abril 1 de 2022, mediante el cual se concedió la APELACIÓN solicitada en el efecto SUSPENSIVO, en sentido de indicar que:

Por secretaria remítase el asunto a la sala Civil del tribunal superior del distrito judicial de Bogotá, para lo de su cargo. Art. 324 del C. G. del P. Oficiese. - y no como allí se indicó.

Pese a lo anterior, infórmesele al actor que la apelación concedida por auto arriba corregido se tramitó (*abril 18 de 2022*) desde mucho antes al ingreso de este asunto al despacho.

NOTIFIQUESE,

**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: **f7290d44c9ceaa891e2ea76d2c1d2032d35181e60b2e01edf9a0a40a480fe95a**

Documento generado en 03/05/2022 05:03:06 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (03) de dos mil veintidós (2022).

Radicación: **110013103023 2022 00105 00**

Reunidas las exigencias formales de los artículos 422 y 430 del CGP, se libra mandamiento de pago por la vía ejecutiva de **MAYOR CUANTÍA** a favor de **BANCO PICHINCHA SA** contra **CINDY VIVIANA MORA AVELLA**, para que en el término de cinco (5) días se paguen las siguientes cantidades de dinero:

1.- **\$131'174.000**, capital del pagare 5816750104537708 base de la acción.

2.- Por los intereses moratorios sobre la suma precitada liquidados sin que superen la tasa más alta legal permitida, de acuerdo a las fluctuaciones que certifique la Superintendencia Financiera, ni los límites establecidos en el art. 305 del código Penal, desde julio 22 de 2021 y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

Sobre costas se resolverá en su oportunidad.

De conformidad con el art. 630 del Estatuto Tributario, por secretaría oficiase a la **DIAN**, suministrándose la información de que allí se trata.

**NOTIFÍQUESE** a la parte ejecutada de conformidad con lo previsto en los arts. 290 a 292 *ibídem* y/o conforme lo dispone el decreto 806 de junio 4 de 2020 y **PREVÉNGASELE** que dispone de diez (10) días para excepcionar.

Se reconoce personería para actuar en el presente asunto al profesional en derecho **GUSTAVO ERNESTO GUERRERO ROJAS**, como apoderado del banco aquí ejecutante, en la forma y términos del poder conferido.

NOTIFIQUESE,

**TIRSO PEÑA HERNANDEZ**

Juez.

(2)

**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: **147f3704694dc2233e37c714289222ce4e66ae5705941cfbdd6c9b0a81d1c95**

Documento generado en 03/05/2022 05:01:49 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (03) de dos mil veintidós (2022).

Radicación: **1100131030232022 00105 00**

Por encontrar procedente la anterior solicitud de medidas cautelares, de conformidad con lo reglado en el artículo 593 del C.G. del P. , se decreta,

**PRIMERO:** El **EMBARGO** del vehículo automotor de placas **JWR-715**, denunciado como de propiedad de la parte ejecutada. Oficiése a la secretaría Distrital de Movilidad de la ciudad. (Num. 1º Art. 593 *Ibidem*).

Una vez inscrita la medida se dispondrá sobre su secuestro previa aprehensión del vehículo.

**SEGUNDO: EI EMBARGO Y RETENCIÓN** de las sumas de dinero pasibles de tal medida, que la parte ejecutada tenga en cuentas de ahorro, corrientes, cuentas de cartera colectiva y/o a cualquier otro título bancario y/o financiero, en las entidades bancarias descritas en la solicitud de medidas cautelares (Núm. 10 art. 593 del C.G. del P).

Por secretaría elabórese oficio circular para los bancos a fin de que se sirvan colocar los dineros retenidos a órdenes de este despacho y para el proceso referenciado por conducto del Banco Agrario de Colombia, previa verificación del límite de inembargabilidad **para cuentas de ahorro**.

Limítese la medida a **\$132'000.00 M/Cte**

NOTIFIQUESE,

**TIRSO PEÑA HERNANDEZ**

Juez.

(2)

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: **aac9145ff138099da3d78cfd7665472347062ebc481c5ed7d4d752142fad930e**

Documento generado en 03/05/2022 05:00:33 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., mayo tres de dosmil veintidós  
Expediente 10014003023201700629 00

ASUNTO

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

ANTECEDENTES

MARIA ELISA HERNANDEZ DE PÉREZ a nombre propio y como curadora de NIDIA MILENA PEREZ HERNÁNDEZ; MILLER JAVIER JUNCA BOHORQUEZ a nombre propio y representante legal de las menores LAURA ALEJANDRA y KAREN VALERIA JUNCA PÉREZ; FREDY ALEJANDRO PÉREZ, MARIA HORTENSIA y ADRIANA ELIZABETH PEREZ HERNANDEZ y HERMINDA CAMARGO, valiéndose de apoderado judicial, promovieron esta acción contra SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN, CORPORACIÓN IS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN –propietaria de IPS MATERNO INFANTIL-, JAIRO ENRIQUE RIAÑO SANCHEZ y HERNAN DELGADILLO GIRALDO, procurando se les declare civilmente responsables por los daños materiales e inmateriales generados con el sufrimiento, dolor y deterioro sufrido por NIDIA MILENA PEREZ HERNANDEZ y su familia, debido a la mala praxis médica, violación a la obligación de seguridad del contrato asistencial en el marco de la seguridad social en salud, con la generación de lesiones corporales severas y definitivas sufridas en atención médico-asistencial, solicitando en consecuencia se hagan las siguientes declaraciones:

1.- Se declare directa y civilmente responsable por responsabilidad civil contractual a SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN, CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP EN LIQUIDACION, y a los doctores JAIRO ENRIQUE RIAÑO SÁNCHEZ médico Ginecoobstetra y HERNÁN DELGADILLO GIRALDO, médico anestesiólogo, por los daños materiales e inmateriales generados con el sufrimiento, dolor, y deterioro sufrido por NIDIA MILENA PÉREZ HERNÁNDEZ y su familia, debido a la mala praxis en la atención médico-asistencial.

2.- Que en consecuencia, se les condene a pagar solidariamente:

2.1 La indemnización por lucro cesante debido y futuro para la víctima NIDIA MILENA PEREZ HERNANDEZ, según liquidación correspondiente a los ingresos del salario mínimo mensual vigente para la fecha del daño \$535.600, lo que arroja un total de \$235'470.381,76

2.2.- La indemnización por el daño en la vida de relación, ante el sufrimiento, dolor y deterioro de la víctima señora Nidia Milena Pérez Hernández, la que se estimó en suma equivalente a 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes

2.3.- La indemnización por el daño a los bienes constitucionalmente protegidos por afectación a la integridad, dignidad, libertad y salud de la

víctima Pérez Hernández, en suma equivalente a 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

2.4.- La indemnización por daño emergente consolidado y futuro, por pagos de renta y adecuaciones físicas de su casa útiles y necesarias para su vida confortable, la compra, mantenimiento y reemplazo de ser necesario de silla de ruedas, órtesis y aditamentos para su adecuado cuidado, el pago de cuidador y servicio médico permanente y todos los gastos que se requieran para su bienestar físico.

2.5.- A la indemnización por daños morales por el sufrimiento, dolor y deterioro de la víctima, en suma equivalente a 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

2.6.- A la indemnización por los daños morales causados a sus hijas Laura Alejandra y Karen Valeria Junca Pérez, en suma equivalente a 100 SMMLV a cada una de ellas.

2.7.- Los daños morales causados a Miller Javier Junca Bohórquez, cónyuge de la paciente, en suma equivalente a 100 SMMLV.

2.8.- A la indemnización por los daños morales a FREDY ALEJANDRO, MARÍA HORTENSIA y ADRIANA ELIZABETH PÉREZ HERNÁNDEZ, hermanos de la paciente, en suma equivalente a 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes a cada uno de ellos.

2.9.- A la indemnización por los daños morales para su abuela materna HERMINDA CAMARGO, en suma equivalente en pesos a 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

2.10.- A la indemnización por el daño a la salud por el sufrimiento, dolor y deterioro de la señora Nidia Milena Pérez Hernández, en suma equivalente a 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

2.11- A lo que como indemnización total debidamente indemnizada al momento de la sentencia con sus intereses moratorios, se fijan desde la sentencia hasta el momento real del pago efectivo.

3.- Al reconocimiento y solicitud en público de perdón y compromiso de no repetición.

4.- Al pago solidario de los gastos, costas y agencias en derecho que se llegaren a causar en el curso del proceso.

Tales pretensiones, se soportan fácticamente, narrando que:

NIDIA MILENA PÉREZ HERNÁNDEZ, quien se desempeñaba como auxiliar de enfermería, y para la fecha de los hechos, estaba afiliada como cotizante a Saludcoop EPS, estaba casada con Miller Javier Junca Bohórquez, y procrearon a Laura Alejandra y Karen Valeria Junca Pérez.

NIDIA MILENA PÉREZ HERNÁNDEZ es hija de María Elisa Hernández de Pérez y hermana de Fredy Alejandro, María Hortensia y Adriana Elizabeth Pérez Hernández.

Según su historia clínica, esta paciente había venido consultando por sangrado vaginal y fue estudiada con ECO TRANSVAGINAL el 25/02/2011 en BIOIMAGEN: "Útero en AVF de 100x53x56mm deformado por múltiples miomas, el mayor de 16 mm en cara anterior....a nivel anexial derecho masa quística múltiples tabiques en interior de 103x85x61mm...opinión MASA QUISTICA COMPLEJA DE OVARIO DERECHO, ESCASO LIQUIDO EN FONDO DE SACO POSTERIOR, MIOMATOSIS UTERINA INCIPIENTE..." Registro firmado por Dr. RICARDO MELO C Ginecólogo RM 01-9828-91.

Según historia clínica, en marzo 29/11, en la UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO, el Dr. JAIRO ENRIQUE RIANO SANCHEZ Ginecobstetra RM 19419225, propone LAPAROSCOPIA OPERATORIA. Marcadores Tumorales Negativos, por lo que el 18/04/11 fue valorada por ANESTESIA Dr. JUAN FERNANDO MALDONADO GUALDRON RM 79396695 en la CENTRAL DE ESPECIALISTAS SANTA BIBIANA y registra: "...ANT Q ovario y Pomeroy G2P2 Niega otros antecedentes...FUNCION ASA I.".

Registra la historia clínica que en abril 29/11, ingresa a SALUDCOOP EPS CLINICA MATERNO INFANTIL de Bogotá programada para LAPAROSCOPIA y POMEROY; consentimientos anestésico del 18/04/2011 y quirúrgico del 29/04/2011 se encuentran firmados: su diligenciamiento no es completo, ni contiene las posibles complicaciones que se puedan presentar en forma clara y específica, pues el anestésico está sin diligenciar y solamente firmado por el médico y la paciente, no cumpliendo con la finalidad del mismo; se registra en la historia: A las 10:08 NOTA OPERATORIA: Dx PRE QUISTE ANEXIAL DERECHO PARIDAD DESEADA. Dx POST IDEM CIRUGIA ANEXECTOMIA DERECHA ANESTESIA GENERAL. OPERATORIO LAPAROSCOPIA SIN COMPLICACIONES y registra: SALIDA CUANDO ANESTESIA DE ALTA EN RECUPERACION. Registro elaborado y firmado por Dr. JAIRO ENRIQUE RIANO SANCHEZ Ginecobstetra RM 19419225.

Según historia clínica: REPORTE HOJA DE ANESTESIA Hora de inicio anestesia: 08:05. Hora de inicio cirugía: 08:12. Hora termina cirugía: 10:00. Hora termina anestesia: 10:03. Reporta: "...UCPA Aldrette 10 hdelgadillo 29/04/11 10:08 - UCPA Aldrette 10 TA 120/82 FC 78 FR 14 SAT 92 Recibe 2 por cánula, hdelgadillo 29/04/11 10:20 - Anestesiólogo Hernán Delgado Giraldo; también reporta: UCPA Aldrette acudo al llamado de Auxiliar de enfermería de recuperación el Dr. Rovira y el Dr. Bernal se encuentran reanimando la paciente quien presenta paro cardiorrespiratorio. Hdelgadillo; el 9/04/11 10:30 - UCPA Aldrette acudo al llamado de la Auxiliar de Recuperación pues la paciente previamente despierta y comunicativa presenta súbitamente bradicardia y desaturación le comunica al Dr. Rovira quien inicia maniobras de resucitación, efectuando practica IOT y se reinicia ventilación y masaje cardiaco. Adrenalina 1mg; la historia clínica reporta que la paciente sale a ritmo de bradicardia sinusal y responde a los 2 minutos con Atropina 1 mg, registrando, "SE ENCUENTRA INCONCIENTE EN COMA PROFUNDO Y CON ANISOCORIA DERECHA la cual corrige en los siguientes minutos hasta tornarse isocóricas y responder a la luz en forma lenta; No recuperación de conciencia...se conecta a ventilador modalidad controlada...EKG normal... Profesional que atiende HERNAN DELGADILLO GIRALDO.

Según historia clínica: NOTAS DE ENFERMERIA 10:05 "Ingresa paciente a recuperación...TA 109/61, FC 72 por minuto, SP02 98% (Ventury al 50%)".

10:20 "paciente refiere tener frío TA 111/52, FC 70 por minuto, SP02 98%"; a las 10:30 "se observa monitor con signos vitales TA 91/52, FC 46 por minuto que empieza a disminuir, SP02 90% que también disminuye e informa, "Paciente no responde al llamado. Se avisa inmediatamente a anestesiólogo Dr. Rovira valora paciente inicia presión positiva con ambu, paciente no responde".

A las 10:36 "Dr. Delgadillo pasa tubo orotraqueal 7.5 y lo fija, continúan con masaje cardiaco y ventilación con ambu. Dr. Delgadillo administra 0.1 mg de Atropina y 0.1 mg de Adrenalina por tubo orotraqueal.

A las 14:00 "se traslada paciente a UCO...", Registro elaborado por JOHANA PAOLA TOVAR CAMARGO Jefe de enfermería; a las 14:30 en UCO "se inicia sedo relajación". Registro: elaborado por RICARDO AMADO PEREZ Auxiliar de enfermería; a las 22:20 se registra que presenta nistagmus...Dr. ROJAS...se sube goteo de Midazolam". Registro elaborado por CAROLINA VIRGUEZ ALMANZA Auxiliar de enfermería; a las 16:25 registran: "MC y EA...con antecedente de TVP hace dos 2 años requirió anticoagulación con Warfarina, posterior se encontraba tomando ASA suspendió hace 10 días, se le realiza cirugía el día de hoy posterior a paso a recuperación a los 20 minutos presenta paro se realiza reanimación 2 minutos salida no requerimiento de inoterapia...ingresa en coma profundo...; Se hacen anotaciones en la historia clínica de antecedente de Trombosis venosa profunda -TVP- hace dos años y la medicación con ASA (Acido AcetilSalicilico), que es falsa y que no tiene registro de antecedentes médico, quirúrgicos la paciente.

En historia clínica se informa, "EXAMEN FISICO...NEUROLOGICO Coma profundo pupilas 2mm, no respuesta a la luz, no respuesta al dolor superficial ni profundo Glasgow 3/15. TIEMPOS DE COAGULACION PT 11/11 PTT 24/28 CK 114 CKMB 81 DIMERO D 3490 ng mi...ANALISIS...enzimas cardiacas elevadas dado masaje... aunque DIMERO D es alto mayor a 2000 baja probabilidad de TEP dado elevación de fibrinógeno por procedimiento quirúrgico pero dado antecedente de TVP se descartara...no candidata para trombolisis dado evento postquirúrgico, se inicia anticoagulación plena, se inicia sedación como medida de Neuroproteccion...". Registro elaborado y firmado por Dr. LUIS HUGO ROJAS LAROTTA RM 73198/99 (Folio 119).

Tal bitácora indica que a las 20:17 "...se habló estado actual con yerno y mamá...se habló con familia se descartó antecedente de TVP y o haber recibido anticoagulación antecedentes niega". Registro elaborado y firmado por Dr. LUIS HUGO ROJAS LAROTTA RM 73198/99.

La paciente, expone su apoderado, en ninguna de sus historias clínicas anteriores ha presentado o tiene registro de Trombosis venosa profunda y nunca ha recibido anticoagulación, por lo que llama la atención del registro de historia clínica posterior al evento sufrido.

Según historia clínica, en abril 30/11 a las 09:37 "DIAGNOSTICOS: 1. ESTADO POSTREANIMACION. 2. POP LAPAROSCOPIA X MASA ANEXIAL QUISTICA COMPLEJA OVARIO DERECHO. 3. MIOMATOSIS INCIPIENTE. 4. ENCEFALOPATIA MULTIFACTORIAL A ESTUDIO. 5. ACV ISQUEMICO Y/O TROMBOTICO A DESCARTAR. 6. TVP POR H. CLINICA HACE 2

AÑOS. 7. SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO EN ESTUDIO. 8. TEP A DESCARTAR.

Luego en historia clínica: ANALISIS: TAC CEREBRAL de ayer: observo edema cerebral generalizado importante con colapso ventricular y borramiento de surcos cerebrales, no se observa hemorragia aguda SOLICITO REMISION URGENTE A REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, POR ESTADO ACTUAL DE LA PACIENTE REQUIRIENDO URGENTE VALORACION Y MANEJO POR NEUROLOGIA/NEUROCIRUGIA, COMPLEMENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS COMO NUEVO TAC CEREBRAL, RESONANCIA MAGNETICA Y ESTABLECER PRONOSTICO NEUROLOGICO, ASI COMO DESCARTAR TEP O CAUSA DE PARO.. ..." Registro elaborado por Dr. LAURA ADRIANA BURBANO BOLAÑOS

Asimismo, la historia clínica indica que "a las 12:20 sale remitida para la CLINICA JUAN N. CORPAS Registro elaborado por MARIA ISABEL QUINTERO MORALES Auxiliar de enfermería y por EPICRISIS UCI: Ingresa a las 13:00, CONCEPTO PLAN DE MANEJO:"...se toma cultivo de secreción orotraqueal..."; en la clínica Juan N. Corpas: Con Dx. De INGRESO:1 ESTADO POSTREANIMACION CARDIOCEREBROPULMONAR. 2 EDEMA CEREBRAL SECUNDARIO. 3 ESTADO CONVULSIVO POST PARO. 4 POP LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA + POMEROY."

Según historia clínica, en mayo 01/11, "...presenta episodios febriles, taquicardia y respuesta leucocitaria aumentada por lo que se ordenan estudios complementarios para determinar foco infeccioso, por el momento se decide hincar ampicilina sulbactam por sospecha de proceso infecciosos de origen nasal (sinusitis aguda)", por lo que el 04/05/11 realizan Toracostomia por Neumotorax Izquierdo del 80%. TAC Cerebral evidencia Edema Cerebral, zonas hipodensas en región occipital compatibles con infarto occipital bilateral...", el 11/05/11 realizan Traqueostomia y Gastrostomía.

Según historia clínica, en mayo 13/11 "MIOCLONIAS en MsSs con taquicardia hasta 135/min con desviación de la mirada hacia arriba con dilatación pupilar duración 30min. Se interpretan estos movimientos como convulsiones...". El 19/05/11 "...sin mejoría del estado de conciencia continua entre el estupor y coma superficial, debido a severo compromiso isquémico, se decide trasladar a pisos...". Registro elaborado y firmado por Dr. LUIS FERNANDO VARELA LOPEZ RM 20-2001/97 INTENSIVISTA UCI CLINICA JUAN N. CORPAS.

Según historia clínica: RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO realizada en FUNDACION ESENSA el 25/05/11 OPINION: "Los hallazgos descritos son compatibles con ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA, con eventos Cerebro Vasculares: Agudo en Ramas de la Arteria Cerebral Media Bilateral, Subagudo de Cerebral Posterior Bilateral"

Según historia clínica: ESTUDIO ELECTROENCEFALOGRAFICO realizado en el CENTRO NEUROLOGICO DE BOGOTA LTDA. El 27/05/11 CONCLUSIONES: "...paciente en coma, Anormal. Se observa una lenificación difusa y con tendencia al bajo voltaje sobre regiones anteriores y presencia ocasional de ondas agudas sobre regiones occipitales izquierdas. Este estudio es sugestivo de una SEVERA ENCEFALOPATIA

ELECTRICA". Registro Elaborado y firmado por Dr. RICARDO ZUREK N. RM 7448 (Folio 137).

Según historia clínica, en julio 16/11 en SOLICITUD DE SERVICIOS SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA registran: "...actualmente después de 57 días de estancia en el piso su estado permanece invariable (neurológicamente) con persistencia de mioclonias que aumentan con estímulos, persiste con traqueostomía y sonda de gastrostomía...Reporte de Patología CISTOADENOCARCINOMA de OVARIO...pendiente valoración de Oncología dado el estado neurológico de pronóstico reservado". Documento sin registro de quien lo elabora. (Folio 130).

Mediante acción de tutela se logra remisión a Sogamoso, para manejo en casa con cuidados médicos y de enfermería; actualmente la señora NIDIA MILENA PÉREZ HERNÁNDEZ continúa en estado de coma, por lo que en junio 10 de 2017 se presenta solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral ante la junta regional de calificación de invalidez de Boyacá, la que en julio 07 de 2017 notifica el dictamen 2902017, con oficio JCI-RB-ND N° 0300-17, fechado junio 24/2017, a nombre de Nidia Milena Pérez Hernández, CC 52'794.048, y fija como fecha de estructuración abril 24/2011; con nivel de pérdida Invalidez, con diagnóstico encefalopatía hipóxica, con pérdida de capacidad laboral del 96.20%.

El estado vegetativo de la señora NIDIA MILENA PEREZ HERNANDEZ, ha afectado a toda la familia, requiriendo cambios sustanciales en el cuidado de ella y sus requerimientos, el sufrimiento, la tristeza y la congoja ha invadido a toda la familia especialmente a su señora madre quien ha tenido de velar por sus cuidados y los gastos que de ello se derive.

Trámite procesal.

La demanda fue presentada a reparto en setiembre 4 de 2017, asignándosele a este juzgado (fl. 668), en donde previa subsanación, con auto de octubre 3 de 2017 se admitió, el que se notificó a JAIRO ENRIQUE RIAÑO SÁNCHEZ a través de su apoderado, en noviembre 22 de 2017 (fl.1487), quien contestó el libelo, oponiéndose a las pretensiones, planteando las excepciones de mérito que denominó "*Ausencia de culpa; Inexistencia de los elementos constitutivos de la culpa; Existencia consentimiento informado; Excesiva tasación de daños; Ausencia de nexo causal y la genérica*", y objetó el juramento estimatorio (fls. 1582 -612).

Asimismo, se notificó a HERNAN DELGADILLO GIRALDO en enero 29 de 2018 (fl1616), quien contestó, oponiéndose a las pretensiones y planteando como excepciones de mérito: *Adecuada práctica médica del Dr. Hernán Delgadillo, cumplimiento de la Lex Artis; Cumplimiento del deber de informar, adecuado consentimiento informado; Pericia, Idoneidad y experiencia del Dr. Hernán Delgadillo en la especialidad de anestesiología y reanimación; Inexistencia de la obligación de indemnizar por causa extraña ajena al Dr. Delgadillo, imprevisible e irresistible; Acaecimiento del riesgo que genera la intervención quirúrgica. Alea Terapéutica; Ausencia de nexo causal; Inexistencia de culpa por parte del Dr. Hernán Delgadillo – Cumplimiento de disponibilidad de anestesiólogo en UCPA; Inexistencia de obligación de responder por ausencia de culpa; Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad y la Innominada*". (fls. 1681-1699).

EPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN se notificó por aviso como se acredita a folios 1728-1730 y 1800-1850, y a través de apoderada contestó la demanda oponiéndose a las pretensiones y formulando como excepciones *“Inexistencia de responsabilidad civil contractual; Inexistencia de obligación de responder por ausencia de culpa; Inexistencia de relación causal entre los actos médicos y la patología (Encefalopatía Hipóxica) sufrida por la señora Nidia Milena Pérez (riesgo inherente); El actuar médico es de medio y no de resultado; Cumplimiento de las funciones y obligaciones por parte de la entidad promotora de salud con su afiliado y la consecuente inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de Saludcoop EPS y la innominada.”*(fls. 1969–1980), escrito que no se tuvo en cuenta dada su extemporaneidad, tal como se expuso en auto de junio 13 de 2019 (fl.1984), en el que además se dispuso no continuar el trámite del presente asunto contra Corporación IPS Saludcoop por encontrarse liquidada al momento de presentación de la demanda, asimismo, se ordenó el traslado de las excepciones planteadas y de la objeción al juramento estimatorio.

La anterior decisión fue objeto de reposición y en subsidio de apelación por la parte actora, inconformidad atendida con proveído de octubre 4 de 2019, manteniéndola en todas sus partes (fls. 2189-2190); con auto de la misma fecha, se convidó a las partes a la diligencia inicial que prevé el artículo 372 del código General del Proceso y en aras de la celeridad y economía procesal, en cumplimiento del parágrafo de la referida norma, se ordenaron unas pruebas. (fl. 2191).

Luego de aportadas las pruebas ordenadas, el 13 de agosto se dio inicio a la audiencia que dispone el artículo 372 en comento, en la que, luego de verificar la asistencia de las partes y convocados, no hubo acuerdo conciliatorio pese a la fórmula de arreglo que propusiera el director del despacho, se inició el recaudo de interrogatorios a las partes y se abrió a pruebas el asunto, decretando tener como tales las documentales aportadas por la parte actora y los testimonios de LUIS HUGO ROJAS LARROTA, SANDRA YANETH LOPEZ CELY, ALEXANDRA BARCO GALEANO, ELIANA CASTRO, LAURA ADRIANA BURBANO BOLAÑOS, LIS FERNANDO VARELA y MARCO A. REYES.

En aquella diligencia se dispuso que los interrogatorios a los demandados se recaudarían en siguiente oportunidad y para efectos de la contradicción al dictamen aportado, el perito que lo rindió debería comparecer en la oportunidad que se señalara.

Se decretó tener como pruebas del demandado JAIRO ENRIQUE RIAÑO las documentales aportadas con la contestación y excepciones planteadas; en los términos solicitados en los numerales 2.1 y 2.2 de los folios 1610 y 1611 se ordenó oficiar a las clínicas Materno Infantil y Juan N Corpas; también se decretaron los testimonios de JUAN FERNANDO MALDONADO, LILIANA MARGARITA BLAQUISET y CARLOS MARIO ROVIRA IGUARAN y se concedió el término de 15 días para que aportara el dictamen anunciado.

De HERNAN DELGADILLO GIRALDO se consideraron las documentales que allegó con la contestación y excepciones; conforme a numerales 1 y 2 del folio 1698 se ordenó librar oficios a las clínicas Juan N Corpas y Materno Infantil de esta ciudad; se ordenó recibir declaraciones a SANDRA LOPEZ CELY, JOHANNA PAOLA TOVAR CAMARGO, ELIANA CASTRO, MARLOS

MARIO ROVIRA, NESTOR MAURICIO BERNAL ARAGON y CESAR RUBIANO; también se dispuso tener en cuenta el dictamen pericial por éste aportado, indicando que para los efectos del artículo 228 del CGP, el perito que lo rindió debía comparecer en la oportunidad que se señalara.

Frente a Saludcoop en liquidación se ordenó tener como pruebas los documentos arrimadas con la contestación y excepciones propuestas y se citó a la perito JEANETTE QUINTERO PARDO para que compareciera a la audiencia a celebrarse en octubre 7 de 2020.

A la diligencia de octubre 7 de 2020 no concurrieron el apoderado de Saludcoop en liquidación ni su representante legal, pero se recaudaron los interrogatorios de los demandados JAIRO ENRIQUE RIAÑO SÁNCHEZ y HERNAN DELGADILLO GIRALDO y los testimonios de las peritos Dras. Olga Lucia Mora Álvarez y Doris Quintero Pardo; diligencia que se suspendió para continuarla en noviembre 26 de 2020, fecha en la que se recibieron los testimonios de CARLOS MARIO ROVIRA IGUARÁN, ELIANA CASTRO, ADRIANA ELIZABETH PÉREZ HERNANDEZ y de la perito LILIANA ARANGO RODRIGUEZ y el de SANDRA YANETH LOPEZ CELY.

Ante la inasistencia de los testigos ALEXANDRA BARCO GALEANO, LAURA ADRIANA BURBANO BOLAÑOS, LUIS FERNANDO VARELA, MARCO A REYES, JUAN FERNANDO MALDONADO, LILIANA MARGARITA BLAQUISET ANAYA, JOHANNA PAOLA TOVAR CAMAREJO, NESTOR MAURICIO BERNAL ARANGO y CESAR BURBANO, se prescindió de sus declaraciones, suspendiendo la diligencia para continuarla en febrero 24 de 2021, data en la que al titular del despacho le expidieron incapacidad médica por quebrantos de salud, por lo que con auto de marzo 2 de 2021 se fijó el 14 de junio de 2021 para dar continuidad a la diligencia, pero por no corresponder a un día hábil, con proveído de junio 11 de 2021 se programó para el 24 de septiembre de ese mismo año, pero como el proceso se envió a digitalización en cumplimiento del acuerdo 172 de 2020 del proceso DESAJBO-SASI-01-2020 con 1.ntc.1555908 de diciembre 30 de 2020 (fl. 2521), con auto de octubre 14 de 2021 se fijó la audiencia para el 7 de marzo de 2022, pero por cuestiones médicas del titular del despacho mediante auto de marzo 4 de 2022 se señaló el 8 de mismo mes y año.

Llagado el día y la hora señalados, se recibió el testimonio pendiente; se fijaron los hechos y pretensiones como excepciones y se saneó el litigio y para continuar con el trámite se señaló el 5 de abril de 2022, fecha en la que se cumplió con el cometido procesal de escuchar los alegatos de las partes.

#### PRESUPUESTOS PROCESALES

Ha de partir esta instancia por admitir su competencia para definir esta causa según las previsiones del 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, y como igualmente se evidencia que el aspecto formal del libelo se adecua a las exigencias legales, se habilita a 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 una declaratoria de responsabilidad civil contractual por responsabilidad médica contra SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN, JAIRO ENRIQUE RIAÑO SÁNCHEZ y HERNAN DELGADILLO GIRALDO, y la consecuente condena al pago de perjuicios materiales e inmateriales que dicen los actores, se le generaron con el sufrimiento, dolor y deterioro sufrido por NIDIA MILENA PÉREZ HERNÁNDEZ y su familia, debido a la mala praxis en la atención médico-asistencial dada por los demandados .

Es claro que la reclamación indemnizatoria en cuestión, se ejerce contra SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN, JAIRO ENRIQUE RIAÑO SÁNCHEZ y HERNAN DELGADILLO GIRALDO, por ser la primera el centro hospitalario donde se atendió a la paciente y, los segundos, quienes intervinieron en el procedimiento quirúrgico que a aquella se le adelantó, a quienes, 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 cuyo fundamento legal se encuentra en el artículo 2356 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 de “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. 110013103-033-2001-06291-01).

En principio está legitimada 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 mala praxis médica que se reclama, 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 el 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 *Ibídem*); 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, a pesar de que en ésta se califica de contractual la responsabilidad exorada, a simple vista refulge que el reclamo de los demandantes de la reparación de sus daños, al pedir para sí la indemnización de perjuicios materiales e inmateriales por la mala praxis realizada por los galenos JAIRO ENRIQUE RIAÑO SANCHEZ y HERNAN DELGADILLO GIRALDO en el procedimiento quirúrgico efectuado a NIDIA MILENA PÉREZ HERNÁNDEZ en abril 29 de 2011, en la CLINICA MATERNO INFANTIL de Bogotá, a la que ingresa por ser afiliada a Saludcoop EPS programada para LAPAROSCOPIA y POMEROY, 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 Saludcoop, y a su vez,

porque los profesionales de la medicina demandados, estaban adscritos a tal EPS.

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, cuyas afecciones, padecimientos y sufrimiento, dicen, les impactó en sus esferas internas, circunstancia que permite colegir que en este subescenario, se trata de una responsabilidad de carácter extra contractual.

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 SaludCoop EPS, JAIRO ENRIQUE RIAÑO SANCHEZ y HERNAN DELGADILLO GIRALDO, de quienes 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 NIDIA MILENA PÉREZ HERNÁNDEZ en abril 29 de 2011, por los padecimientos que se enuncian, sufrió Nidia Milena Pérez Hernández a consecuencia de la intervención quirúrgica practicada el 29 de abril de 2011, y a la falta de seguimiento, control o atención oportuna, y por consiguiente, la inobservancia del deber legal de los galenos, que conllevó a un nivel de pérdida invalidez, con diagnóstico encefalopatía hipóxica, con pérdida de capacidad laboral del 96.20%; así el estado vegetativo de la señora NIDIA MILENA PEREZ HERNANDEZ, ha afectado a toda la familia, requiriendo cambios sustanciales en el cuidado de ella y sus requerimientos, el sufrimiento, la tristeza y la congoja ha invadido a toda la familia especialmente a su señora madre quien ha tenido que velar por sus cuidados y los gastos que de ello se derive, 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 los 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 prestándolos 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, sùmanse 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 procedimientos 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 8º 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 aquellos 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 Ibidem); 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:

1.- Según folios 18-19 (Evolución Historia Consulta externa), se verifica que desde abril 7 y 11 de 2007, la actora había consultado por "*picadura de mosquito y por cuadro clínico de 8 días de evolución ... sintomatología urinaria*" (fls. 16-19 y 26-27), y le diagnosticaron "*Masa quística compleja del ovario derecho*).

2.- Ya en febrero 19 y marzo 11 de 2011, consulta por "*ciclos irregulares y por sangrado diario por genitales de 2 meses de evolución*". (fls.14-15), previa control médico del 3 de marzo de ese año. (fls. 22-23) y se ordenan exámenes médicos.

3.- Para marzo 29 de 2011, el médico tratante propuso "*Laparoscopia operatorio*", le explicó alternativas terapéuticas, procedimiento, riesgos y complicaciones, remitiéndola a anestesia y se entregó el consentimiento informado, manifestando la paciente aceptar y entender el tratamiento propuesto. (fl. 30).

4.- En abril 29 de 2011, Nidia Milena Pérez Hernández asistió al procedimiento programado para "*Laparoscopia y Pomeroy*", efectuándose el procedimiento quirúrgico y después de 20 minutos presentó paro, iniciándose reanimación por dos minutos, debiendo ser intubada e ingresada a la unidad para manejo ya que ingresó en coma profundo, y complejidad medica que da cuenta el folio 38, por lo que siguió con asistencia médica y control como se aprecia a folios 40-56.

En lo que toca al procedimiento quirúrgico que en dicha data se adelantó, se aprecia según notas de enfermería, la orden de hospitalización de abril 29 de 2011 que, a la 8:05 horas, el Dr. Delgadillo realizó anestesia general IV, inicio goteo de Remifentanyl, entubación orotraqueal y protección ocular, procedimiento sin complicación (fl.97); a las 8:15 por orden del mismo galeno se le administró a la paciente Dexametazona IV directas, Dipirona y Tramadol.

A las 8:17 el Dr. Riaño realizó asepsia y anestesia del área QX e impregna con Quirucidal solución, coloca el manipulador de útero, procedimiento sin complicación.

A las 8:24, el Dr Riaño inició el procedimiento sin complicación; a la 8:55 se rotula lo extraído, se aplica formol, se registra en libro de patologías y se dejó en nevera.

A las 9:40 el Dr. Riaño terminó el procedimiento sin complicaciones, dejando las heridas cubiertas con Micropore.

Luego a las 9:45 el Dr. Rovira realizó aspiraciones de secreciones y extubación Orotraqueal, sin complicaciones.

A las 10:03 la paciente es trasladada a sala de recuperación somnolienta bajo efectos de anestesia general, con heridas cubiertas con Micropore

limpias y secas, con su historia clínica completa quedando monitoreada y con soporte de oxígeno por Ventury al 50% (fl. 96).

A la 10:05 la paciente entró a recuperación con la anterior descripción, sin embargo, a las 10:20, la paciente refirió tener frío continuando estable en recuperación.

A las 10:30 el monitor reportó signos vitales TA=91/52, FC=46 por minuto, que empieza a disminuir, SOP=90% que también disminuye. Paciente no responde al llamado, avisando inmediatamente al anestesiólogo Dr. Rovira quien valoró a la paciente e inició presión positiva con AMBU.

Alas 10:35 la paciente entró en paro, el Dr. Bernal inicio maniobras de reanimación; el Dr. Delgadillo realizó masaje cardiaco, a las 10:36 entubó y continuó masaje cardiaco.

A las 10:40 la paciente presentó signos vitales de recuperación ascendente hasta 98% a las 10:50 continuando la atención medica como se aprecia a folio 94-95.

5.- Se avista a folio 57, el formato del consentimiento informado -practica y aplicación de anestesia firmado por la paciente, en el que en el numeral 3º, entre otros indica, *“Que he sido informado en forma amplia y suficiente de los riesgos, complicaciones o molestias asociadas a las diferentes técnicas anestésicas, y he sido advertido de los riesgos previstos que según mi condición clínica se pueden presentar, así como de la monitoría invasiva que se necesita para la realización de mi intervención o procedimiento, ya sea dicha anestesia general, regional o local más sedación. Así:*

*Anestesia general: dolor de garganta, nauseas, vómito, mareo, trauma dental, lesión de cuerdas vocales temporal o definitiva, dolores musculares, hipotensión, hipertensión, broncoaspiración, reacción alérgica a sustancias anestésica, isquemia, o infarto de miocardio, alteraciones neurológicas temporales o definitivas, lesión de nervios periféricos y de zonas de presión por posiciones requeridas durante la intervención, falla cardiaca severa, paro cardiorespiratorio e incluso hasta la muerte. (...)*”

6.- Asimismo, milita a folio 58 el formato del consentimiento informado intervención quirúrgica o procedimiento especial firmado por la paciente, del que se desprende que el Dr. Jairo Enrique Riaño Sánchez le explicó a la usuaria, *“la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también le informó la ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que pueden producirse”.*

Igualmente, en el numeral 3 de dicho documento se lee: *“Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado lo juzga necesario.”.*

7.- La copia de historia clínica que obra a folios 86-134, da cuenta de la post recuperación y afección clínica que padeció la paciente con la medicación y atención médica prestada hasta el mediodía del 30 de abril de 2011.

8.- Registra el documento que obra a folio 135, que la paciente ingresó a la UCI de la clínica Corpas remitida de la Materno Infantil por infarto occipital bilateral secundario a paro cardio respiratorio no específico, después de laparoscopia explorativa-ginecológica (masa quística de ovario), reanimación.

9.- Como la paciente no tuvo recuperación en su salud, el médico tratante de la clínica Juan N Corpas, certificó el 29 de febrero de 2012 que *“la paciente ha estado hospitalizada en esta institución desde el 30 de abril de 2011 por cuadro de encefalopatía hipóxica severa por lo que tiene limitación funcional total dependiendo directamente de terceros para su cuidado. (...)”*.(fl 143).

10.- Debido a no evolución satisfactoria en su salud, pues quedó con secuelas de encefalopatía hipoxicoisquémica como da cuenta el documento obrante a folio 593, fue calificada por la junta regional de calificación de invalidez con 96.20% de la pérdida de su capacidad laboral (fls. 594-598).

11.- Obra a folios 599-616, la decisión mediante la que el juzgado Primero promiscuo de familia del circuito de Sogamoso, declaró a la señora NIDIA MILENA PÉREZ HERNÁNDEZ en estado de interdicción judicial por causa de DISCAPACIDAD MENTAL ABSOLUTA, por condición clínica de curso permanente e irreversible, con cuadro de ENCEFALOPATÍA HIPOXICA, designando a su progenitora MARIA ELISA HERNÁNDEZ DE PÉREZ como su curador principal y, como suplente, a su hermana MARÍA HORTENSIA PÉREZ HERNÁNDEZ.

12.-A folios 1659 a 1670, milita el dictamen pericial allegado por DORIS JEANNETTE QUINTERO PARDO, a solicitud de la abogada de HERNAN DELGADILLO GIRALDO, en el que se aprecia que al contestar la pregunta 3ª que le formulara la apoderada del demandado, acerca de que *“informe si la técnica anestésica escogida para la atención de esta paciente fue la adecuada?, dijo: “Si, la técnica fue la adecuada, aún hoy después de 7 años sigue siendo una anestesia considerada como óptima; utilizó fármacos de punta y seguros. Inducción con TIOPENTAL y ROCURINIO que es un relajante no despolarizante que sirve para la intubación orotraqueal y el mantenimiento, la intubación es considerada como lo más seguro por los cambios que se presentan en la fisiología respiratoria y hemodinámica.*

*El mantenimiento con SEORANE y REMIFENTANIL. El SEVORANE es un agente anestésico halogenado que brinda gran estabilidad hemodinámica y un tiempo de recuperación inferior a los cinco minutos por tener un metabolismo de 5% y el 95% se elimina como tal por el tracto respiratorio. El REMIFENTANIL es quizá el adelanto más grande en los últimos años, es un narcótico sintético que ocupa selectivamente los receptores MIU, brindando anestesia basada en la analgesia y se suministra en infusión exacta de microgramos por kilo-minuto, con un metabolismo inferior al 1% y desdoblado por las esterases plasmáticas no específicas, permitiendo que su acción termine de 3 a 7 minutos después de suspender su infusión, haciendo que la recuperación de conciencia sea en este lapso, con la ventaja que no tiene metabolitos que prolonguen su duración.”*

Al contestar que si durante el suministro de la anestesia realizado a la paciente en marzo 29 de 2011 por parte del Dr. Delgadillo, se presentó alguna complicación, la experta refirió que *“No hubo ninguna complicación anestésica intraoperatoria. El registro de anestesia muestra que la paciente permaneció estable en todos los parámetros monitorizados durante el procedimiento y en la historia clínica no se hace mención alguna a cualquier evento adverso relacionado en el acto anestésico. Por el contrario, tanto las notas del anestesiólogo como del cirujano y de las enfermeras de las salas*

*de cirugía coinciden en señalar que el procedimiento quirúrgico y el acto anestésico transcurrieron sin complicaciones.”.*

Al responder sobre cuál fue la complicación presentada por la paciente durante el postoperatorio, manifestó: *“La paciente al parecer presentó un embolismo aéreo en el postoperatorio como se le explicó a la señora madre de la paciente y a su acompañante de sexo masculino hacia las 11:30 am; desde el momento en que se introduce un gas en cualquier lugar del cuerpo humano, independientemente de la duración del procedimiento, el peligro de la embolia gaseosa estará siempre presente, aunque sea mínimo su porcentaje. Muchas veces se produce en pacientes completamente sanos.*

Adujo que en este caso la embolia se presentó en la fase tres *“post des insuflación, que se presenta durante la primera hora con niveles estadísticos muy bajos, pero de una gravedad muy alta cuando se presenta”.*

Refiere la experta que en su concepto, las conductas asumidas por el Dr. Delgadillo durante el cuidado postanestésico inmediato estuvieron ajustadas a la *lex artis*. Los registros consultados dicen de manera expresa que la paciente salió de la sala de cirugía en buenas condiciones y que su evolución post-anestésica en la UCI fue normal, ya no se encontraba bajo los efectos de los anestésicos y estaba orientada en persona, tiempo y espacio. A las 10:20 antes que se presentara el paro, la paciente afirmaba estar con frío, con lo que se puede evidenciar que estaba hablando, que sus signos vitales eran estables y que luego de manera súbita presenta disminución de la concentración de oxígeno arterial y pérdida de conciencia, lo que evidencia que fue un evento súbito en una paciente que se recuperaba de manera adecuada después de la anestesia y que al ser algo inesperado, la primera posibilidad es pensar en eventos embólicos (algo obstruyó la microcirculación al cerebro) y no fue una depresión anestésica.

Expone que una vez se presentó el paro, se siguieron los protocolos de reanimación cerebro cardio pulmonar utilizando fármacos y maniobras de manera adecuada y se tomaron las medidas pertinentes a ese tipo de situaciones, el paso de catéter central estaba indicado, así como el ingreso de la paciente a cuidados intensivos.

Manifiesta que la atención por parte del Dr. Delgadillo de ninguna manera fue negligente e inoportuna, la complicación fue súbita en una paciente que se encontraba consciente y recuperada, presenciada por la auxiliar de enfermería quien con monitoría confirma la situación, comunicándola de inmediato al Dr. Carlos Mario Rovira anesthesiólogo y jefe de la sala de cirugía que se encontraba en el área con el Dr. Bernal que fue el segundo cirujano durante la cirugía. El Dr. Delgadillo asiste unos segundos después y es quien ventila, intuba y dirige la reanimación que fue exitosa en unos dos minutos; en términos médicos es un paro presenciado y al lograrse la estabilidad hemodinámica en tan poco tiempo, el resultado debería haber sido favorable, lo que no sucedió debido a la presencia de burbujas de CO<sub>2</sub> en la circulación terminal cerebral, que no permitió la llegada del oxígeno.

Refiere que para el año 2011, estaba vigente la resolución 1043 de 2006 que en su anexo técnico 1° dispuso las condiciones que debían cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, los servicios

quirúrgicos de mediana y de alta complejidad, en el estándar de recurso humano relativo al personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios. Cumple con los requisitos exigidos por el estado para ejercer la profesión y oficio.

Que conforme el registro clínico, la atención brindada a la paciente, demuestra que no existió un abandono, siempre estuvo monitorizada y vigilada por el personal encargado, en cumplimiento de la normatividad que transcribe.

Considera que el embolismo gaseoso es el diagnóstico más acertado, porque un paciente que ingresa sano y se le inocula CO<sub>2</sub> y posteriormente presenta súbitamente pérdida del conocimiento y colapso cardiovascular, lleva lógicamente a pensar en un embolismo aéreo, en este caso paradójico. Su presentación fue inesperada, el colapso cardiovascular por compromiso de la irrigación coronaria de las vías de conducción del corazón producen disminución de la frecuencia cardíaca (Bradiarritmia) o paro cardíaco. Su rápida instalación en los vasos cerebrales, el compromiso de cuatro de los seis segmentos de irrigación cerebral (cerebral, media y posterior bilateral) como se confirmó en el TAC, acompañado de edema y pérdida de surcos y no un solo territorio como si hubiera sido un trombo embolismo o una hemorragia cerebral, fue lo que ocurrió.

Agrega que el examen neurológico como consta en la historia, mostró anisocoria (una pupila más grande que la otra) lo que indicaba que en ese momento había compromiso de un solo hemisferio. La rápida intervención del grupo de médicos que la sacaron en tan solo dos minutos del paro, debió tener un excelente pronóstico, pero fue debido a la presencia de los émbolos aéreos en la circulación terminal cerebral lo que ocasionó tan catastrófico resultado. Era una situación con una incidencia muy baja de solo 0,016% y de esa forma muy difícil de prever.

13.- Milita a folios 2011 2069, dictamen pericial que aporta la parte actora, rendido por la Dra. Olga Lucía Mora Álvarez, quien al responder las preguntas que ese extremo procesal le formulara, indicó que la paciente acudió a consulta de medicina general en febrero de 2011 por presentar dolor pélvico de varios meses de evolución, la cual a través de ecografía pélvica, en febrero 25, reporta masa quística compleja de ovario derecho. Mioma incipiente.

13.1 En razón de lo anterior, fue valorada en marzo 11 de 2011 por Ginecología, donde le diagnostican tumor de comportamiento incierto de ovario, solicita marcadores tumorales y control con resultados Dres. Posibilidad de laparoscopia.

13.2. En abril 18, fue valorada por el Dr. Jairo Riaño quien encuentra masa quística móvil no dolorosa que ocupa todo el hipogastrio. Marcadores tumorales negativos, diagnóstico de masa anexial de origen a establecer. Programa procedimientos: Laparoscopia con biopsia-sección y/o ligadura de trompas de Falopio (Pomeroy), cirugía ambulatoria y solicita valoración anestésica; procedimiento programado para el 29 de abril de 2011.

13.3. Considera la perito que en el caso de la señora Nidia Milena Pérez Hernández, el paro cardiorrespiratorio y la encefalopatía hipoxo-isquémica sufrida, es un evento adverso en salud que de acuerdo a la definición, fue

el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

13.4. Refiere que diversos estudios internacionales indican que la mayoría de los eventos perianestésicos son errores humanos prevenibles que se hubieran evitado realizando adecuado seguimiento a protocolos y listas de chequeo; tales errores humanos se pueden clasificar en, organización – problemas de educación y problemas en sitio de trabajo, es decir, fallas en el proceso.

13.5. Agrega que para minimizar posibles fallas en el proceso, se han diseñado diversas listas de chequeo, las que se realizan de manera sistemática y buscan determinar crisis agudas que ponen en riesgo la vida del paciente. Se pueden detectar 99% situaciones críticas, lo cual permite intervenciones tempranas.

13.6. En el caso de la señora Nidia Milena, se observan fallas en el proceso de atención que dieron lugar al inicio tardío de las maniobras de reanimación, cuyo resultado fue una encefalopatía hipoxo-isquémica en una paciente joven sin antecedentes patológicos de relevancia. El evento se puede catalogar como -EVENTO ADVERSO PREVENIBLE- que se define como, resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial en un momento determinado.

13.7. Concluye que sin duda alguna, la paciente presentó un evento adverso post anestésico consistente en un paro cardio respiratorio con inicio tardío de las maniobras de resucitación, lo cual produjo hipoxia cerebral y el desarrollo de una encefalopatía hipoxo isquémica severa en una paciente sin comorbilidades cuyo desenlace resultó en una lesión neurológica irreversible con pérdida de sus funciones motoras y cognitivas que la mantienen alejada del medio externo con una discapacidad funcional del 96.2% y que depende para su cuidado básico de terceras personas.

13.8. Aduce que la patología se generó como consecuencia de un evento adverso previsible y evitable, por fallas en el proceso de atención al no recibir una adecuada monitorización y seguimiento de su estado de salud en la Unidad de Recuperación Postanestésica, impidiendo la detección y manejo oportuno de niveles adecuados de oxigenación tisular que permitiera minimizar el impacto sobre el tejido cerebral y así mejorar el pronóstico de la paciente.

13.9. También establece errores en el diligenciamiento de la historia clínica y sus correspondientes anexos, y la no adherencia a la guía y protocolos establecidos en los estándares para la práctica segura de anestesia y el manual de práctica clínica basada en la evidencia para el cuidado post anestésico, así como las guías sobre seguridad del paciente quirúrgico. Como consecuencia de la no observancia de protocolos se establecen acciones que comprometieron el estado de salud y calidad de vida de la señora Nidia Milena Pérez Hernández, así como la de su núcleo familiar al encontrarse en situación de discapacidad total permanente e irreversible.

14. La señora María Elisa Hernández de Pérez en su interrogatorio manifiesta que su hija se quejaba de sangrado y en la consulta le dijeron que tenía un quiste en un ovario; ella la acompañó a la cirugía donde a su

hija le hicieron firmar unos papales, ella no fumaba ni tomaba, era sana y trabajaba como auxiliar de enfermería, devengando un salario mínimo, pero que ahora está en estado vegetal, tiene gastritis aguda, presenta convulsiones, infección urinaria, está en estado crítico y así lleva 9 años, y que antes de entrar a cirugía estaba bien, el médico le dijo que por tomar Warfarina, le dio el paro.

15. Por su parte Adriana Elizabeth Pérez Hernández en su interrogatorio afirmó que a comienzos de 2011 se enteró de la hospitalización por molestia de unos sangrados, el período le venía muy seguido; que habló con Nidia el día anterior a la operación y estaba un poco asustada; Nidia asistió a la cirugía en compañía de su mamá porque era una cirugía ambulatoria.

Indica que su mamá entró en shock cuando le informaron que Nidia sufrió el paro, según información del doctor "*Riño y Delgadillo*", que le dijeron que se prepararan porque ella podía quedar en estado vegetativo, que si sabían si Nidia tomaba medicamento a lo que contestó su señora madre que no.

16.- A su turno Miller Javier Junca en su interrogatorio manifestó que convive con Nidia desde que se casaron, como 12 años en casa de su papá; refiere que sus ingresos mensuales ascienden a tres millones y medio; expone que en los primeros años de casados, Nidia lo pasaba en el hogar, luego trabajaban juntos en los casinos, ella vendía revistas, luego estudió enfermería y trabajaba en eso; que en el último año antes de la cirugía ella devengaba \$1'600.000, por cuidar a un señor, con ese salario ayudada mucho a la mamá en los gastos de la casa.

Expuso que unos 8 años antes de la cirugía, ella presentó problemas en su salud y ella le dijo que era hereditario, cree que a la mamá también le hicieron esa cirugía ambulatoria.

Señala que Nidia le contó lo de la cirugía, sobre los quistes en el ovario le dijo que era hereditario, no le comentó los riesgos ya que esas cirugías son rápidas; quedaron que el día de la cirugía iba a ir con la mamá, cuando lo llamaron haciéndole saber que se había presentado un paro, que estaba en coma, lo que habían contado los doctores.

17.- Al interrogar a Fredy Alejandro Pérez manifestó, que no sabía de los procedimientos de su hermana, solo que presentaba un sangrado y que se enteró de la cirugía en semana santa de 2011. También se enteró que le programaron una cirugía ambulatoria, sin más detalles.

Refiere que es el único hombre de la casa, le ha tocado tomar las riendas de la situación de su hermana ya que está postrada en una cama; la EPS no les cumple con todas las medicinas ya que son especiales.

Refiere que estos 9 años con la salud de su hermana no han sido fáciles, lo que ha deteriorado la economía del hogar por lo que pasó en esa clínica y que hay culpa de los médicos y concluye que desconoce si sus hermanas han sido intervenidas por esa patología, pero cree que su señora madre fue intervenida en la matriz.

18.- María Hortensia Pérez Hernández, manifestó que 8 días antes de la cirugía, estaba con su hermana Nidia en Sogamoso, cuando estaban en Bogotá se veían los fines de semana en casa de su mamá.

Aduce que en enero de 2011 se enteró que Nidia tenía bastante sangrado y los exámenes indicaban que tenía quistes en los ovarios; que a su mamá, la operaron de la matriz hace 30 años, pero ella ha tenido miomas en los ovarios.

Señala que Nidia se dedicaba a los quehaceres de la casa, despachaba a las niñas y después se iba a trabajar cuidando a un señor. Piensa que en todo lo que pasó, los doctores tienen una responsabilidad, ya que Nidia ahora cuenta con más enfermedades y que los médicos cometieron fallas humanas. Indica que en la historia clínica aparece que Nidia tomaba medicamentos anticuagulantes, pero ello nunca tomó esos medicamentos.

19.- La señora Herminda Camargo expresó que Nidia era una joven muy sana, cumplidora con sus hijas, esposo y familia; hoy la ve postrada en el lecho de la cama; la ve todos los días porque vive con ella.

Refiere que Nidia fue un martes a la clínica para una cirugía ambulatoria y le recomendó a las niñas, mientras la operaban, pero jamás pensó que le iba a pasar eso; que no sabe de qué era la cirugía; que a María Elisa le hicieron una cirugía de matriz.

20.- Laura Alejandra Junca señaló que siempre vivió con su mamá y papá, hoy vive con su papá y hermana, pues su mamá vive en Sogamoso; indicó que un día su mamá le dijo que tenía una masa abdominal; el día anterior a la cirugía le dijo que era ambulatoria y rápida y que según le comentó la psicóloga, quien le indicó todo el proceso de la cirugía, el quiste es una cirugía ambulatoria y después la recuperación; que la psicóloga le dijo que la anestesia fue más alta y sufrió un paro que duró mucho tiempo, por eso el problema del daño cerebral.

21.- Al interrogar al médico Jairo Enrique Riaño Sánchez, sostuvo que conoció a Nidia Milena Hernández cuando el 29 de marzo de 2011 acudió a su consultorio para consulta de tumor de ovario y se propuso intervención para el 29 de abril de 2011, fecha en la que ingresó con historia, consentimiento, el anesthesiólogo, ingresando a sala de cirugía por tumor de ovario derecho, se le hizo recesión del ovario y ligadura de trompa izquierda, se revisaron los demás órganos en normalidad; el procedimiento duró hora y 40 minutos, se retiró todo y quedó en manos del anesthesiólogo y él se retiró.

Señala que en la sala se encontraban, la auxiliar de enfermería, el medico ayudante sin recordar el nombre, el anesthesiólogo y la paciente, quienes también estaban en la cirugía.

Expone que la clínica Saludcoop contaba con toda la tecnología para esas intervenciones, el volumen del CO2 era un equipo de alta tecnología, todo el material quirúrgico estaba esterilizado; los equipos de signos de monitoreo multipropósito, satura el oxígeno y la frecuencia cardiaca, estaba la máquina de anestesia “Capnografía”; el procedimiento se hizo de acuerdo a la lex artis.

Indica que en su recuperación, la paciente estuvo monitoreada en todo momento; la cirugía se trató de una rutina de ese tipo de procedimientos; dentro de la monitoría clínica es posible que se presente sangrado, pero la paciente no lo presentó, solo lo normal.

Afirma que en caso de sangrado, los equipos les hubieran avisado, al equipo se le ponen 16 milímetros de mercurio, y no permite superar esos 16 milímetros, en caso de que suba el CO<sub>2</sub>, los equipos alertan cualquier alarma; la paciente nunca presentó alarmas clínica ni electrónicas.

Expone que cuando terminó la intervención, revisaron que no hubiese hemorragias, se saturan los puertos, incisiones, la piel, se cubren las heridas y se termina; él se retira y diligencia la historia clínica.

Aduce que cuando se retiró de la sala, la paciente estaba con efectos anestésicos, el anestesiólogo quedó con la paciente; ese día de la cirugía volvió a ver a la paciente en recuperación en manos de los anestesiólogos.

Al contestar las preguntas que le formuló el abogado, refirió que realizaron la cirugía, la que terminó sin complicación y en la que intervinieron los anestesiólogos Hernán Delgado y Carlos Rovira quien no participó directamente en ella.

Repite que los equipos con los que se hizo la cirugía son de alta tecnología, deben mantener un monitoreo del CO<sub>2</sub> que entra y sale, cuando se pasa el mercurio se dispara una alerta, la presión nunca superó los 16 mm de mercurio, nunca se pasa de ahí, la cirugía se desarrolló con normalidad.

Manifestó que después de la cirugía se retira el CO<sub>2</sub> y la cavidad abdominal queda vacía; agrega que la embolia gaseosa se tiene en cuenta como uno de los riesgos que la paciente conoció minutos antes del procedimiento.

Aduce que la paciente iba remitida de la clínica Santa Viviana, valorado por el Dr. Waldrón, el consentimiento se firma en sala de cirugía; expone que cuando la paciente ingresa, se revisa la historia clínica en el sistema, más la valoración y que el consentimiento vaya firmado.

Sostiene que su participación inicia desde la revisión de la historia, de la máquina de anestesia, ingresa con la auxiliar, le indica a la paciente cuál es su función como anestesiólogo, le indica que el consentimiento está firmado y le pregunta a la auxiliar si conoce el procedimiento, quien le dice que no hay problema.

Relata que la anestesia se hace con una inducción relajante, intuba "Retifamil" fármaco, se suministra en microgramos por kilogramos, el "Seorane" se da por concentración de 1 o 2%, eso hacía que esa anestesia se esté manteniendo ahora y en el mundo es segura.

Indica que en la sala se encontraban, los doctores, Riaño, Antonio Barraza, Manuela Gómez y Eliana Castro y que él nunca se ausentó de la sala, hasta que la paciente salió acompañada, quien despertó en sala de forma habitual en presencia del Dr. Rovira y suya, permaneciendo ahí hasta que salió para recuperación.

Arguye que si se prolonga la cirugía puede haber complicaciones, pero en esta paciente no hubo hipotensión, jamás se cayó la tensión, en la paciente no hubo factores de riesgo; relata que la embolia, en la cirugía es rara, pues se presenta en 1 de cada 10.000 pacientes y dice que los parámetros que tuvo en cuenta fueron, la historia clínica, la patología de tumor y la edad de la paciente, ese era el procedimiento de acción.

Indica que hay un error en la historia clínica de trombosis, eso es un error de un médico general, no encuentra antecedentes de trombosis, ese antecedente no es cierto y asimismo, informa que la coagulación fue normal, no hubo antecedente de que la paciente hubiera ingerido aspirinas; afirma que se dio cuenta cuando la paciente recuperó la conciencia, quedando en sala de cirugía en compañía de su señora madre, con quien hablo y le explicó lo que había pasado después del post operatorio y le explicó la situación de traslado a cuidados intensivos.

22.- El Dr. Hernán Delgadillo Giraldo expuso en su interrogatorio que cuando un paciente llega a cirugía, se le explican los riesgos; la paciente era un G-2, tenía una masa lobulada en su interior y se le habían hecho tumorales y no tenía más antecedentes.

Relata que a las 8:00 horas, fue el procedimiento anestésico, no describió la anestesia en la historia clínica, el formato de entrega no lo diligenció, ya que la paciente la entregó al Dr. Rovira; expone que pasados 2 o 3 minutos de la cirugía, ya estaba consciente, aduce que la vio durante todo el procedimiento hasta que ocurrió el hecho; a las 10:30 tuvo una caída de oxígeno; el que dio el masaje cardíaco fue el Dr. Bernal; señala que en recuperación no hay ventilador mecánico.

Indica que la reanimación fue forma inmediata, las notas fueron de dos minutos, “la paciente manifestó su temor de volver a ser intervenida; preguntó que, “*que le habían encontrado*” y se le dijo una masa; la paciente súbitamente presentó la situación, era un riesgo, no era predecible.” Y señaló que cuando se da al paciente “retifamil”, es en proporciones muy pequeñas; el CO2 no es gas anestésico, no produce depresión respiratoria.

23.- Al contestar el interrogatorio, la perito OLGA LUCÍA MORA indicó que fue contactada mediante una llamada por la parte demandante, y haber recibido una remuneración. Para presentar el dictamen tuvo en cuenta la historia clínica de la paciente y el procedimiento; refiere no tener vínculos con Saludcoop, ni conocer a los médicos demandados; al Dr. Leuro lo conoce por cinco casos judiciales como auxiliar de la justicia y que elaboró su dictamen con base en la historia clínica de la paciente y las guías de manejo de anestesiología, resolución 1043.

Enuncia que asistió a ese tipo de procedimiento solo como asistente, ayudando al cirujano principal a alistar al paciente, pero no practicó la cirugía.

Respecto del CO2 no puede decir el volumen, pues no es anestesióloga ni auditora médica.

En lo que toca a reanimaciones de paros cardíacos, cree que ha hecho más de cien; sin embargo, desde 2014 no ve pacientes; atiende unos pacientes de manera personal.

Señala que teniendo en cuenta la historia clínica de la Materno Infantil y Juan N Corpas, en los soportes no se detectó la causa del evento padecido por la paciente.

Aduce que lo que la paciente presenta en el post operatorio, fue el acto anestésico que pudo causar los daños cerebrovasculares y era determinante el tiempo que duró la reanimación, porque cada minuto que pase, hay muerte de neuronas; indica que hay diferencias en los registros de la historia clínica, en la cirugía y después de ésta; la mención del Dr. Rovira no aparece en la historia clínica. Relata que después de iniciar el paro pasaron seis minutos que hacen la diferencia, en su concepto hubo demora en la atención.

Refiere que con el dictamen busca establecer el riesgo anestésico, quirúrgico; se estableció riesgo tipo 1 de la paciente y como no está registrado en la historia clínica, dichas inconsistencia es un acto médico no seguro.

Sostiene que un evento de riesgo puede ser una embolia gaseosa; el CO<sub>2</sub> entra al torrente sanguíneo y obstruye el movimiento sanguíneo, se puede presentar en la Parantoscopia, no sabe sobre los niveles de CO<sub>2</sub>, pero sí el anestesiólogo.

Enuncia que una burbuja de gas puede generar hipoxia, muerte del tejido coronario o neuronas, hay estudios por medio de los cuales se pueden extraer esas burbujas, pero no tiene evidencia de cómo realizan esos métodos.

Dice que el accidente cerebrovascular fue descartado, pero que el edema fue la falta de oxígeno al cerebro; las notas de enfermería reportan una saturación de oxígeno a las 10:30 y 10:40; según las notas de enfermería duró seis minutos.

Concluye que el consentimiento es una proforma que explica los riesgos, la paciente lo firma y acepta, estando el paro cardio respiratorio como riesgo.

24.- A su turno la perito DORIS QUINTERO PARRADO, informa no conocer a los demandantes ni tener vínculo con Saludcoop, al Jaime Enrique Riaño sí, porque trabajó con él, pero no lo ve desde hace 18 años.

Sostiene que es la primera vez que se encuentra en una situación de estas; comenta que no recibió dineros de nadie por el dictamen y que conforme a la historia clínica hizo un análisis con base en su profesión, de acuerdo con lo que narra que la señora Nidia es una paciente joven ASA 1, a quien se le hace una recesión del tumor, hubo una caída en el oxígeno de la sangre, presentándose un evento súbito; hubo un paso de CO<sub>2</sub> del sistema venoso al sistema arterial.

Sostiene que al presentarse el evento, fue asistida por el Dr. Rovira, el Dr. Delgadillo se ocupa y al observar que hay un paro cardiaco, se aplica atropina. Comenta que las burbujas actúan como un tapón en el cerebro.

Indica que esas complicaciones son casi imposibles de evitar, es raro que pase un evento como éste desde el punto de vista clínico; no hay manera de evitar que se presenten esas burbujas.

Informa que al revisar las historias clínicas, el diagnóstico nunca se pudo comprobar.

Manifiesta que la escala de Andreti es una que mide la recuperación anestésica para mover la función motora, la respiración del paciente; cuando salió de la cirugía tenía un andreti de 8 a 10 que es normal.

Asimismo, refiere que cuando se está en recuperación debe permanecer una jefe de enfermería, no es obligatorio que esté el anesthesiólogo, pero debe estar uno disponible.

Concluye que la paciente fue atendida inmediatamente en el momento del evento y hubo un compromiso de tipo vascular en unas áreas del cerebro, pero eso no debió haberse presentado.

Siguiendo con el recaudo de pruebas, en la diligencia celebrada en noviembre 25 de 2020 se recibieron los testimonios de:

25.- SANDRA YANETH LOPEZ CELY, quien afirmó no conocer a los demandantes; al Dr. Riaño lo conoce hace como 10 años, cuando trabajó como auxiliar de enfermería en Saludcoop con él, teniendo que asistirlo en procedimiento de laparoscopia; asegura conocer al Dr. Delgadillo hace como 10 años por estar trabajando como auxiliar de enfermería con él en Saludcoop como anesthesiólogo.

Señala tener recuerdo de una paciente que se le hizo una laparoscopia y presentó un paro y se le atendió; dicho episodio lo recuerda porque fue la única paciente que presentó esa situación de paro.

Refiere que después de la cirugía, se dejó a la paciente en recuperación post anestésico, la paciente dijo que tenía frío y súbitamente presenta el evento, por lo que se llamó a los doctores, Rovira anesthesiólogo, Bernal y Delgadillo, después se entubó y se subió a cuidados intensivos.

Agrega que después de eso entregó su turno a la una de la tarde, la paciente quedó en la clínica con signos vitales, entubada y con ventilador.

Frente a las preguntas de los abogados indicó que todo se registra en la historia clínica de la paciente.

Expuso que trabaja como auxiliar de enfermería desde hace tres años o más; su entrenamiento es titulado como Auxiliar de Enfermería Interno de la Clínica; en reanimación cardio pulmonar no tuvo entrenamiento.

Alude que no recuerdo horas exactas del post anestésico, pero la paciente estaba estable, sin embargo empezó a descender los signos vitales; las únicas personas que estaban en la sala de recuperación era ella como auxiliar con los médicos y anesthesiólogos y que cuando se presentó el paro llamó al Dr. Rovira porque era el más cercano y no sabe cuándo la paciente se trasladó a UCI.

26.- LILIANA ARANGO RODRIGEZ en calidad de perito, relata que fue empleada de Saludcoop como un año y medio e indica que la señora Pérez Hernandez tenía un trastorno de sitio menstrual, fue valorada por medicina legal y le ordenaron una radiografía tras vaginal que reflejó un

quiste de 10 centímetros, ordenándole ir a ginecología, donde detectan una masa de 6 centímetros y consideran intervención quirúrgica.

Que después la envían para que la valoraran tres cirujanos, asignándole al Dr. Riaño, quien corrobora que tiene masa pélvica y de consulta en consulta pudo haber un crecimiento; la palpa abdominalmente y decide el procedimiento quirúrgico, porque se trataba de un tumor.

Refiere que los tumores funcionales pueden desaparecer, pero en este caso era un tumor de ovario y que posiblemente pudo haber sido un tumor benigno, el Dr. Riaño dejó registrado en la consulta y le dio las alternativas quirúrgicas, proponiéndole la cirugía por laparoscopia; expidiendo las órdenes para el procedimiento, intervención que fue un mes después.

Informa que esa cirugía se puede realizar abriendo el abdomen o por vía de laparoscopia, que son incisiones de diez centímetros por donde se introduce una cámara y una fuente de gas, es bióxido de carbono, para eso se necesita de equipos especiales.

Sostiene que la laparoscopia se hizo a través de la *lex artis*, en la cirugía no se reportaron complicaciones, el tumor era de 15 cmts. y estaba en crecimiento constante, con probabilidad de que fuera canceroso.

Manifiesta que la paciente salió de la cirugía con signos vitales normales, en la sala de recuperación a los 20 o 25 minutos, se evidencia que la paciente disminuye la saturación de oxígeno y signos vitales, la enfermera da aviso al médico quien inicia un soporte ventilatorio porque la señora entra en un paro cardíaco respiratorio.

Indica que la historia clínica dice que hubo asistencia de 2 a 5 minutos, pero no hay personas que tomen ese tiempo por el estrés en el momento de los médicos; que la paciente quedó en un estado de coma; la reanimación fue una respuesta muy rápida, pero presentó un compromiso neurológico que fue ubicada en otra clínica.

Relata que la historia clínica de la Corpas fue muy larga, no es clara cuál fue la causa de esa situación neurológica que presenta la usuaria, el hecho es que las imágenes diagnósticas evidencian que se afectaron las arterias izquierdas y derechas.

Resalta que unos 20 días después, aparece reportado en la historia clínica la patología de tumor que había en el ovario.

Agrega que en la laparoscopia y la complicación de la paciente no ve la relación haya tenido con el Dr. Riaño, pues no hubo daño en la región abdominal y expone que esas complicaciones no son habituales.

Frente a las preguntas de los abogados, contestó que la embolia del CO<sub>2</sub>, en la cavidad abdominal es entendida para visualización de los órganos, este gas pasa por venas o arterias y puede darse el paso del gas a la circulación sanguínea.

Concluye que reitera su dictamen: La complicación de la paciente fue muy rara; no hay razón de informar a la paciente las complicaciones raras.

La anestesia no tiene nada que ver con esos procedimientos; los sistemas de insuflación CO2 se utilizan hace 20 años y son muy seguros, allí se establece con que presión se puede trabajar con mucha seguridad. La laparoscopia puede estar en un 0.005%.

Lo anterior, se contrasta con el estudio pericial que milita a folios 2200 a 2209 en el que, la misma perito concluye, *“1. La cirugía de la señora Nidia Milena Pérez Hernández estaba indicada. La vía de primera elección para esta cirugía hoy en día es por vía laparoscópica, si está disponible. 2. De acuerdo a la descripción quirúrgica, no se presentó ninguna complicación durante la cirugía, lo que se puede asegurar, además, por el hecho de que la señora Pérez Hernández no requirió de ninguna reintervención. 3. La señora Pérez Hernández presentó en el post operatorio inmediato un evento trombótico cerebral de causa no clara, que comprometió varias arterias y le produjo una hipoxia cerebral con secuelas neurológicas permanentes. 4. El evento trombótico cerebral que presentó la señora Pérez Hernández no estuvo relacionado con el actuar médico del Dr. Riaño. 5. La complicación presentada por la señora Pérez Hernández se puede considerar un evento fortuito que era impredecible.”*

27.- La testigo ELIANA CASTRO en su relato sostuvo que conoce al Dr. Riaño porque trabajó con él 9 años en sala de cirugía en Saludcoop de la 94 y al Dr. Delgadillo lo conoce por procedimientos quirúrgicos en esa misma clínica.

Señala que no recuerda el evento porque fue hace 9 años. Que está en las notas de cirugía que se anunció el acontecimiento de la paciente y no participó en ese procedimiento, pues estaba en otra sala y salió a colaborar en ese evento y quienes apoyaron ese evento fueron los doctores, Rovira, Riaño y Bernal.

Sostiene que cuando se presenta un episodio de esos hay que apoyar a los compañeros. Ella quedó con Sandra de apoyo de los médicos, cuando Sandra pidió ayuda, todos corrieron al sitio.

Para cuando llegó al sitio, estaba el Dr. Delgadillo, su compañera estaba disponible para lo que necesitaran, pasó líquidos y el carro de paros también estaba disponible.

Acto seguido se estabilizó a la paciente, quedando monitoreada y en recuperación.

Frente a las preguntas de los abogados respondió que ella habla por sus notas de enfermería, el anesthesiólogo era el Dr. Delgadillo, quien junto con ella iniciaron el proceso, el Dr. Rovira ayudó a entubación en sala de cirugía; después de la cirugía, sacó a la paciente y la llevó a la sala de recuperación y se la entregó a Sandra Milena.

Expone que cuando un paciente sale de cirugía, sale en silla, se le pone cobija y se traslada a recuperación.

Indica que sus notas fueron signos estables con ventury al 90%, en la cirugía la paciente estuvo muy estable, sin novedad-, sin embargo, cuando pita el bombillo rojo, es porque está pasando algo.

Del análisis en conjunto a ese caudal probatorio, debe concluirse que el resultado insatisfactorio que denuncia la parte actora, por el estado en que quedó la señora Nidia Milena Pérez Hernández, al padecer una hipoxia cerebral con secuelas neurológicas permanentes, no fue producto de la impericia que refiere la parte actora, ni a la falta de atención oportuna, pues ello ocurrió, según los galenos demandados, a un fenómeno de causa desconocida e imprevisible para el post operatorio, considerada como un evento trombótico que no era previsible.

De acuerdo a lo anterior, se aprecia del arsenal suasorio que nutre este expediente, que el cirujano demandado indicó que la intención y propósito de la cirugía era que no hubiera riesgos, que consideró la cirugía como una intervención experimental; que hubiese planeado el resultado de corregir el crecimiento del tumor; que hubiese explicado a la paciente sobre los posible riesgos en el desarrollo de la intervención a practicar; cuando todo eso afirmó, lo 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 .

En lo que respecta al interrogatorio rendido por el Dr. Delgadillo, y del cual la censura establece también una confesión de que aquél utilizó el equipo apropiado para obtener un resultado específico desarrollando el procedimiento en apego de la *lex artis*, la lectura que del mismo hace el juzgado, arroja una visión concordante con el resto del material probatorio recaudado.

En efecto en esa declaración el demandado dijo que a la paciente se le practicó una laparoscopia, procedimiento apropiado para extirpar el tumor o quiste de ovario; procedimiento que desarrolló según protocolos médicos y en la práctica de la cirugía no se presentó complicación alguna, pues el resultado quirúrgico "fue el previsto y comentado con la paciente de practicar una laparoscopia, por la masa pélvica presentaba" ; que la paciente se motivó y aceptó realizar, razón por la cual se le explicó que riesgos podían ocurrir y dentro del consentimiento informado la paciente indicó: *"Que he sido informado en forma amplia y suficiente de los riesgos, complicaciones o molestias asociadas a las diferentes técnicas anestésicas, y he sido advertido de los riesgos previstos que según mi condición clínica se pueden presentar, así como de la monitoría invasiva que se necesita para la realización de mi intervención o procedimiento, ya sea dicha anestesia general, regional o local más sedación. Así:*

*Anestesia general: dolor de garganta, náuseas, vómito, mareo, trauma dental, lesión de cuerdas vocales temporal o definitiva, dolores musculares, hipotensión, hipertensión, broncoaspiración, reacción alérgica a sustancias anestésicas, isquemia, o infarto de miocardio, alteraciones neurológicas temporales o definitivas, lesión de nervios periféricos y de zonas de presión por posiciones requeridas durante la intervención, falla cardíaca severa, paro cardiorespiratorio e incluso hasta la muerte. (...)"*

El resultado de la cirugía está consignado en la historia clínica, en la que se indica que a las 10:20 horas del 29 de marzo de 2011, la paciente sale del procedimiento estable y con signos vitales, inclusive manifestó, según relato de la enfermera auxiliar, *"que tenía mucho frío"*, notándose que dentro del procedimiento quirúrgico no hubo complicación, y que salió viva, consciente y hablando, con sensibilidad epitelial a las condiciones climáticas externas; pero en el post operatorio, en sala de recuperación de manera súbita presentó un paro cardio respiratorio. Se aprecia, que las explicaciones ofrecidas por el médico demandado dan cuenta, no de la admisión de haberse comprometido a obtener un resultado, sino de cuáles

fueron los que se obtuvieron y la forma como el equipo de atención estuvo atento en todo momento aún en postoperatorio pese al desenlace final obtenido.

Conforme la historia clínica obrante al plenario, vale la pena recabar que, en lo que nos atañe específicamente para este asunto según notas de enfermería de la orden de hospitalización de abril 29 de 2011 que, a la 8:05 horas, el Dr. Delgadillo realizó anestesia general IV, inicio goteo de Remifentanyl, realizó entubación orotraqueal y protección ocular, procedimiento sin complicación (fl.97); a las 8:15 por orden del mismo galeno se le suministró a la paciente Dexametazona IV directas, Dipirona y Tramadol.

A las 8:17 el Dr. Riaño realizó ASEPSIA Y ANESTESIA del área QX e impregna con Quirucidal Solución, colocando el manipulador de útero, procedimiento sin complicación.

A las 8:24, el Dr Riaño inició el procedimiento sin complicación; a la 8:55 se rotula lo extraído, se aplica formol, se registra en libro de patologías y se dejó en nevera.

A las 9:40 el Dr. Riaño terminó el procedimiento sin complicaciones, dejando las heridas cubiertas con Micropore.

Luego a las 9:45 el D. Rovira realizó aspiraciones de secreciones y extubación Orotraqueal, sin complicaciones.

A las 10:03 la paciente fue trasladada a la sala de recuperación somnolienta bajo efectos de anestesia general, con heridas cubiertas con Micropore limpias y secas, con su historia clínica completa quedando monitoreada y con soporte de oxígeno por Ventury al 50% (fl. 96).

A la 10:05 la paciente entro a recuperación con la anterior descripción, sin embargo, a las 10:20, la paciente refirió tener frio continuando estable en recuperación.

A las 10:30 el monitor reportó signos vitales TA=91/52, FC=46 por minuto, que empieza a disminuir, SOP=90% que también disminuye. Paciente no responde al llamado, avisando inmediatamente al anestesiólogo Dr. Rovira quien valoró a la paciente e inició presión positiva con AMBU.

Alas 10:35 la paciente entró en paro, el Dr. Bernal inicio maniobras de reanimación; el Dr. Delgadillo realizó masaje cardiaco, a las 10:36 entubó y continuó masaje cardiaco.

A las 10:40 la paciente presentó signos vitales de recuperación ascendente hasta 98% a las 10:50 continuando la atención medica como se aprecia a folios 94-95, lo que significa que las maniobras de reanimación que se le hicieron dentro de los 5 minutos antes, permitieron esa recuperación de los signos vitales que reportó a las 10:40, lo que descarta la tesis de que no tuvo atención oportuna y que por ello fue que se presentó el evento adverso, como lo atestó la perito Olga Lucía Mora Alvarez, pues lo que se extrae del análisis cuidadoso a la historia clínica y notas de enfermería, es que el evento perianestésico en este caso se trató de evitar con adecuado seguimiento a protocolos y listas de chequeo y que por ende, no está demostrado que la encefalopatía hipoxo-isquémica que finalmente reportó

la paciente, obedeció a fallas en organización, ni a problemas de educación o en el sitio de trabajo, ni en general, a fallas en el proceso.

Por el contrario, como puede verse del escrutinio a la historia clínica, notas de enfermería y de los galenos, no hay siquiera indicios que permitan concluir que en la atención quirúrgica de extirpación de quiste hubiese existido un error o negligencia, pues véase que el Dr. Riaño terminó el procedimiento a las 9:40 sin complicaciones, dejando las heridas cubiertas con Micropore y que luego, 5 minutos después, el Dr. Rovira realizó aspiraciones de secreciones y extubación Orotraqueal, sin complicaciones, razones por las que a las 10:03 la paciente fue trasladada a la sala de recuperación somnolienta bajo efectos de anestesia general, con heridas cubiertas con Micropore limpias y secas, con su historia clínica completa quedando monitoreada y con soporte de oxígeno por Ventury al 50% (fl. 96).

Frente al episodio de paro cardiaco que presentó la paciente, las notas de enfermería reseñadas, dan cuenta que tampoco hubo tardanza en la atención, ni falta de médicos, pues del relato traído a cuento, se aprecia que minuto a minuto fue atendida por los galenos que se encontraban en la clínica, en el momento y para atender el acontecimiento, como lo fueron los doctores, Rovira, Delgadillo y Bernal; ergo, si hubo atención profesional médica oportuna, circunstancias probadas idóneamente, que habilitan a esta instancia a restarle credibilidad a las afirmaciones de la perito Mora Alvarez, cuando dice que el evento adverso post anestésico consistente en paro cardiorespiratorio obedeció al inicio tardío de las maniobras de resucitación y que ello produjo la hipoxia cerebral y el desarrollo de una encefalopatía hipoxo isquémica severa por fallas en el proceso de atención al no recibir una adecuada monitorización y seguimiento de su estado de salud en la Unidad de Recuperación Postanestésica, impidiendo la detección y manejo oportuno de niveles adecuados de oxigenación tisular que permitiera minimizar el impacto sobre el tejido cerebral y así mejorar el pronóstico de la paciente; falta de credibilidad que surge, a más de lo ya acotado en relación con lo que la historia clínica reporta en contra de tales aseveraciones, véase que tales afirmaciones provienen de una persona que si bien es profesional de la medicina, su perfil profesional nos señala que no se ha desempeñado ejerciendo como cirujana, mucho menos en ginecología, ni tampoco en anestesiología, sino por el contrario, en labores administrativas de diseño, dirección, implementación e interventoría de procesos, especialmente en autorizaciones, facturación, auditoría médica y de cuentas medicas, recobros, gestiones de cartera, garantía de calidad en EPS's e IPS's.

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 reforzada con el dictamen pericial, derivada de la naturaleza de la obligación a cargo de los médicos, 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 de los galenos estuvo alejada de la praxis médica acompasada a la lex artis 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 desvirtuarlo.

Sobre las probanzas documentales aportadas como dictamen de la parte actora debe decirse, preliminarmente, que ninguno de estos medios puede en línea de principio evidenciar la real intención de las partes cuando acordaron la cirugía practicada, pues los informes no refieren concretamente a dicho convenio sino en forma general el procedimiento quirúrgico realizado.

Los dictámenes aportados por la parte demandada, específicamente de las doctoras Doris Jeannette Quintero Pardo y Liliana Arango Rodríguez, arrojan luces sobre la técnica utilizada y los riesgos que podían presentarse el procedimiento, como el consentimiento formado entre las partes intervinientes en torno a la intervención quirúrgica.

Aspecto de indudable connotación técnica para el cual el dictamen pericial debe de arrojar claridad; en efecto, sobre los que a instancia practicaron y aportaron los demandados, los que en criterio del juzgado, se encuentran ajustados a la realidad, ya que de sus análisis, puede verse que como expertas en la materia avalaron el procedimiento quirúrgico cuestionado, utilizado por los galenos demandados.

En efecto, categóricamente responden las expertas que "de acuerdo con historia clínica de la señora Nidia Milena Pérez Hernández, a la paciente se le practicó laparoscopia y durante el procedimiento no hubo complicación intraoperatoria alguna", porque ese procedimiento es el adecuado para extirpar el tumor de ovario.

Además, dicen que en la operación se cumplieron los parámetros de evaluación preoperatoria, pues la paciente recibió información del procedimiento y manifestó por escrito su consentimiento para la cirugía.

Afirman que la extracción del quiste más riesgo por eventual, era un procedimiento normal, en el que casi nunca se presenta, por lo que la embolia presentada se debió a un evento fortuito que no era predecible.

Agregan que de esa intervención quirúrgica "la paciente salió de cirugía consciente y con signos vitales", y fue en el postoperatorio donde se presentó saturación de CO<sub>2</sub> en la circulación sanguínea, que no tuvo nada que ver con las conductas realizadas por los galenos en la práctica quirúrgica, sino más bien a un evento inesperado que se presentó súbitamente, es decir, manteniéndose en pie las afirmaciones de los demandados, acerca del contenido de la obligación principal asumida por los profesionales demandados, que sólo se limitaba a emplear todos sus esfuerzos y conocimientos médicos en la obtención de un resultado que no garantizó, debe entonces colegirse que, de acuerdo con los dictámenes periciales, los médicos no sólo no adquirieron una obligación de resultado sino que no incurrieron en una culpa galénica, desde luego que la experticia corrobora la idoneidad de la praxis que se adelantó.

Comoquiera que establece que el resultado de la cirugía fue positivo porque fue en sala de recuperación que se presentó el paro cardiorespiratorio, es concluyente otro elemento de la responsabilidad civil que queda con esas pericias descartado como atribuible a los demandados: el daño, que aunque sí ocurrió, las expertas y los demandados lo atribuyen a una causa rara presentada inesperadamente, de donde surge la ausencia del nexo causal entre la intervención quirúrgica mencionada y

esa complicación respiratoria presentada en el post operatorio que concluyó en hipoxia cerebral con secuelas neurológicas permanentes.

Itérese, que las peritos hallaron adecuada la praxis médica del momento por lo que, no solo por descarte sino por haberse atribuido ese padecimiento a un caso súbito presentado inesperadamente, eliminaron todo nexo causal de la conducta galénica y esa lamentable queja de la parte actora.

Por tanto, aun cuando el apoderado de la parte actora se esfuerza por demostrar que el daño de salud que ahora presenta la paciente fue producido por el actuar descuidado de los médicos demandados, tildando de omisión y descuido en la praxis médica, la apreciación del material probatorio, historia clínica de la paciente y demás documentos aportados, confirman la conclusión técnica que las 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.

En lo que toca a la culpa, no hay probanza alguna con la que se les pueda imputar a la conducta de los médicos y la falta de nexo causal entre el daño reclamado y la intervención quirúrgica, 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, no se extrae que los daños reclamados sean como la consecuencia inevitable del incumplimiento atribuido a los galenos 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 cada una de las posibilidades.

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.

En el caso que se estudia, son los daños materiales y morales padecidos por los demandantes "como consecuencia de la mala praxis en la cirugía que le práctico", los demandados en su defensa informan "en el procedimiento quirúrgico no hubo ninguna complicación". Si ello es así, resulta intrascendente entrar a dilucidar el incumplimiento del deber de información a cargo del médico de modo que pueda confirmarse que el consentimiento que con antelación a la intervención quirúrgica obtuvo la paciente, no fue el producto de la decisión de esta, libre, consciente y con pleno conocimiento de las consecuencias, esto es, un consentimiento informado.

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 emerge 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.”*<sup>1</sup> (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 Pérez Hernández, 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.

Y es intrascendente si en cuenta se tiene que el daño que se reclama tiene una causa perfectamente determinada en la demanda: la cirugía no la ausencia de consentimiento informado.

Lo anterior se soporta en la ausencia de nexo causal entre la violación del deber de información y la lesión corporal padecida. 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 si n 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 Nidia Milena Pérez Hernandez con las conductas desplegadas en la praxis médica realizada por los galenos demandados, como tampoco que el daño reportado por la paciente, sea producto de ello, 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, poniendo de relieve que las inconsistencias que refiere la parte actora, aparecen en la historia clínica, así como el error, admitido por el cirujano demandado, en torno a la anotación del consumo de warfarina por parte de la paciente y de la no afección previa de trombosis, aunque ciertas, no tienen la incidencia necesaria para desvirtuar la fuerza demostrativa de las demás pruebas obrantes en el dossier, mucho menos, para tener por demostrado el nexo causal.

De tal forma que en esa línea de argumentación, se declararán prósperas las excepciones que se enlistan enseguida, teniendo en cuenta para ello lo discurrido, a lo que se le agrega que lo probado acá es que la encefalopatía hipoxo-isquémica que finalmente reportó la paciente, fue un evento

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 Doris Jeannette Quintero Pardo, dijo que fue una situación con una incidencia muy baja de solo 0,016% y de esa forma muy difícil de prever, lo que concuerda con lo atestado por la doctora Mora Alvarez, cuando afirma que eventos como ese, se pueden detectar en 99% situaciones críticas, lo que lleva a concluir que en este caso, lo ocurrido extraordinariamente a la paciente, encaja en la tasa de ocurrencias excepcionales, destacando sobre esas circunstancias extrañas, que coincide con lo manifestado por el Dr. Riaño Sánchez, al relatar que la embolia en la cirugía es rara, pues se presenta en una de cada 10.000 pacientes, lo que no descarta que se trate de un riesgo inherente, que en el presente asunto, lamentablemente acaeció, y para ambientar probatoriamente ese aspecto, recordemos que en palabras de la perito Quintero Pardo, *desde el momento en que se introduce un gas en cualquier lugar del cuerpo humano, independientemente de la duración del procedimiento, el peligro de la embolia gaseosa estará siempre presente, aunque sea mínimo su porcentaje. Muchas veces se produce en pacientes completamente sanos;* y por tanto, se declararán exitosas las excepciones AUSENCIA DE NEXO CAUSAL, INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD, AUSENCIA DE CULPA, ACAECIMIENTO DEL RIESGO QUE GENERA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ALEA TERAPEÚTICA), 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.

Por último, en lo que atañe a la objeción que los demandados 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

Congruente con lo expuesto, el JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C., administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

#### RESUELVE

PRIMERO:DECLARAR PROSPERAS las excepciones AUSENCIA DE CULPA, AUSENCIA DE NEXO CAUSAL, INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD, ACAECIMIENTO DEL RIESGO QUE GENERA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ALEA TERAPEÚTICA), que en este caso plantearon los demandados.

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

TERCERO: CONDENAR a los demandantes en las costas del proceso, señalando como agencias en derecho \$3'000.000 M.Cte.

Notifíquese y cúmplase,

TIRSO PEÑA HERNANDEZ  
JUEZ

Sgr

**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: **cf69ab821bf9555c5340da1651edbd3f0d477f190459ac253ea6da1aff53e3e1**

Documento generado en 03/05/2022 05:45:31 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (3) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232020 00229 00

De acuerdo al informe secretarial y documental vista a posición 57 a 61 del expediente digital, se dispone:

Por ser procedente, en aplicación del numeral 2 del artículo 161 del código General del Proceso, se suspende el trámite del presente asunto por el término solicitado de noventa (90) días, esto es, hasta el 29 de julio de 2021, inclusive.

Notifíquese,

**TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ**  
Juez

EJFR

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: **bf519feb9476322711ca83126d2117b4f9cf8b191d59f66d2d7262cdd9150aaa**

Documento generado en 03/05/2022 04:27:04 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (3) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100131030232020 00350 00

De acuerdo al informe secretarial, se dispone:

Vencido el término de emplazamiento en la página de emplazados (*posc. 51*), sin que la demandada compareciera al proceso, se le designa curador *ad litem*, en aplicación del numeral 7 del artículo 48, en concordancia con el inciso 2 del artículo 154 del código General del Proceso, habilitando a la abogada ROXANA QUIÑONES PERILLA con C.C. No. 51.936.085 y T.P. No. 104.591 del C. S. de la J., dirección Carrera 17 No. 102-16, apto. 301 de Bogotá, teléfono 6101868, para que la represente.

Comuníquesele de su designación vía telegrama y adviértasele que el cargo es de obligatoria aceptación dentro de los cinco (5) siguientes al recibo de la respectiva comunicación.

Notifíquese,

**TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ**  
Juez

EJFR

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: 9d7f72a5221bdd8e63350eea037e4ff9ce0e43750755770b78f2f5ddd42600a5

Documento generado en 03/05/2022 04:24:14 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](mailto:ccto23bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Bogotá D.C., mayo tres (3) de dos mil veintidós (2022)

Expediente 1100129000002020 28518 01

De acuerdo al informe secretarial y documental vista a posición 19 del Cuaderno 2 del expediente digital, se dispone:

1.- Agregar a los autos la respuesta de la superintendencia de Industria y Comercio, al requerimiento realizado por este despacho mediante auto calendado de marzo 15 de 2022; por secretaria, procédase a incluir al expediente digital los documentos relacionados en la respuesta.

Una vez realizada la labor, regrese el expediente al despacho para lo pertinente.

Notifíquese,

**TIRSO PEÑA HERNÁNDEZ**  
Juez

EJFR

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: **37576033c2715f905b3f5a382f49f4ac49d16fbff157c59abb3064604517b27c**

Documento generado en 03/05/2022 04:29:30 PM

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