

2023-00034 JUAN CARLOS TORRES PRADA CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO

Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>

Lun 02/10/2023 13:28

Para: Juzgado 13 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: andressamperf@hotmail.com <andressamperf@hotmail.com>; MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA <mcpachonv@compensarsalud.com>; dirigaba@gmail.com <dirigaba@gmail.com>

 1 archivos adjuntos (3 MB)

2023-00034-Juan Carlos Torres Prada-contestaciones.pdf;

Señor Doctor**GABRIEL RICARDO GUEVARA CARRILLO****Juez Trece Civil del Circuito de Bogotá****E. S. D.**

Ref: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA y del LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
Demandante TULIA CUÉLLAR DE SALGADO
Demandado: COMPENSAR
Llamado en Garantía JUAN CARLOS TORRES PRADA
Radicación 110013103013-**2023-00034**-00

HAROLD ARISTIZÁBAL MARIN, en mi calidad de apoderado del llamado en garantía Dr. Juan Carlos Torres Prada, dentro del proceso de la referencia, me permito remitir, a través de mi correo electrónico (RNA), a la dirección electrónica del Despacho y a las de las partes procesales, archivo pdf que contiene las contestaciones de la demanda y del llamamiento en garantía formulado por la demandada COMPENSAR, conforme lo dispuesto por la Ley 2213 de 2022.

Sinceramente,

Harold Aristizábal Marin**CC. 16678028 Cali****TP. 41291 CSDJ****correo electrónico: harold.aristizabal@conava.net (RNA)**

Sinceramente.,

Harold Aristizábal Marín

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
Director General

CEL: +57 315 401 22 01
EMAIL: ham.conava@gmail.com - conava@conava.net
PBX: +57 - 2 488 09 99 FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"
Código Postal 760044
Santiago de Cali - Colombia



Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.



Señor Doctor
GABRIEL RICARDO GUEVARA CARRILLO
Juez Trece Civil del Circuito de Bogotá
E. S. D.

correo electrónico: ccto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

REF: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA y del LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
Demandante TULIA CUÉLLAR DE SALGADO
Demandado: COMPENSAR
Llamado en Garantía JUAN CARLOS TORRES PRADA
Radicación 110013103013-2023-00034-00

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado del **Dr. JUAN CARLOS TORRES PRADA**, llamado en garantía dentro del proceso de la referencia, de conformidad con el poder adjunto, el cual ya reposa en el expediente digital y en el archivo del Despacho, procedo a continuación a **CONTESTAR LA DEMANDA** al igual que a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** efectuado por la llamante en garantía la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR "COMPENSAR"** (en adelante COMPENSAR). En tal virtud, siguiendo el orden propuesto en la demanda y en el correspondiente llamamiento en garantía, estructuraré las contestaciones respectivas con base en el siguiente esquema:

- I. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA
 - 1.1 Pronunciamiento sobre las Pretensiones de la Demanda
 - 1.2 Pronunciamiento sobre los Hechos de la Demanda
 - 1.3 Excepciones de Fondo
 - 1.4 Objeción al Juramento Estimatorio
 - 1.5 Manifestación de oposición al decreto de algunas de las pruebas solicitadas por la actora
- II. CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
 - 2.1 Pronunciamiento respecto de las Pretensiones del Llamamiento en Garantía formulado por COMPENSAR
 - 2.2 Pronunciamiento respecto de los Hechos del Llamamiento en Garantía formulado por COMPENSAR
 - 2.3 Excepciones de Fondo
- III. SOLICITUD DE PRUEBAS
 - 3.1 Documentales
 - 3.2 Interrogatorios de Parte
 - 3.3 Declaración de Parte
 - 3.4 Testimoniales
 - 3.5 Dictamen Pericial
- IV. ANEXOS
- V. PETICIONES
- VI. NOTIFICACIONES



I. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

En relación con la demanda, me pronunciaré, en primer lugar, respecto de las pretensiones, a continuación, respecto de los hechos en que ellas se basan y, posteriormente, formularé las excepciones de mérito respectivas. Adicionalmente, objetaré el juramento estimatorio y efectuaré unos comentarios a la solicitud de pruebas de la parte actora.

1.1 PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo, categóricamente, a que se resuelvan en favor de la parte actora sus pretensiones, en la medida en que son imprecisas e incorrectas y no sólo carecen de fundamentos fácticos y probatorios, sino que no tienen el respaldo jurídico como para atribuir responsabilidad al llamado en garantía Dr. Juan Carlos Torres Prada. Sin embargo, otro puede ser el parecer respecto de la demandada y llamante en garantía COMPENSAR.

La técnica jurídica empleada por el apoderado de la parte actora presenta serias deficiencias de estructuración, toda vez que los hechos en que las pretensiones se basan en no pocas ocasiones las exceden y en otras no alcanzan a respaldarlas, lo cual afecta la debida congruencia que debe existir entre unos y otras, al tiempo que desvía el eje del problema jurídico central que debe ser avizorado. Desde ya resulta pertinente plantear, empleando para ello información derivada de los hechos de la demanda, que el litigio debe fijarse es en torno a los problemas ocasionados a la paciente luego de que COMPENSAR no permitiera que continuara el tratamiento de rehabilitación que se estaba desarrollando. No se trata de que el Dr. Torres Prada fuera representante de COMPENSAR, pues no lo era, ni que hubiese realizado un tratamiento erróneo pues, como se demostrará, es un subterfugio que no orienta a la verdad científica, dado que la paciente sí era apta para el uso de la prótesis removible, pues lo que en realidad generó el daño fue la suspensión indefinida e irresoluta del tratamiento de rehabilitación a partir del 20 de junio de 2017.

En tal virtud, respecto de la pretensión declarativa de la demanda, el análisis de los elementos de la responsabilidad civil contractual solicitada debe ser especialmente efectuado en la relación de la paciente Tulia Cuéllar de Salgado con COMPENSAR. La paciente no tuvo relación contractual con el llamado en garantía Dr. Juan Carlos Torres Prada.

Si hubo incumplimiento o cumplimiento defectuoso fue de COMPENSAR.

Si hubo una conducta reprochable fue la de COMPENSAR por haber incidido, de manera determinante, en la suspensión del tratamiento de rehabilitación a la paciente.

Y la relación causal entre el daño de la paciente y la conducta negligente de COMPENSAR está presente a partir del 20 de junio de 2017 cuando la entidad de salud le impidió a la



paciente continuar con el referido tratamiento al terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicios con el Odontólogo Rehabilitador Dr. Torres Prada.

Ahora bien, respecto de las pretensiones de condena considero que las relativas a daño emergente y la subsidiaria carecen de prueba y, además, exceden de los valores planteados en los hechos de la demanda y las relacionadas con perjuicios inmateriales claramente están sobrevaluadas, a la luz de lo orientado por la jurisprudencia civil al respecto. Y no sobra advertir que las pretensiones por concepto de daño a la vida de relación y por concepto de daño a la salud son reiterativas pues, conceptualmente, se superponen.

Por tales razones me permito solicitar, desde ya al Despacho, se sirva denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda en cuanto tiene que ver con la conducta de mi poderdante el llamado en garantía Dr. Juan Carlos Torres Prada, aunque no me opongo a que la demandada y llamante en garantía pueda ser exclusivamente condenada en lo que corresponda. Con todo, dependiendo del resultado del proceso, el Señor Juez podrá imponer a la demandante o a la entidad demandada y llamante en garantía la respectiva condena en costas y agencias en derecho.

1.2 PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Al hecho primero: **NO ES CIERTO.**

Dado que el hecho presenta varias aseveraciones, algunas de las cuales no me constan o no son ciertas, con el objeto de fundamentar mi respuesta, procedo a contestarlas de manera independiente y pormenorizada.

En primer término, **no me consta** acerca de la calidad de la afiliación de la señora Tulia Cuéllar de Salgado con COMPENSAR y, por lo tanto, me atengo a aquello que se demuestre dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables. No obstante, en su contestación al hecho primero, COMPENSAR admite la afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En segundo término, por la manera como está redactado el acápite correspondiente del hecho, **NO ES CIERTO** que la cita odontológica del 28 de febrero de 2017 con el Dr. Juan Carlos Torres Prada fuera "con el fin de que le intervinieran un ABSCESO AL NIVEL DEL 12 CRÓNICO...". (subraya marginal).

Para la cabal ilustración del Despacho, considero que es necesario presentar el contexto de la referida cita odontológica y el de la condición de salud oral de la paciente.



En efecto, de acuerdo con los registros consignados en la historia clínica salud oral de la señora Tulia Rosa Cuéllar de Salgado en COMPENSAR, la paciente había acudido previamente a cita de control, tres (3) semanas antes, vale decir, el 6 de febrero de 2017, a la sede de COMPENSAR Zipaquirá. El registro fue firmado por la odontóloga general, Dra. Jessica Ibarra Sabogal [cuyo testimonio fue solicitado por COMPENSAR/prueba 3.3], quien, desde las 7 de la mañana a una de la tarde todos los días hábiles, oficiaba como coordinadora de los odontólogos y era la encargada de los protocolos de seguridad e higiene de los pacientes y de la correcta aplicación de la seguridad y bioseguridad de las normas. Sin embargo, la Dra. Ibarra Sabogal, extracurricularmente, se quedaba por las tardes cumpliendo labores de auditoría, almacenamiento, semaforización, llenado de formatos de seguridad de pacientes, teniendo una sobrecarga de funciones que podían comprometer su capacidad de análisis al seguimiento de los tratamientos.

En dicho registro [prueba documental N° 4 de la contestación de la demanda por parte de COMPENSAR] se efectuó la correspondiente Anamnesis, se consignaron sus antecedentes, se efectuó el examen estomatológico, así como el examen periodontal, el odontograma y el examen dental.

De la historia clínica salud oral [página 58/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital] de la señora Tulia Rosa Cuéllar de Salgado en COMPENSAR se resalta la siguiente información:

Examen Periodontal
Tipo Diagnóstico
Riesgo Periodontal
Procedimientos

DIAGNÓSTICO COMPLETO
2
ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO, TRES CUADRANTES,
EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD ODONTÓLOGO, CONTROL DE
PLACA DENTAL ODONTÓLOGO DIAGNÓSTICO

Consultorio Higienista Oral
Hallazgos

ZONA: MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR
SIGNOS: INFLAMACIÓN DE ENCÍA MARGINAL Y PAPILAR CON SANGRADO ESPONTÁNEO CON
PRESENCIA DE CÁLCULOS SUBGINGIVALES E INTERPROXIMALES

La conducta descrita está avalada por la Secretaría de Salud y está acorde con el protocolo correspondiente a la evaluación periodontal que se debe adelantar antes de iniciar cualquier tratamiento. Adicionalmente, a la señora Tulia Cuéllar le hicieron limpieza (alisado radicular en los 3 cuadrantes)...

Tabla # 1





... y efectuaron el control de placa dental que usualmente debe arrojar un resultado que demuestra el control de higiene oral, en franca contraposición al encabezamiento del hecho 5°.

Ahora bien, la definición de los hallazgos, a partir de los signos descritos, es muy significativo para poder entender el diagnóstico que se le efectuó a la señora Tulia Cuéllar de Salgado y su tratamiento.

La presencia de cálculos subgingivales es demostrativa de la primera etapa de la enfermedad de encías y huesos que, cotidianamente, todos los seres humanos padecen porque el cepillo de dientes no alcanza a remover los residuos derivados de la ingestión de alimentos.

Los residuos son colonizados por bacterias, irritan la encía y producen la inflamación y sangrado, como específicamente se consignó en la historia clínica salud oral de la señora Tulia Cuéllar de Salgado respecto de su propia situación en el diente 12.

También se destaca la siguiente información: [página 59/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital]

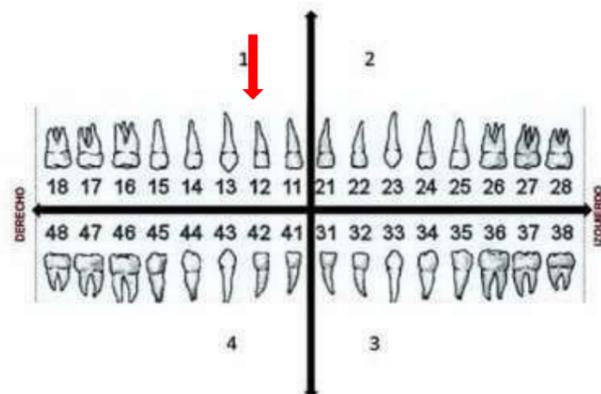
Examen Dental

Hallazgos

ZONA: MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR

SIGNOS: 12 PRESENTA PROVISIONAL CON FÍSTULA VESTIBULAR DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN
37 CON SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA CORONA PILAR DE TRAMO DE PRÓTESIS FIJA FRACTURADO,
EDÉNTULA PARCIAL SUPERIOR SIN REHABILITAR
EDÉNTULA PARCIAL INFERIOR REHABILITADA CON PRÓTESIS DESADAPTADA SE SUGIERE VALORACIÓN CON REHABILITACIÓN
CARIES ACTIVA A NIVEL DE 31 Y 41 LINGUAL

Tabla # 2



El diente 12, que es el diente que está en el cuadrante # 1 [ver tabla # 2], tenía una fístula vestibular. Una fístula vestibular en la boca es una comunicación anormal



infecciosa entre el interior de la boca y el exterior, que se produce por una infección dental o periodontal.

Esa fístula vestibular fue ocasionada por un absceso periapical [que rodea el ápice o punta del diente].

El absceso es un quiste de bacterias crónico, que se forma en la raíz del diente cuyo origen es una infección en el conducto. Se puede inferir, entonces, que la paciente Tulia Cuéllar de Salgado había tenido un tratamiento defectuoso de conductos en el diente 12.

Con todo, es claro, que la paciente Tulia Cuéllar de Salgado había presentado problemas con sus hábitos de higiene dental que le habían hecho perder varias piezas a lo largo de los años y que le habían generado la necesidad de utilizar prótesis, al tiempo que le habían generado enfermedades dentales. Este es un aspecto, Señor Juez, que debe ser auscultado con exhaustividad durante la práctica del interrogatorio de parte a la demandante.

Asimismo, la historia clínica salud oral de la señora Tulia Rosa Cuéllar de Salgado en COMPENSAR se resalta la siguiente información [página 59/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital]:

Toma Radiográfica	
Sede	UNIDAD DE SERVICIOS ZIPAQUIRÁ
Ubicación	Piso 2
Clase Rx	Periapical
Zona	Premolar Superior Derecho
Técnica	B
Dosis	0,0144
Interpretación	DIENTE 12 RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA IMAGEN RADIOPACA COMPATIBLE CON MATERIAL DE OBTURACIÓN EN SUPERFICIE CORONAL CON CERCANÍA A CÁMARA PULPAR E IMAGEN RADIOLÚCIDA COMPATIBLE CON LESIÓN APICAL, SE ENTREGA RADIOGRAFÍA AL PACIENTE

Nro Rx Tomadas 1

De igual manera, ruego al Despacho refrendar la afirmación efectuada por la llamante en garantía COMPENSAR en su contestación de la demanda al final del hecho primero [páginas 3 y 4/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital] en cuanto que:

*“En dicha valoración [6 de febrero de 2017] se identificaron diferentes hallazgos de relevancia para el presente caso, **pues debe aclararse al Despacho que la dentadura de la señora TULIA CUELLAR DE SALGADO se encontraba altamente comprometida por diferentes patologías orales que afectaban distintos dientes tanto en el maxilar superior como en el inferior, así:***



- *La demandante **no tenía doce (12) dientes** que en salud oral se identifican con los números 18, 27, 28, 38, 34, 43, 44, 45, 46, 47 y 48*
- ***Cursaba con enfermedades crónicas** consistentes en gingivitis y caries*
- *De acuerdo con radiografía, **se identificó lesión en el diente 12 compatible con absceso periapical con fístula*** (Los resaltados no pertenecen al texto original)

Ahora bien, todo el anterior contexto permite inferir varias circunstancias que es preciso tener en cuenta antes de hacer una referencia puntual a la cita de la paciente Tulia Cuéllar de Salgado del del 28 de febrero de 2017 en COMPENSAR Zipaquirá con el Dr. Juan Carlos Torres Prada.

Así, es irrefutable que la señora Tulia Cuéllar de Salgado sufría de un notorio edentulismo [ausencia de dientes], padecía de enfermedades orales crónicas [gingivitis] y sufría de infección al hueso [fístula vestibular].

De hecho, el absceso es un hallazgo advertido en la consulta del 6 de febrero de 2017 y registrado en la historia clínica salud oral.

Si bien es cierto que en la historia clínica salud oral se indicó la interconsulta con Rehabilitación, era previsible que el absceso periapical y las otras enfermedades de encías tuvieran que ser consultadas o examinadas por otras especialidades, como Endodoncia o Periodoncia, sin perder de vista que estas citas podían tener dilaciones de hasta 3 meses, debido a la carga de la agenda y escasa disponibilidad. Esta es una inquietud que el representante legal de COMPENSAR o la testigo Dra. Jessica Ibarra Sabogal pueden perfectamente absolver, no obstante la parquedad de la contestación de la demanda sobre el particular.

Es decir, que, específicamente, la consulta de la señora Tulia Cuéllar con el Dr. Torres Prada NO fue "con el fin de que le intervinieran un ABSCESO AL NIVEL DEL 12 CRÓNICO...", (subraya marginal) pues en la especialidad del Rehabilitador NO está la competencia [tarea] de tratar ese preciso problema. En tal virtud, **NO ES CIERTO** que la consulta con el Dr. Torres Prada (Odontólogo con especialidad en Rehabilitación) tuviera el propósito de intervenir el absceso a nivel del 12.

Es cierto que las consultas del 6 y 28 de febrero de 2017 se llevaron a cabo en las instalaciones de COMPENSAR en Zipaquirá.¹

¹ Véase <https://corporativo.compensar.com/sedes/zipaquirá>



Al hecho segundo: NO ES CIERTO.

Dado que el hecho presenta varias aseveraciones, algunas de las cuales no me constan, otras no son ciertas y otras sí lo son, con el objeto de fundamentar mi respuesta, procedo a contestarlas de manera independiente y pormenorizada.

Así, en primer lugar, **NO ES CIERTO** que el tratamiento indicado por el Dr. Torres Prada fuera para "*atender la dolencia referida*" de la señora Tulia Cuéllar. El Dr. Torres Prada es un especialista en Rehabilitación, y lo era para la época de los hechos narrados y, en ejercicio de su especialidad, NO estaba la tarea de tratar dolencias. Dicho de otra manera, al Dr. Torres Prada no le remitían pacientes para atender dolencias, pues él es un Odontólogo Rehabilitador.

Si la paciente Cuéllar presentó alguna dolencia, COMPENSAR debió haberla remitido a un cirujano o a un endodoncista.

No obstante, cabe agregar que las fístulas NO necesariamente generan dolor, es decir que se puede convivir con su presencia. La fístula puede drenar el pus de la infección y aliviar la presión y el dolor que esta causa. Sin embargo, no siempre se siente dolor al tener una fístula vestibular, ya que depende de varios factores, como el tamaño y la localización de la fístula, si la fístula es pequeña y está cerca de la superficie de la encía, puede no causar molestias, si está más profunda o en el paladar, puede provocar dolor al masticar o al hablar; el grado y la extensión de la infección si la infección está controlada o limitada a un área pequeña, puede no generar síntomas, si se extiende a otras partes de la boca o del cuerpo, puede causar fiebre, inflamación, sensibilidad dental o malestar general y, finalmente, la respuesta del sistema inmunitario, pues si está debilitado o comprometido por alguna enfermedad o medicación, puede no reaccionar adecuadamente ante la infección y no producir dolor, si está activo y fuerte, puede generar una respuesta inflamatoria que se manifiesta con dolor.

Desde otro punto de vista, el dolor eventual de la fístula podía manifestarse únicamente si había palpación. Es decir, sólo dolía cuando la tocaban.

Por lo tanto, una fístula vestibular en la boca NO necesariamente genera dolor, pero eso no significa que no fuera un problema grave que requiriera de atención odontológica.

Ahora bien, la fístula estaba localizada en el primer cuadrante y todo el manejo de rehabilitación se iba a efectuar en los cuadrantes 3 y 4, es decir en la parte inferior. LO que podía acontecer es que paralelamente al inicio del tratamiento de la rehabilitación le pudieran estar trabajando a la fístula, que era crónica, pues llevaba varios años de permanencia.

En segundo lugar, **NO ES CIERTO** que el Dr. Torres Prada le hubiera indicado a la paciente que debía realizarse **un tratamiento integral**. En la cita del 28 de febrero de 2017, luego de la valoración efectuada **desde la perspectiva específica de la rehabilitación oral**, y tal como consta en la historia clínica salud oral, a la paciente se le ofrecieron dos (2) alternativas de tratamiento, se dieron los costos de cada una de



ellas y la duración del tratamiento y se resolvieron algunas dudas. La paciente Tulia Cuéllar manifestó que entendía el plan de tratamiento y se retiró en perfectas condiciones [página 62/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Básicamente, la finalidad de la labor de un Odontólogo Rehabilitador radica en devolver la función y estética bucal intentando preservar los dientes del paciente o mediante la utilización de prótesis dentales para sustituir piezas dentales perdidas, solucionar grandes destrucciones o fracturas en el esmalte de los dientes y corregir alguna pequeñez estética. Adicionalmente, el Rehabilitador debe cuidar constantemente que su paciente tenga la movilidad adecuada y pueda conservar las habilidades orales elementales, como la masticación o la fonoarticulación.

Es cierto que uno de los costos ofrecidos para el tratamiento de Rehabilitación fue el tratamiento # 1 cotizado en la suma de \$4.552.500, tal como se registró en la historia clínica salud oral de la paciente Tulia Cuéllar de Salgado [página 62/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Y también **es cierto** que el tratamiento NO lo cubría COMPENSAR, por cuanto no se encontraba incluido en el Plan de Beneficios en Salud – PBS (antiguo POS).

NO ES CIERTO que el tratamiento se pudiera realizar mensualmente en ese consultorio, en la medida en que las citas de control que se programaron lo fueron semanalmente.

NO ES CIERTO que el consultorio estuviera a cargo del Dr. Torres Prada. El consultorio le pertenecía a COMPENSAR.

Finalmente, comparto la aseveración de la llamante en garantía COMPENSAR, como lo indicó en la contestación al final del hecho segundo [página 4/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital], en relación con la futilidad de no requerir de consentimiento informado para una cita de control, pues, en efecto, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, el consentimiento informado se pide para aplicar tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos que el tratante considere indispensables, pero no para meras consultas o valoraciones clínicas.

Al hecho tercero: NO ES CIERTO.

Dado que el hecho presenta varias aseveraciones las cuales no son ciertas, con el objeto de fundamentar mi respuesta, procedo a contestarlas de manera independiente y pormenorizada.

La redacción del hecho NO es la más afortunada.

NO ES CIERTO, como lo señala el apoderado de la demandante, que "*Ante las constantes dolencias sufridas, la señora CUELLAR DE SALGADO (sic) comenzó a ser atendida a partir del mes de marzo de 2017*". Según lo registró la historia clínica salud



oral, la paciente comenzó a ser atendida a partir del 6 de febrero de 2017. Posteriormente, tuvo una cita de control de Rehabilitación el 28 de febrero de 2017. Y el 7 de marzo comenzó el tratamiento de Rehabilitación. **NO ES CIERTO** que la señora Cuéllar tuviera constantes dolencias, pues así lo hubiera registrado la historia clínica salud oral o si ello hubiera sido así, con alguna probabilidad, en ese momento, la paciente hubiera reclamado por ello

NO ES CIERTO que el Dr. Juan Carlos Torres Prada hubiera sugerido el pago del tratamiento. El Dr. Torres Prada seguía las orientaciones preestablecidas por COMPENSAR para los casos de pacientes que requirieran un tratamiento de Rehabilitación que no estaba incluido en el Plan de Beneficios en Salud – PBS (antiguo POS). El Dr. Torres Prada NO podía hacer sugerencias, pues su contrato con COMPENSAR no lo permitía [numerales 18) y 19) de la cláusula quinta del Contrato # S474-2013].

NO ES CIERTO que los pagos se hicieran por intermedio del odontólogo tratante. Esa es una imprecisión que no puede dar cabida a interpretaciones capciosas. Los pagos se debían hacer directamente en las cajas de COMPENSAR, sin mediar intermediación alguna. El Dr. Torres Prada nunca recibió directamente pago alguno por parte de la paciente Tulia Cuéllar de Salgado.

El contrato de prestación de servicios de salud S474-2013 celebrado el 21 de agosto de 2013 entre el Dr. Juan Carlos Torres Prada y COMPENSAR [página 4 a 17/21 del archivo 01LlamamientoGarantía del expediente digital] expresamente tiene previsiones específicas respecto de la prestación de servicios de salud a los usuarios de COMPENSAR a quienes se hubiese autorizado expresamente la prestación del servicio [cláusula primera] por parte del Contratista [Dr. Torres Prada] con autonomía científica, técnica y administrativa, en la unidad administrativa que COMPENSAR designe [cláusula segunda], con sujeción a las tarifas a aplicar [cláusula cuarta] y mediando radicación de facturas, cuentas de cobro, revisiones, objeciones y formas de pago convenidas por las partes [Anexo N° 1²].

En tal virtud, las tarifas del tratamiento # 1 de Rehabilitación de la señora Tulia Cuéllar habían sido predispuestas por COMPENSAR [Ver Anexo N° 1 del Contrato # S474-2013]. De cada rubro pagado por la paciente, en las cajas de COMPENSAR, que aceptaban todos los medios de pago, al Dr. Torres Prada le correspondía el 70%, pero asumiendo él los costos de insumos, gastos de laboratorio y honorarios del personal a su cargo [numeral 13) de la cláusula quinta del Contrato # S474-2013]. COMPENSAR auditaba la correcta utilización de los insumos, verificaba que no estuvieran vencidos y que tuvieran registro INVIMA. En algunas ocasiones operaba lo que se denominaba la 'semaforización' en esos controles a los insumos, particularmente cuando los productos estaban próximos a vencer, todo lo cual era supervisado por la Dra. Jessica Ibarra Sabogal. Al final del mes se hacía una relación de los procedimientos terminados, se hacía un corte de cuentas, se presentaban facturas y recibos de soporte, así como las cuentas de cobro, las cuales se pagaban mes vencido por COMPENSAR. Así que **NO ES CIERTO** que los pagos se hicieran por intermedio del Dr. Torres Prada.

² En el llamamiento en garantía formulado por COMPENSAR al Dr. Torres Prada no se acompañó con el contrato respectivo el Anexo N° 1.



NO ES CIERTO que el consultorio fuera del Dr. Torres Prada. El consultorio le pertenecía a COMPENSAR.

Al hecho cuarto: NO ES CIERTO.

Dado que el hecho presenta varias aseveraciones, algunas de las cuales no son exactas, con el objeto de fundamentar mi respuesta, procedo a contestarlas de manera independiente y pormenorizada.

NO ES CIERTO que el Dr. Juan Carlos Torres Prada hubiera ofrecido un tratamiento integral a la señora Tulia Cuéllar. El Dr. Torres Prada estructuró dos (2) alternativas de un tratamiento de rehabilitación para la salud oral de la señora Tulia Cuéllar, tal como consta en la historia clínica salud oral [página 62/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital] que NO tenía el alcance de cubrir las otras necesidades de la paciente en el área de la endodoncia y la periodoncia.

NO ES CIERTO que hubieran existido omisiones en el examen clínico efectuado por el Dr. Juan Carlos Torres Prada, en ninguna de las citas de control de Rehabilitación.

El apoderado de la parte actora, con descomedida ligereza, lanza la especie infundada de que el Dr. Torres Prada incurrió en "*omisiones en el examen clínico realizado...pues no siguió las pautas de un examen clínico integral odontológico de rutina*", sin acreditar qué considera él que es un examen clínico odontológico de rutina o cuál es la fuente en la que basa su aseveración.

NO ES CIERTO que le hubieran hecho "*los exámenes que correspondían una (sic) año después de iniciado el tratamiento*".

Es falso que la señora Tulia Cuéllar se le practicará un examen superficial y no se reportaran los hallazgos clínicos y radiológicos a la paciente. En la historia clínica salud oral [página 61/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital] en el acápite Anamnesis – Observaciones se registró "*Se confirman datos de anamnesis ya reportados*".

Se consignaron en la historia clínica salud oral todos los elementos de juicio para diseñar un plan de tratamiento de rehabilitación oral correcto como son:

Examen, valoración radiográfica consistente en nivel y altura ósea de los dientes 31, 41, 32, 37, ausencia de irritantes locales en los hallazgos radiográficos, patologías infecciosas como quistes, abscesos o lesiones periapicales y ligamento periodontal en los parámetros normales, clínicamente se determina el hallazgo de caries secundaria y destrucción del esmalte de 32, 31,41 y del 37 corona completa desadaptada, filtración y prótesis parcial acrílica inferior con el acrílico roto y desadaptada, por lo cual y teniendo en cuenta que la paciente ingresó a atención primaria con el fin de eliminar focos infecciosos, fase higiénica, fase de mantenimiento, se propone un plan de tratamiento en rehabilitación



con los siguientes objetivos: Primer Objetivo: Rehabilitación y conservación de dientes naturales a través de retenedor extracoronal tipo corona completa metal porcelana de 31, 41, 32, 37; Segundo Objetivo: Prótesis parcial removible inferior tipo c.a., con dientes a reemplazar en 34, 36, 43, 44, 45, 46 para reconstruir la función masticatoria reemplazando dientes posteriores inferiores, eliminando trauma oclusal por ausencia de soporte posterior y colapso, utilizando un elemento protésico estable definitivo, ajustable, higiénico, duradero, no traumático, cómodo, lavable, reparable, acoplable y dientes como naturales y anatómicos que garanticen el mantenimiento de los dientes remanentes inferiores y la salud funcional a largo plazo y Tercer Objetivo: Restablecimiento y construcción de tejido dentario perdido por la caries para garantizar la salud dental en combinación con mantenimiento periodontal y seguimiento endodóntico.

NO ES CIERTO, entonces, que *"a la señora Rosa Tulia no se le realizó un tratamiento por fases"*.

Adicionalmente, en la historia clínica salud oral de la paciente están consignados registros específicos de remisión a cirugía para valorar el absceso [consulta del 28 de febrero de 2017, visible en la página 64/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital], la cual se llevó a cabo por la Dra. Angélica María Díaz Tamayo [consulta del 16 de marzo de 2017, visible en la página 77/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital]; remisión a endodoncia para interconsulta para que sea valorado el diente 37, con fines protésicos [consulta del 7 de marzo de 2017, visible en la página 67/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital], la cual se llevó a cabo el día siguiente [consulta del 8 de marzo de 2017, visible en la página 69/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital]; remisión a endodoncia por absceso del 11 [consulta del 18 de abril de 2017, visible en la página 89/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital], la cual se llevó a cabo una semana después con la Dra. Shirley Rocío Ortega Castellanos [consulta del 25 de abril de 2017, visible en la página 90/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Al hecho quinto: NO ES CIERTO.

Dado que el hecho es muy indefinido e impreciso y teniendo en cuenta que presenta varias aseveraciones, algunas de las cuales no son exactas, con el objeto de fundamentar mi respuesta, procedo a contestarlas de manera independiente y pormenorizada.

La redacción del hecho NO es la más afortunada.

NO ES CIERTO que posteriormente (¿) se hubiera ignorado la realización de procedimientos de lo que el apoderado de la demandante denomina "fase higiénica", pues la historia clínica salud oral de la señora Tulia Rosa Cuéllar de Salgado en la cita de control del 6 de febrero de 2017, expresamente hace referencia al alisado radicular y al control de placa, que no es otra cosa que limpieza e higiene dental en los tres (3) cuadrantes de la paciente, dado su edentulismo [página 58/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].



NO es exacta, por lo tanto, la afirmación, confusa y ambigua del apoderado de la actora, en cuanto que "el doctor parte de la realización que son realizados (sic) en fase de rehabilitación y mantenimiento".

Al hecho sexto: NO ES CIERTO.

Dado que el hecho presenta varias aseveraciones, algunas de las cuales no me constan, otras no son ciertas y otras sí lo son, con el objeto de fundamentar mi respuesta, procedo a contestarlas de manera independiente y pormenorizada.

La relación de fechas que hace el apoderado de la parte actora relativas a las citas de la paciente Tulia Cuéllar con el Dr. Torres Prada **es cierta**, vale decir, 7, 14 y 28 de marzo; 4, 11 y 18 de abril y 1º y 13 de junio de 2017.

El tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado comenzó el 7 de marzo de 2017. El siguiente es un extracto del registro en la historia clínica salud oral [página 67/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Evolución			
Procedimiento	TEMPORALAUTOCURADO SIN CORONA DEF	Diente	37
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN PARA: RETIRO DE CORONA DESADAPTADA DEL 37, PREPARACIÓN DE CORONA COMPLETA Y TEMPORALIZACIÓN DEL 37, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES...ZONA DEL 37 SE RETIRA CORONA DESADAPTADA, SE TALLA Y SE REALIZA TEMPORAL, SE CEMENTA CON RELYX TEMP SE RETIRAN EXCESOS [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

El tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado continuó el 14 de marzo de 2017. El siguiente es un extracto del registro en la historia clínica salud oral [página 76/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Evolución			
Procedimiento	TEMPORALAUTOCURADO SIN CORONA DEF	Diente	31
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN ANESTESIA INFILTRATIVA, ZONA DE 31 ROXICAÍNA AL 2% #1 CARPULES,	Tipo Evolución	Ejecutado



SE DESOBTURA CONDUCTO DEL DIENTE 31 CON FRESA PISO # 1 Y 2 PREPARACIÓN DE DURALAY Y TALLA DEL MUÑÓN SE REALIZA PATRÓN DE NÚCLEO DEL 31, SE HACE TEMPORAL DE AUTOCURADO COLOR 77, SE VERIFICA MORDIDA, SE CEMENTA TEMPORAL CON RELYX TEMP [...]

El tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado continuó el 28 de marzo de 2017. El siguiente es un extracto del registro en la historia clínica salud oral [página 81/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Evolución

Procedimiento	CONTROL REHABILITACIÓN	Diente	
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN, SE RETIRA TEMPORAL DEL 31, SE VERIFICA ASENTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE NÚCLEO DEL 31, SE TALLAN EXCESOS, SE CEMENTA CON IONOMERO DE VIDRIO CEMENTANTE KETAC CEM LA PACIENTE TRAE RADIOGRAFÍA FINAL DEL TRATAMIENTO DE CONDUCTO DEL DIENTE 37 DONDE SE OBSERVA INSUFICIENCIA EN LA CONDENSACIÓN CON UN SOLO CONO Y DESOBTURADO CONDUCTO DISTAL PARA NÚCLEO DEL 37 [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

El tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado continuó el 4 de abril de 2017. El siguiente es un extracto del registro en la historia clínica salud oral [página 83/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Evolución

Procedimiento	RETENEDOR INTRARADICULAR (COLADO O PREFABRICADO)	Diente	37
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN, SE RETIRA TEMPORAL DEL 37, SE VERIFICA ASENTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE NÚCLEO DEL 37, SE TALLAN EXCESOS, SE CEMENTA CON IONOMERO DE VIDRIO CEMENTANTE KETAC CEM, SE REBASA TEMPORAL DEL 37 Y SE CEMENTAN CON RELYX TEMP. PACIENTE SALE EN BUENAS	Tipo Evolución	Ejecutado



CONDICIONES [...]

El tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado continuó el 11 de abril de 2017. El siguiente es un extracto del registro en la historia clínica salud oral [página 85/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Evolución

Procedimiento	TEMPORAL AUTOCURADO SIN CORONA DEF	Diente	32
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN, SE RETIRA PARA: PREPARACIÓN DE CORONA COMPLETA Y TEMPORALIZACIÓN DEL 41 Y 32, SE ANESTESIA CON ROXICAÍNA 2% CARPÚLE # 1, ZONA DEL 41 Y 32, SE TALLAN Y SE REALIZAN TEMPORALES DE 41, 32 SE HACE CONTROL DE OCLUSIÓN, SE PULEN Y SE CEMENTA CON RELYX TEMP. SE RETIRAN EXCESOS. PACIENTE SALE EN BUENAS CONDICIONES DEL CONSULTORIO [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

Evolución

Procedimiento	TEMPORAL AUTOCURADO SIN CORONA DEF	Diente	41
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN, SE RETIRA PARA: PREPARACIÓN DE CORONA COMPLETA Y TEMPORALIZACIÓN DEL 41 Y 32, SE ANESTESIA CON ROXICAÍNA 2% CARPÚLE # 1, ZONA DEL 41 Y 32, SE TALLAN Y SE REALIZAN TEMPORALES DE 41, 32 SE HACE CONTROL DE OCLUSIÓN, SE PULEN Y SE CEMENTA CON RELYX TEMP. SE RETIRAN EXCESOS. PACIENTE SALE EN BUENAS CONDICIONES DEL CONSULTORIO [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

El tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado continuó el 18 de abril de 2017. El siguiente es un extracto del registro en la historia clínica salud oral [página 88/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].



Evolución

Procedimiento	CORONA COMPLETA EN METAL BASE PORCELANA IMPRESIÓN	Diente	37
Descripción	[...] se atiende paciente, retiro de temporales de autocurado, anestesia conductiva 1 carpula lidocaína al 2%, se colocan hilos de retracción, toma de impresión definitiva en silicona de adición, toma de contramolde y registro de mordida, rebase temporales, se cementan con temp bond...paciente sale en buenas condiciones [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

Evolución

Procedimiento	CORONA COMPLETA EN METAL BASE PORCELANA IMPRESIÓN	Diente	32
Descripción	[...] se atiende paciente, retiro de temporales de autocurado, anestesia conductiva 1 carpula lidocaína al 2%, se colocan hilos de retracción, toma de impresión definitiva en silicona de adición, toma de contramolde y registro de mordida, rebase temporales, se cementan con temp bond...paciente sale en buenas condiciones [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

Evolución

Procedimiento	CORONA COMPLETA EN METAL BASE PORCELANA IMPRESIÓN	Diente	31
Descripción	[...] se atiende paciente, retiro de temporales de autocurado, anestesia conductiva 1 carpula lidocaína al 2%, se colocan hilos de retracción, toma de impresión definitiva en silicona de adición, toma de contramolde y registro de mordida, rebase temporales, se cementan con temp bond...paciente sale en buenas condiciones [...]	Tipo Evolución	Ejecutado



Evolución

Procedimiento	CORONA COMPLETA EN METAL BASE PORCELANA IMPRESIÓN	Diente	41
Descripción	[...] se atiende paciente, retiro de temporales de autocurado, anestesia conductiva 1 carpula lidocaína al 2%, se colocan hilos de retracción, toma de impresión definitiva en silicona de adición, toma de contramolde y registro de mordida, rebase temporales, se cementan con temp bond...paciente sale en buenas condiciones [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

En estas seis (6) citas, el tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado se ajustaba a los protocolos de PPF y coronas completas; de elaboración de provisionales y de retenedores intraradiculares [Ver prueba documental N° 8 de la presente contestación]. Durante el mes de mayo se tenía la expectativa de que el laboratorio adelantara la construcción de las coronas.

Por todo ello, no se entiende bien qué se quiere significar en la demanda con "*atendiendo los valores y el tratamiento sugerido por el Dr. TORRES PRADA*", pues como ya se indicó, los precios (o valores) no estaban bajo el control del Rehabilitador Oral sino de COMPENSAR y el tratamiento fue el que aceptó la paciente de las dos alternativas que le fueron presentadas el 28 de febrero de 2017.

NO ES CIERTO que el Dr. Juan Carlos Torres Prada hubiese sugerido "*el pago de un parcial cuyo costo fue de \$1.000.000 de pesos*".

Sorprende la contestación que frente a este hecho hace COMPENSAR al manifestar que no le consta el valor pagado por la demandante y que "*no puede dar cuenta de los supuestos pagos realizados por la demandante de manera directa al señor JUAN CARLOS TORRES PRADA*", pues, de una parte, COMPENSAR conoce que el Dr. Torres Prada NO recibía pagos, ni directa ni indirectamente de los pacientes y, de otra parte, los recibos a que alude la prueba documental de la demanda son recibos de caja expedidos por COMPENSAR. Y más aún, el recibo del fol. 155 de la demanda [página 173/217 del archivo 002DemandaPoderyAnexos del expediente digital], en papelería de COMPENSAR, tiene fecha 18 de julio de 2017, es decir 28 días después de que al Dr. Torres Prada le terminaran unilateralmente el contrato [20 de junio de 2017], así que no pudo ser él quien expidió el recibo.



Al hecho séptimo: NO ES CIERTO.

Dado que el hecho presenta varias aseveraciones, algunas de las cuales no me constan, otras no son ciertas y otras sí lo son, con el objeto de fundamentar mi respuesta, procedo a contestarlas de manera independiente y pormenorizada.

En efecto, **es cierto** que para el mes de julio de 2017 NO fue posible que el Dr. Torres Prada pudiera atender a la señora Tulia Cuéllar.

Previamente, COMPENSAR haciendo uso del numeral 4) de la cláusula vigesimosexta del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013, había informado al Dr. Juan Carlos Torres Prada que daba por terminado unilateralmente el contrato sin necesidad de invocar motivo alguno. De acuerdo con prueba documental [página 17/21 del Cuaderno 01LlamamientoGarantía del Expediente Digital] no suficientemente relacionada en las documentales, el Gerente de Contratación de Red de COMPENSAR certificó, el 22 de febrero de 2023, que el Dr. Juan Carlos Torres Prada prestó servicios en la especialidad de Rehabilitación Oral hasta el 20 de junio de 2017.

Más allá de la condición abusiva de esa cláusula vigesimosexta, así como de algunas otras previsiones abusivas del referido contrato [ad. ex. cláusula décima cuarta], lo cierto es que con la decisión de COMPENSAR no solo se vulneraron algunos derechos del Dr. Juan Carlos Torres Prada, sino los propios derechos de la paciente Tulia Cuéllar de Salgado a continuar con el tratamiento de rehabilitación oral que ya había pagado directamente a COMPENSAR y que se encontraba en pleno desarrollo.

El Dr. Juan Carlos Torres Prada NO volvió a tener contacto con la señora Tulia Cuéllar de Salgado. No supo qué pudo acontecer con su evolución, ni sabe en qué condición se encuentra. El Rehabilitador NO tenía competencia alguna para continuar ofreciéndole el tratamiento a la paciente. Y, según los hechos de la demanda, al parecer a la paciente NO le continuaron el tratamiento que venía efectuándose.

La conducta asumida por COMPENSAR, de terminar unilateralmente el contrato al Dr. Juan Carlos Torres Prada, no sólo lo afectó negativamente a él, pues supuso una gran frustración profesional no poder culminar un trabajo que había emprendido con altas expectativas, sino también a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado.

El Dr. Juan Carlos Torres Prada no tuvo oportunidad de hacer una entrega de sus casos pendientes. No hubo un acta formal de entrega. No hubo un corte de cuentas. COMPENSAR actuó con el máximo desdén empresarial que se pueda dar noticia. No sólo le terminó unilateralmente el contrato a un especialista de muy alta idoneidad y confianza, sino que, adicionalmente y por contera, abandonó a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado a su suerte, sin ofrecerle continuidad en el tratamiento, ni una solución.

Pero tampoco el Dr. Torres Prada tuvo la oportunidad de continuar el tratamiento pendiente a los pacientes, incluso fuera del control de COMPENSAR.



La salida del Dr. Torres Prada se debió a su inconformidad con los cambios en la reglamentación interna de COMPENSAR sobre atención a los pacientes y modificaciones a las tarifas de los especialistas.

En el caso concreto de la señora Tulia Cuéllar de Salgado, estaba pendiente la colocación de las coronas y la prótesis removible que venían del laboratorio y la interrupción del tratamiento impidió su colocación, prueba y mantenimiento. El Dr. Torres Prada no sabe qué aconteció con esas coronas, ni con las estructuras metálicas, ni con la prótesis; no sabe si el laboratorio las entregó, ni a quien se las entregó en caso afirmativo, pero si no las entregó no supo qué pasó con todo ello. Todo quedó suspendido. Todo quedó a medio hacer. Todo fue abandonado por la decisión culpable de COMPENSAR.

Del tratamiento de rehabilitación a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado se había ejecutado menos del 50%. Faltaban todavía 3 a 4 meses, incluidos los controles en ejecución.

Durante mayo de 2017, mes en el que no hubo citas en el consultorio, se estaban construyendo las coronas.

El tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado continuó el 1º de junio de 2017. El siguiente es un extracto del registro en la historia clínica salud oral [página 94/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

Evolución

Procedimiento	CORONA COMPLETA EN METAL BASE PORCELANA ENTREGA	Diente	37
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN, SE RETIRAN TEMPORALES DE 37, 31, 41, 32, SE PRUEBA ESTRUCTURA METÁLICA PARA CORONAS DE 37, 31, 41, 32 SE VERIFICA ADAPTACIÓN Y ESPACIO INTEROCLUSAL, SE TOMA COLOR A3 EN CERVICAL, CUERPO A2, INCISAL BLANCO, SE CEMENTAN TEMPORALES NUEVAMENTE CON RELYX TEMP, SE ORDENAN RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES DE 37 Y 32. PACIENTE SE RETIRA EN ÓPTIMAS CONDICIONES [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

Evolución

Procedimiento	CORONA COMPLETA EN METAL BASE PORCELANA ENTREGA	Diente	32
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN, SE RETIRAN	Tipo Evolución	Ejecutado



TEMPORALES DE 37, 31, 41, 32, SE PRUEBA ESTRUCTURA METÁLICA PARA CORONAS DE 37, 31, 41, 32 SE VERIFICA ADAPTACIÓN Y ESPACIO INTEROCLUSAL, SE TOMA COLOR A3 EN CERVICAL, CUERPO A2, INCISAL BLANCO, SE CEMENTAN TEMPORALES NUEVAMENTE CON RELYX TEMP, SE ORDENAN RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES DE 37 Y 32. PACIENTE SE RETIRA EN ÓPTIMAS CONDICIONES [...]

Evolución

Procedimiento	CORONA COMPLETA EN METAL BASE PORCELANA ENTREGA	Diente	31
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN, SE RETIRAN TEMPORALES DE 37, 31, 41, 32, SE PRUEBA ESTRUCTURA METÁLICA PARA CORONAS DE 37, 31, 41, 32 SE VERIFICA ADAPTACIÓN Y ESPACIO INTEROCLUSAL, SE TOMA COLOR A3 EN CERVICAL, CUERPO A2, INCISAL BLANCO, SE CEMENTAN TEMPORALES NUEVAMENTE CON RELYX TEMP, SE ORDENAN RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES DE 37 Y 32. PACIENTE SE RETIRA EN ÓPTIMAS CONDICIONES [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

Evolución

Procedimiento	CORONA COMPLETA EN METAL BASE PORCELANA ENTREGA	Diente	41
Descripción	[...] PACIENTE ASISTE A CITA DE REHABILITACIÓN, SE RETIRAN TEMPORALES DE 37, 31, 41, 32, SE PRUEBA ESTRUCTURA METÁLICA PARA CORONAS DE 37, 31, 41, 32 SE VERIFICA ADAPTACIÓN Y ESPACIO INTEROCLUSAL, SE TOMA COLOR A3 EN CERVICAL, CUERPO A2, INCISAL BLANCO, SE CEMENTAN TEMPORALES NUEVAMENTE CON RELYX TEMP, SE ORDENAN RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES DE 37 Y 32. PACIENTE SE RETIRA EN ÓPTIMAS CONDICIONES [...]	Tipo Evolución	Ejecutado

El tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado continuó el 13 de junio de 2017 con un control de rehabilitación en el que "se retiran temporales, se



prueba estructura metálica de 37, 32, 31, 41, se verifica adaptación y espacio interoclusal, se toma impresión de arrastre en alginato, se envía al laboratorio para colocación de porcelana color 3M2, se cementan temporales nuevamente con relyx temp' [página 97/99 del archivo 022ContestaciónDemandaCompensar del expediente digital].

En estas dos (2) últimas citas, el tratamiento de rehabilitación oral a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado se ajustaba a los protocolos de PPF y coronas completas; de elaboración de provisionales; de retenedores interradiculares y de prótesis removibles [Ver pruebas documentales N°s 8 y 9 de la presente contestación].

Precisamente, al tratamiento de rehabilitación de la señora Tulia Cuéllar de Salgado le faltaba todo el aspecto de la prótesis removible que era la mayor deficiencia de la paciente para reemplazar los dientes faltantes.

Ya se había avanzado con las coronas, con los temporales y se esperaba el trabajo con la prótesis removible. Según el protocolo correspondiente [Ver prueba documental N° 9 de la presente contestación] se requería de un modelo preliminar, buscando que los dientes naturales fueran el anclaje de la nueva prótesis. Posteriormente, se requería de una impresión preliminar (para lo cual se construyó una cubeta para luego seguir con la impresión definitiva (material parecido a la silicona, copia todos los tejidos duros, porcelana, esmalte, porcelana diseño compatible con prótesis nueva). Se espera tener, entonces, un esqueleto de la prótesis removible (esqueleto metálico). Asimismo, había que llevar un registro de la mordida en cera y se pudiera transportar en la elaboración del esqueleto metálico que no interfiriera con la mordida de la paciente. Una vez esté la estructura metálica para prótesis removible, se prueba la adaptación en boca, se verifica retención, adaptación, vía de inserción, oclusión y ajustes (ganchos para engancharse en la porcelana). Después se manda al Laboratorio para construir una cubeta funcional a la estructura metálica para copiar los límites dinámicos de la encía. Una vez hecho lo anterior, se toma una impresión funcional de la estructura y se sella en donde empieza la movilidad de la encía.

Por el tipo de prótesis removible es necesario hacer prueba de los dientes y la estructura, buscando que los dientes que se acoplen a las exigencia funcionales. El diente tiene que ser eficiente al momento de ocluir y no se puede salir de los límites funcionales. La prótesis removible debe concordar con las impresiones y se debe advertir que no haya desplazamiento. Luego se manda a terminar al Laboratorio. Se hace el acrilado (fundir los dientes con la prótesis) y el Laboratorio la remite terminada, brillada y pulida. Luego se hace la entrega a la paciente y se le enseña el manejo, se le enseña a lavar y a hacer el correspondiente aseo. Se verifican movimientos en la mandíbula, se identifican sitios en donde haya que hacer alivios, pues la prótesis tiene una parte metálica y otra acrílica. Ese acrílico contacta la encía que no se mueve, por lo que hay que hacer pruebas hasta que no presente molestias. Al final la paciente se va con la prótesis y firma a satisfacción. Finalmente, se programarían tres (3) controles: 1) a los 3 días; 2) a los 8 días y 3) al mes. La paciente tenía que interconsultar con periodoncia para lograr cero porcentaje de bacterias y concebir un plan de mantenimiento.



Por ello, en el momento en que se suspendió el plan del tratamiento de rehabilitación oral quedó mecánicamente incompleto el sistema funcional. La estructura de la prótesis parcial removible NO alcanzó a colocarse, ni tampoco los dientes en duratone. Los dientes estaban listos, había un muy buen pronóstico. Pero todo se fue al garete. Se abandonó el tratamiento. Se abandonó a la paciente. Esto es lo que tiene que entender el apoderado de la actora. Y es por lo que tiene que responder COMPENSAR. Para el Dr. Juan Carlos Torres Prada es un gran frustración NO haber podido culminar un tratamiento en el que había puesto tanto empeño a lo largo de más de 3 meses, así como la expectativa que tenía de culminar en otros 3 o 4 meses.

Estos aspectos tienen que ser contestados por la representación legal de COMPENSAR y por la propia paciente/demandante, señora Tulia Cuéllar de Salgado en los correspondientes interrogatorios de parte.

Al hecho octavo: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne, directamente, a mi poderdante, debo señalar que no me consta y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Le ruego, Señor Juez, tomar atenta nota a la respuesta que frente a este hecho efectúa COMPENSAR.

Basta simplemente señalar, tal como ya se reiteró, que el Dr. Juan Carlos Torres Prada nunca efectuó cobros a la paciente Tulia Cuéllar ni recibió dineros directamente de parte de ella. Por lo tanto, es una completa falacia plantear que pudo haber cobros excesivos, pues las tarifas las estipulaba COMPENSAR.

Ahora bien, la premisa de que hubo "*trabajo mal realizado*" y "*cobros sobreestimados*" es una especulación inaceptable y calumniosa, así a COMPENSAR no le genere indignación.

En principio este hecho no puede ser probado sin contar, por lo menos, con el testimonio de la señora Milena Páez, el cual no fue solicitado por COMPENSAR.

Al hecho noveno: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne, directamente, a mi poderdante, debo señalar que **no me consta** y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Lamentablemente, este hecho que ha sido admitido como cierto por COMPENSAR, no presenta prueba alguna distinta de lo consignado en la historia clínica allegada con la



demanda, pues la que aportó COMPENSAR no está completa, lo cual constituye una de las solicitudes del derecho de petición previsto en las documentales de esta contestación.

Causa extrañeza en la defensa de COMPENSAR que con simpleza admita el hecho y no suministre explicación alguna de por qué durante tres (3) meses [20 de junio de 2017 a 17 de septiembre de 2017] no le suministró tratamiento a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado, en una conducta omisiva altamente reprochable, para luego venir a aducir, **con base en su propia culpa**, que el tratamiento de rehabilitación suspendido ya no servía y que se habían generado nuevos problemas en el área de la periodoncia, permitiéndose recomendar que "el mejor tratamiento sería exodoncias de maxilar inferior y prótesis total o prótesis implanto soportada" [página 134/217 del archivo 002DemandaPoderyAnexos del expediente digital].

Carece de toda lógica que COMPENSAR admita su culpa, pero omita realizar un análisis de las verdaderas causas que condujeron al fracaso del tratamiento de rehabilitación a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado, las cuales provienen de la suspensión del tratamiento a partir del 20 de junio de 2017. En tal virtud, no se explica cuál fue la conducta profesional aplicada por COMPENSAR a partir de esa fecha. No hay registro en la historia clínica salud oral que explique si a la paciente le asignaron un nuevo rehabilitador, si a la paciente le informaron qué aconteció con la prótesis removible y el reemplazo de los dientes faltantes, si le iban a seguir haciendo pruebas de oclusión, acople y mantenimiento. Pues lo que aconteció fue que la abandonaron a su suerte, abandonaron la prótesis y las coronas, ocasionándole nuevos problemas de higiene dental, inflamaciones, sangrados, desadaptaciones, pérdida de movilidad entre tantos nuevos inconvenientes. Y para colmo de la injusticia y el cinismo, COMPENSAR la evalúa tres (3) meses después con los periodoncistas y con los nuevos rehabilitadores, pero también con la participación de la sempiterna Dra. Jessica Ibarra Sabogal, todos conceptuando y diagnosticando el mal pronóstico, sin ofrecerle a la paciente soluciones, pero imputando irresponsablemente a la gestión interrumpida de mi poderdante.

Al hecho décimo: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne, directamente, a mi poderdante, debo señalar que no me consta y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Causa sorpresa que COMPENSAR admita con simpleza la certeza parcial el hecho y no suministre explicación alguna de por qué durante tres (3) meses [20 de junio de 2017 a 17 de septiembre de 2017] no le suministró tratamiento a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado, en una conducta omisiva altamente reprochable, para luego venir a aducir, **con base en su propia culpa**, que el tratamiento de rehabilitación suspendido ya no servía y que se habían generado nuevos problemas en el área de la periodoncia, recomendando exodoncias para ubicar nuevas prótesis que ya iban a tener problemas de anclaje óseo.



Al hecho décimo primero: No me consta.

Dado que es un hecho que no le concierne, directamente, a mi poderdante, debo señalar que no me consta y, por lo tanto, me atengo a aquello que se pruebe dentro del proceso, teniendo en cuenta la idoneidad de los medios de prueba y el cumplimiento de las obligaciones y cargas correspondientes, de conformidad con las normas legales aplicables.

Sería recomendable que COMPENSAR replanteara su propuesta transaccional a la parte actora y que ella entienda que una eventual conciliación tiene que propender por el restablecimiento de la salud oral de la paciente considerando que la eficacia del tratamiento de rehabilitación fue truncada debido a su suspensión y no a su diseño inicial y ejecución.

Al hecho décimo segundo: NO ES CIERTO.

NO ES CIERTO que hubiera un mal diagnóstico ni que el tratamiento fuera erróneo. El diagnóstico fue acertado y, en ese momento, COMPENSAR lo aceptó. Como es apenas obvio, la paciente también. Y el tratamiento fue escogido por ella de las dos (2) alternativas que se le presentaron y, por lo tanto, lo aceptó. De acuerdo con sus carencias y necesidades odontológicas que condujeron al diagnóstico lógico registrado en la historia clínica salud oral, el tratamiento de rehabilitación oral que la señora Tulia Cuéllar de Salgado eligió era adecuado y absolutamente idóneo para sus requerimientos³, pues la falta de piezas dentales y la urgente necesidad de restaurar las debidas funciones masticatorias y fonatorias, además de la estética, encontraban en ese tratamiento una respuesta justa, razonable, flexible y, sobre todo, proveída por un profesional con la experiencia e idoneidad del Dr. Juan Carlos Torres Prada y, en ese momento, de una entidad seria como COMPENSAR.

Que tres meses después, la soberbia de COMPENSAR y la falta de previsión de su parte respecto de los riesgos y la poca ponderación de las probabilidades de fracaso, aunado a una desastrosa gestión administrativa de la entidad, conspiraran para que todo el tratamiento de rehabilitación se fuera al garete, en claro perjuicio de la paciente y de la frustración personal del Rehabilitador Dr. Torres Prada, es un cambio muy significativo en la configuración del daño antijurídico y, ojalá, de la nueva percepción que pueda llegar a tener la parte demandante sobre el particular. No puede haber equívocos sobre el particular. No son el mal diagnóstico y el tratamiento erróneo las causas del daño antijurídico, sino el abandono que COMPENSAR hizo de su paciente al dejarla sin tratamiento a partir del 20 de junio de 2017 porque decidió unilateralmente terminar el contrato de prestación de servicios con el Dr. Torres Prada.

³ Disponible en internet: https://www.quironsalud.com/blogs/es/salud-comienza-boca/protesis-removibles-comodidad-pacientes-necesitan-protesis?utm_source=Whatsapp.com&utm_medium=referral&utm_campaign=btn_whatsapp



1.3 EXCEPCIONES DE FONDO

EXCEPCIÓN PRIMERA.- LOS ACTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS POR EL REHABILITADOR ORAL DR. JUAN CARLOS TORRES PRADA SE CUMPLIERON CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO, CONFORME CON LA *LEX ARTIS* Y SIN CULPA

A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico-odontológico la conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar, el odontólogo enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco, también llamado idiosincrásico de cada paciente. Por ello, los protocolos de manejo que hoy son esgrimidos como herramienta probatoria a efecto de determinar la imputación o responsabilidad, constituyen en principio solo guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la *lex artis* se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "*debe hacerse*", lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado odontológico. Los procedimientos, así concebidos, son aceptados por la literatura especializada donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, hasta que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

Concluyese de lo anterior que, en materia médica, es válida la afirmación en cuanto que a "*cada acto, una ley*", en la idea de que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección, es decir, para valorar tanto el elemento causal, autor y diligencia desplegada, como el efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente, la preexistencia de una *lex* que así lo juzgue o, incluso, y en razón de la peculiar gestación de este en relación con aquel, se podría hasta opinar que es el mismo acto el que genera, por una especie de mecanismo de autorregulación, su propia ley, con la que, indefectiblemente, habrá de enjuiciarlo.

En el presente asunto, el comportamiento del Dr. Juan Carlos Torres Prada, en la atención de rehabilitación oral dispensada a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado se ajustó a las guías, protocolos de rehabilitación, procedimientos y, en general, a todos aquellos principios y normas que informan y configuran la *lex artis ad hoc* de la ciencia odontológica y en especial de la rehabilitación oral.



EXCEPCIÓN SEGUNDA.- LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADO EL DR. JUAN CARLOS TORRES PRADA

Desde el punto de vista de la atención a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado por parte del Dr. Juan Carlos Torres Prada, es dable afirmar que básicamente ella se concretó al tratamiento de rehabilitación oral en los maxilares superior e inferior, respecto del cual la paciente no fue muy adherente a los controles posteriores.

Al Dr. Juan Carlos Torres Prada le correspondió atenderla cumpliendo con los deberes profesionales que la disciplina de la odontología en particular le exigía, empleando todos los medios a su alcance para procurar por la salud de la paciente, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado, en razón, precisamente, de las características propias la profesión y en atención al reconocimiento de los factores de riesgo que conlleva todo tratamiento odontológico, que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente.

Y es que el odontólogo contrae frente al paciente una **obligación de medio** y no de resultado, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Basta traer a colación la posición adoptada por el Consejo de Estado sobre el particular:

"...Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad"⁴

En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.⁵

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio.⁶

⁴ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 24 de agosto de 1998. Expediente 11.833 C. P.: Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros.

⁵ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.

⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez.



Y lo mismo se deriva de la ley 1438 del 19 de enero 2011, que en su artículo 104, modificadorio del artículo 26 de la ley 1164 de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por el Dr. Juan Carlos Torres Prada son obligaciones de medio y no de resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación a que estaba obligada, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

EXCEPCIÓN TERCERA: EL DR. JUAN CARLOS TORRES PRADA OBRÓ DE BUENA FE Y CON FUNDAMENTO EN EL "PRINCIPIO DE BENEFICENCIA"

Los actos odontológicos ejecutados por el Dr. Juan Carlos Torres Prada siempre estuvieron circunscritos a los principios éticos de la profesión de la Odontología, así como al postulado de la buena fe recogido en el artículo 83 de la Constitución Política, en armonía con el derecho fundamental del debido proceso, previsto en el artículo 29 de la Carta, en especial en lo concerniente a la presunción de inocencia y con base en el **principio de beneficencia**, como una manifestación de aquélla y de la correcta actuación desde un punto de vista ético y bioético, ya en el campo de la equidad, en cuanto que la convicción personal del Dr. Juan Carlos Torres Prada y su propia vocación siempre estuvo motivada por la idea altruista de hacer el bien⁷ a su prójimo que, en el caso particular, lo fue la paciente Tulia Cuéllar de Salgado.

EXCEPCIÓN CUARTA: VIOLACIÓN POR PARTE DE LA PACIENTE TULIA CUÉLLAR DE SALGADO AL DEBER LEGAL DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD

El comportamiento negligente de la paciente Tulia Cuéllar de Salgado Moreno frente al manejo de su salud oral con ocasión de sus antecedentes y hábitos de higiene bucal, implica una franca vulneración al deber constitucional previsto en el inciso 5° del artículo 49 de la Constitución Política, reiterado en los literales a) y b) del inciso 2° del artículo 10 de la ley 1751 del 16 de febrero de 2015 (Ley Estatutaria de Salud)⁸, en cuanto que no procuró el cuidado integral de su salud, creando un riesgo que ponía en peligro su propia integridad personal. El autocuidado de la salud, en cuanto deber del ciudadano, es una contrapartida al derecho a la salud, que supone una limitación a su ejercicio, pero no a

⁷ SIURANA APARISI, Juan Carlos. Los Principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. En: Veritas, N° 22 (marzo de 2010), p. 121-157. Disponible en internet: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006

⁸ Véase CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-313 del 29 de mayo de 2014 (expediente N° PE-040). M. P. Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. "[...] En el caso del deber establecido en el literal a) cuyo tenor es "Propender por su auto-cuidado, el de su familia y el de su comunidad" se tiene que es expresión del deber contenido en el inciso 5° del artículo 49 de la Carta que establece como deber para las personas, el de *procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad*. Derivado del mismo deber constitucional es el del literal b) del inciso 2° del artículo 10 del proyecto, cuyo enunciado reza "Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención". En relación con este segundo deber, obsérvese que tiene lugar en tanto y en cuanto se cumpla previamente el deber, en cabeza de los responsables del servicio de salud, de formular los programas de prevención y promoción pertinentes [...]".



su contenido, atendiendo, entre otros factores, al trasfondo solidarista propio del Estado Social de Derecho, en donde la mejor manera como el ciudadano puede colaborar con la salud *in genere*, comienza por el comportamiento prolijo de tener esmero con la propia, lo cual, al final, es un beneficio individual que también va a redundar en el bienestar colectivo.⁹

EXCEPCIÓN QUINTA: INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURANTES DE LA RESPONSABILIDAD

Se fundamenta esta excepción en la inexistencia de los elementos estructurantes de la responsabilidad civil (daño antijurídico, conducta culposa del agente y relación causal entre aquél y ésta) para el caso concreto, lo que extingue cualquier posibilidad de despachar favorablemente la condena pretendida por la parte actora en su demanda en contra de mi poderdante, el Dr. Juan Carlos Torres Prada.

Así, se tiene que no existe un daño antijurídico respecto de la demandante, sino a partir del 20 de junio de 2017 que es cuando COMPENSAR la abandonó a su suerte y no le proveyó la solución a su problema odontológico.

Tampoco existió una conducta culpable del Dr. Juan Carlos Torres Prada, quien actuó con diligencia y sin tacha. Sus actos estuvieron apegados a la *lex artis ad hoc*.

Y mucho menos se puede establecer, entonces, un nexo causal entre el daño, con la conducta carente de culpa de mi poderdante el Dr. Juan Carlos Torres Prada, como se acaba de exponer.

Se reitera, el daño antijurídico comenzó cuando COMPENSAR terminó unilateralmente el contrato de prestación de servicios con el Dr. Torres Prada y no le ofreció una solución a la paciente respecto de un tratamiento de rehabilitación que venía siendo bien ejecutado pero que fue abruptamente suspendido, sin una alternativa de solución. No es difícil ver un nexo de causalidad entre la conducta de COMPENSAR y el daño antijurídico ocasionado a la paciente.

⁹ Véase ZAVALLEY, Rodolfo Nicolás y SOMMER, María Agustina Jacinta. *El deber de cuidar la salud*. p. 104. "[...] El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El autocuidado es definido por como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, haciendo énfasis en la prevención de una mala salud. El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. El autocuidado se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno [...]". Disponible en internet: https://www.google.com/url?hl=en&q=https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12809/pj2_capitulo_05.pdf?sequence%3D7%26isAllowed%3Dy&source=gmail&ust=1488297621480000&usg=AFQjCNHBJg3VB_Vk0WIHQwW5bGfmNv7Idg

EXCEPCIÓN SEXTA.- INEXISTENCIA DE MAL DIAGNÓSTICO Y AUSENCIA DE TRATAMIENTO ERRÓNEO

NO es posible plantear un mal diagnóstico, por cuanto en la valoración que se le efectuó a la paciente el 6 de febrero de 2017 se lograron advertir sus necesidades de tratamiento, el cual fue escogido por ella de las dos (2) alternativas que se le presentaron. De acuerdo con sus carencias y necesidades odontológicas que condujeron al diagnóstico lógico registrado en la historia clínica salud oral, el tratamiento de rehabilitación oral que la señora Tulia Cuéllar de Salgado eligió era adecuado y absolutamente idóneo para sus requerimientos¹⁰, pues la falta de piezas dentales y la urgente necesidad de restaurar las debidas funciones masticatorias y fonatorias, además de la estética, encontraban en ese tratamiento una respuesta justa, razonable, flexible y, sobre todo, proveída por un profesional con la experiencia e idoneidad del Dr. Juan Carlos Torres Prada.

Finalmente, el Señor Juez deberá tener en cuenta que en la valoración del error diagnóstico debe atenderse a la presencia del factor culpa en su gradación más alta, como para apreciar su carácter determinante en el daño, de conformidad con lo previsto en nutrida jurisprudencia vertical.

EXCEPCIÓN SÉPTIMA.- SUBSIDIARIA PARA QUEBRAR EL NEXO CAUSAL: CONFIGURACIÓN DE CULPA EXCLUSIVA DE COMPENSAR POR INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL QUE EXONERA DE RESPONSABILIDAD A MI PODERDANTE

En el caso en estudio la relación de causalidad entre la conducta profesional y el resultado de la salud del paciente se ve interrumpida por la configuración de la causal exoneratoria de la culpa exclusiva de COMPENSAR por incumplimiento contractual con la paciente, lo que generó el daño antijurídico que ella le puede reclamar, pero que la inhibe frente al Odontólogo Rehabilitador Dr. Juan Carlos Torres Prada, en la medida en que es a partir de la terminación unilateral de su contrato de prestación de servicios con COMPENSAR, acaecida el 20 de junio de 2017, cuando, en realidad de verdad, a la paciente se le burla su derecho a obtener una salud oral adecuada, pues su tratamiento de rehabilitación iba a suspenderse y ella iba a comenzar a sufrir las consecuencias.

Esa circunstancia, por sí sola es suficiente para romper o quebrar cualquier nexo causal que se intentara configurar respecto del Dr. Torres Prada.

Si el análisis del presente caso condujere al Señor Juez a admitir la existencia de responsabilidad, deberá, entonces, de manera subsidiaria, valorar la causal exoneratoria de la misma como lo configura la culpa exclusiva de la demanda y llamante en garantía COMPENSAR.

¹⁰ Disponible en internet: https://www.quironsalud.com/blogs/es/salud-comienza-boca/protesis-removibles-comodidad-pacientes-necesitan-protesis?utm_source=Whatsapp.com&utm_medium=referral&utm_campaign=btn_whatsapp



EXCEPCIÓN OCTAVA.- AL CORRESPONDERLE LA CARGA DE LA PRUEBA A LA PARTE ACTORA IMPLICA QUE SI NO ACREDITA FEHACIENTEMENTE LA CULPA PROFESIONAL Y LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD CON EL DAÑO NO SERÁ POSIBLE ATRIBUIR RESPONSABILIDAD A MI PODERDANTE EL DR. JUAN CARLOS TORRES PRADA

No puede atribuírsele al acto odontológico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*¹¹, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los odontólogos, como en este caso, procuraron preservar y salvar la salud oral de su paciente, y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó la terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente en la medida de lo posible, no obstante, las muy difíciles condiciones impuestas por su patología de base.

Si bien es cierto que la prueba de la culpa médica y/o odontológica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica (odontológica), ello lo es, sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido, el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio médico/odontológico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Bien lo señaló la Corte Suprema cuando afirmó que "*el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado*".¹²

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad médica (odontológica) no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa médica (odontológica), y, como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente.

En esta materia basta señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general buscan la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

¹¹ PARRA GUZMÁN, Mario Fernando. *Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica*. Bogotá: Doctrina y Ley, 2004, p. 45, cuando señala "*es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, está referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad.*"

¹² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001 (exp. N° 5507). M. P.: Dr. José Fernando Ramírez Gómez.



De conformidad con las normas procesales aplicables, le corresponde a la parte actora probar el supuesto de hecho de la norma que consagra el efecto jurídico que ella persigue.

EXCEPCIÓN NOVENA.- TENIENDO EN CUENTA QUE EL RÉGIMEN DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA (ODONTOLÓGICA) ES EL SUBJETIVO DE LA CULPA PROBADA, SI LA PARTE ACTORA NO LA ACREDITA, SUS PRETENSIONES DEBEN SER DESESTIMADAS

La responsabilidad civil es una de las fuentes de las obligaciones y básicamente consiste en la obligación que surge para un sujeto de derecho de indemnizar el daño que ha causado, de manera directa o indirecta, a otro sujeto de derecho que lo sufre. Esa indemnización puede ser determinada en dinero o *in natura*.

Generalmente, la responsabilidad civil se ha clasificado en dos grandes áreas, dependiendo si la obligación indemnizatoria surge de un acto jurídico o de un hecho jurídico. Es decir, si ha mediado o no la existencia de un contrato. Por ello, en la legislación colombiana es posible establecer la clasificación en responsabilidad civil contractual (arts. 1602 y s.s. del Código Civil) o en responsabilidad civil extracontractual (responsabilidad común por los delitos y las culpas, arts. 2341 y s.s. del Código Civil).

A su turno, la responsabilidad médica en cuanto "*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*"¹³, que también está sujeta a la clasificación general de la responsabilidad civil, como ya se advirtió, en contractual o extracontractual, se reitera, dependiendo de si entre los sujetos existe un vínculo jurídico previo (contrato).

Ahora bien, haciendo abstracción a ciertas modalidades de la responsabilidad civil, como lo son la responsabilidad por actividades peligrosas y la responsabilidad objetiva, desde el punto de vista de la carga de la prueba existe una previsión global, consagrada en las normas sustanciales y procesales aplicables¹⁴, la cual preceptúa que le corresponde a la parte actora probar el supuesto de hecho de la norma que consagra el efecto jurídico que ella persigue. Este paradigma, previsto en la ley, como regla general, ha sido reiterado tanto por la Corte Constitucional¹⁵ como por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en copiosa jurisprudencia¹⁶.

¹³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de noviembre de 2011 (Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01). M. P. Dr. William Namén Vargas.

¹⁴ Artículos 1.757 del Código Civil y 167 del Código General del Proceso.

¹⁵ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-070 del 25 de febrero de 1993 (Demanda N° D-134). M. P.: Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz; Sentencia C-202 del 8 de marzo de 2005 (Exp. N° D-5336). M. P.: Dr. Jaime Araujo Rentería y Sentencia C-086 del 24 de febrero de 2016 (Exp. N° D-10902). M. P.: Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

¹⁶ Véanse las sentencias de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil del 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.); del 15 de marzo de 1996. M. P.: Dr. Carlos Esteban Jaramillo Schloss; del 30 de enero



Ahondando en los argumentos del canon precitado, basta señalar que ya en el Derecho Romano, desde el mismo momento en que se formuló la concepción de la *actio*, se estableció que la carga de probar recaía en el actor, lo cual no hace sino validar la inmanente relevancia del clásico ordenamiento y su permanente influjo en el Derecho moderno.¹⁷ En ese mismo sentido se pronunció la Corte Constitucional con motivo del examen de exequibilidad de una norma de carácter procesal.¹⁸

En tal virtud, la jurisprudencia y la doctrina han puntualizado que la responsabilidad médica es por culpa probada, vale decir, que el demandante tiene la carga de la prueba de demostrar no solo el daño, sino también la conducta culpable del profesional de la salud, o de la eps o de la ips, al igual que el nexo causal de aquél con ésta. Y los demandados, tienen la carga de probar los hechos exceptivos que en su defensa pretendan acreditar.

Teniendo claros estos principios y asentada su pertinencia, es oportuno señalar que cuando se justiprecian los medios de prueba aducidos por la parte actora surge para el juzgador la inquietud acerca de si el demandante puede llegar a cumplir eficazmente con la carga de la prueba y, con ello, lograr que se le concedan sus declaraciones y condenas en contra de la parte pasiva, o si, por el contrario, cuando se efectúa la petición de pruebas, ya el fallador puede advertir que la carga de la prueba no va a ser satisfecha y, por ende, también resultarán insatisfactorias las pretensiones introducidas con la acción.

En el presente caso es evidente que en la parte actora no se vislumbra un mínimo ejercicio de la carga de la prueba, por lo que esa falta de acreditación debe conducir, necesariamente, a que el Despacho desestime de plano las pretensiones de la demanda.

EXCEPCIÓN DÉCIMA: LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

1.4 OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Me permito objetar la cuantía del juramento estimatorio efectuado por la parte actora.

Vaya por delante la observación, no advertida en el auto admisorio de la demanda [Auto del 23 de junio de 2022 del Juzgado Primero Civil del Circuito de Zipaquirá], en cuanto

de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez Gómez; del 18 de mayo de 2005. M. P.: Dr. Jaime Arrubla Paucar; del 22 de julio de 2010. M. P.: Pedro A. Munar y del 30 de noviembre de 2011. M. P.: Dr. Arturo Solarte, entre otras.

¹⁷ MICHELI, Gian Antonio. *La Carga de la Prueba*. Bogotá: Temis, 1989, p. 21-22. "La estructura romana del proceso, con el admirable equilibrio entre los poderes de las partes, ha dado a la formulación de las reglas sobre el onus probandi una perfección y una universalidad, que todavía hoy no se desmienten".

¹⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-070 del 25 de febrero de 1993 (Demanda N° D-134). M. P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.



que, de acuerdo con el inciso 6° del artículo 206 del CGP, “*El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales*”. Vale decir que las sumas reclamadas por daño moral, daño a la vida de relación y daño a la salud NO pueden formar parte del juramento estimatorio efectuado por el apoderado de la parte actora.

Acto seguido, expongo las razones que justifican la refutación a la estimación inexacta de los perjuicios materiales.

En primer término, en relación con la suma valuada como daño emergente, considero que es una estimación inexacta, toda vez que en el hecho 2° de la demanda el apoderado de la actora señaló que el valor pagado a COMPENSAR por el tratamiento de rehabilitación fue la suma de \$4.552.500, es decir menos del 50% de lo que tasa en el juramento [\$10.800.000], no obstante el intento de redondear con base en el cobro de los honorarios por servicios jurídicos, cuya prueba no se ha acreditado.

En segundo término, el apoderado de la actora intenta justificar se reconozca como pretensión subsidiaria la suma de \$27.140.000, que es una mera cotización de la Unidad Médico Odontológica OSVEM para iniciar un tratamiento apócrifo, dos veces más caro que el de las cotizaciones y presupuestos sobre el particular de Natural Design [documental # 9], Oral Spa Stetia y Odontología Especializada [documental # 11] y de Dentisalud [documental # 16].

1.5 MANIFESTACIÓN DE OPOSICIÓN AL DECRETO DE ALGUNAS DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA ACTORA

En relación con las pruebas documentales N°s 7 y 8 de la demanda, descrita como “Informe Psicológico de la profesional Sonia Milena Tovar Beltrán” y “Concepto Profesional del Dr. Juan Sebastián Lara Romero”, ruego al Señor Juez apreciarlos como documentos privados que son **y no como peritajes**, en la medida en que los escritos no fueron presentados con las formalidades y requisitos exigidos por el artículo 226 del CGP.

Ahora bien, me opongo a que se decreten los testimonios de la señora Sonia Milena Tovar Beltrán y del Dr. Juan Sebastián Lara Romero, por cuanto en ambos el objeto de la prueba está referido a que expliquen los peritajes anexos a la demanda y, tal como se mencionó previamente, esos escritos no tienen el alcance ni la idoneidad de ser dictámenes periciales. Por lo tanto, el objeto de la prueba testimonial NO es válido.



II. CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR COMPENSAR

En relación con el llamamiento en garantía me pronunciaré, en primer lugar, respecto de las pretensiones, a continuación, sobre los hechos en que se basan las pretensiones y, finalmente, formularé las excepciones de mérito correspondientes.

2.1 PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR COMPENSAR

Acorde con el contenido del artículo 64 del Código General del Proceso, y con los hechos aducidos y las pretensiones planteadas, la demandada y llamante en garantía COMPENSAR no tiene derecho legal, ni mucho menos derecho contractual, para exigir del Dr. Juan Carlos Torres Prada la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, ni tampoco el reembolso de suma alguna de dinero que COMPENSAR tuviere que hacer, como consecuencia de la sentencia que se llegare a dictar en el presente proceso judicial.

No tiene derecho legal por cuanto cualquier daño que la paciente Tulia Cuéllar de Salgado eventualmente le fuere reconocido en la sentencia judicial tendría que serlo con ocasión de la propia conducta culpable de COMPENSAR de haber generado las circunstancias para haber suspendido y no haber continuado el tratamiento de rehabilitación oral que la paciente venía recibiendo y el cual ya había pagado. En efecto, COMPENSAR adoptó una decisión empresarial, a la que contractualmente creía tener derecho, como lo fue la de terminar unilateralmente el contrato de prestación de servicios con el Dr. Juan Carlos Torres Prada. Sin embargo, COMPENSAR no previó qué iba a acontecer con la paciente a partir de ese momento y no dispuso de solución inmediata alguna en relación con la continuidad del tratamiento de rehabilitación, lo cual constituye el daño y sus consecuencias.

Y COMPENSAR no tiene derecho contractual a pedir que se le indemnice o se le reembolse por parte del Dr. Juan Carlos Torres Prada, por cuanto, precisamente, terminó unilateralmente el contrato a partir del 20 de junio de 2017, siendo que el daño objeto de reclamación por la paciente deberá serlo a partir de esa fecha.

2.2 PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR COMPENSAR

Al Hecho Primero.- Es cierto.

Al Hecho Segundo.- Es cierto.

Al Hecho Tercero.- Es cierto.



Al Hecho Cuarto.- Es cierto.

COMPENSAR dispuso la cláusula décima cuarta en el contrato de prestación de servicios de salud S474-2013 celebrado el 21 de agosto de 2013 con el Dr. Torres Prada, siendo una típica cláusula abusiva.

Ahora bien, desde el 20 de junio de 2017 ese contrato dejó de existir, por cuanto COMPENSAR unilateralmente tomó la decisión de darlo por terminado al amparo del numeral 4) de la cláusula vigesimosexta.

Al Hecho Quinto.- NO ES CIERTO.

La estipulación contractual contenida en la cláusula décima cuarta del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013, celebrado el 21 de agosto de 2013 entre COMPENSAR y el Dr. Torres Prada **ya no está vigente**, pues el contrato finalizó a partir del 20 de junio de 2017 cuando COMPENSAR adoptó unilateralmente la decisión de darlo por terminado con fundamento en el numeral 4) de la cláusula vigesimosexta. De acuerdo con prueba documental [página 17/21 del Cuaderno 01LlamamientoGarantía del Expediente Digital] no suficientemente relacionada en las documentales, el Gerente de Contratación de Red de COMPENSAR certificó, el 22 de febrero de 2023, que el Dr. Juan Carlos Torres Prada prestó servicios en la especialidad de Rehabilitación Oral hasta el 20 de junio de 2017.

No puede COMPENSAR creer que puede revivir una cláusula, a todas luces abusiva, cuando ya no existe relación jurídica entre ella como entidad predisponente que lo fue y el Dr. Juan Carlos Torres Prada, contratista burlado, vejado y abusado.

El contenido multifacético de la cláusula décima cuarta refleja varios aspectos que, en conjunto, constituyen un abuso del derecho, en perjuicio de los derechos del CONTRATISTA e, indirectamente, en perjuicio de los pacientes de COMPENSAR que fueron atendidos por el Dr. Juan Carlos Torres Prada durante 2017, como aconteció con la señora Tulia Cuéllar de Salgado.

Que la cláusula hubiera señalado que "*cualquier responsabilidad derivada de dicha relación [con el usuario de COMPENSAR] será exclusivamente a cargo de EL CONTRATISTA*" no puede venir a significar que será aplicada 6 o 9 años después por un Juez de la República contrariando el derecho civil y, además, en contravía de las orientaciones de la jurisprudencia nacional sobre la materia.

Que la cláusula hubiera señalado que "***En ningún caso podrá invocarse ni judicial ni extrajudicialmente la existencia de solidaridad con COMPENSAR, pues EL CONTRATISTA renuncia expresamente a invocar cualquier norma legal que la establezca o la permita***" es una afrenta al Estado de Derecho, al principio de legalidad y al derecho fundamental al debido proceso. (El resaltado no pertenece al texto original).

No se entiende cómo los predisponentes en los contratos, de una parte, siguen elaborando cláusulas abusivas a pesar de su proscripción en el mundo jurídico y, de otra parte, lo cual es más cínico, cómo es que pretenden aplicarlas en juicios judiciales como

argumentos irrefutables [sin lugar a contradicción], solo porque fueron incluidas en contratos en los que la libre discusión estuvo ausente, creyendo, además, que pueden seguir vigentes *per sécula seculorum*.

Y es que esa es otra circunstancia que amerita un análisis concienzudo. Si en gracia de discusión el contrato de prestación de servicios de salud S474-2013, celebrado el 21 de agosto de 2013 entre COMPENSAR y el Dr. Torres Prada pudiera seguir vigente, tampoco podría aplicarse la cláusula, debido a su carácter abusivo y restrictivo de derechos.

2.3 EXCEPCIONES DE FONDO

EXCEPCIÓN PRIMERA.- COMPENSAR NO TIENE DERECHO LEGAL A EXIGIR DEL DR. JUAN CARLOS TORRES PRADA NI INDEMNIZACIONES NI REEMBOLSOS SI LLEGARE A SER CONDENADA EN ESTE PROCESO

La responsabilidad que se demanda de COMPENSAR es de naturaleza contractual, por cuanto es con base en la afiliación al régimen contributivo en salud con la paciente Tulia Cuéllar de Salgado que deben resolverse las pretensiones. A su turno, el Dr. Juan Carlos Torres Prada era un contratista de COMPENSAR que no tenía relación contractual con la paciente.

Si COMPENSAR llegare a ser condenada en este proceso, de su parte no ha habido planteamiento alguno, con fundamento legal, para exonerarse de la responsabilidad que se le reclama y que, en su lugar, sea el Dr. Torres Prada quien indemnice o reembolse.

COMPENSAR no ha presentado hechos, ni pruebas, y no ha planteado su defensa en argumentos jurídicos, que le permitan excluir su responsabilidad civil, con amparo en la ley y en la jurisprudencia que le ha dado desarrollo, como para radicarla en el Dr. Juan Carlos Torres Prada para efectos de la indemnización o el reembolso que una sentencia condenatoria eventualmente pudiera llegar establecer.

EXCEPCIÓN SEGUNDA.- COMPENSAR NO TIENE DERECHO CONTRACTUAL A EXIGIR DEL DR. JUAN CARLOS TORRES PRADA NI INDEMNIZACIONES NI REEMBOLSOS SI LLEGARE A SER CONDENADA EN ESTE PROCESO

El contrato de prestación de servicios de salud S474-2013, celebrado el 21 de agosto de 2013 entre COMPENSAR y el Dr. Torres Prada ya no está vigente. El contrato finalizó a partir del 20 de junio de 2017 cuando COMPENSAR adoptó unilateralmente la decisión de darlo por terminado con fundamento en el numeral 4) de la cláusula vigesimosexta.

No puede COMPENSAR revivir el contrato, que dio por terminado hace seis (6) años, para justificar, a través de la figura del llamamiento en garantía, que si en este proceso es condenada, la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer sea efectuado por el Dr. Torres Prada.

En un primer momento, cabría argumentar que si eso era lo que pretendía el contrato:
"Para los efectos EL CONTRATISTA concurrirá al proceso correspondiente en calidad de



llamado en garantía' [cláusula décimo cuarta], por lo menos **debía estar vigente** para la época del llamamiento. Pero, a sabiendas, COMPENSAR adoptó la decisión de **darlo por terminado unilateralmente**, a partir del 20 de junio de 2017, con fundamento en el numeral 4) de la cláusula vigesimosexta. De acuerdo con prueba documental [página 17/21 del Cuaderno 01LlamamientoGarantía del Expediente Digital] no suficientemente relacionada en las documentales, el Gerente de Contratación de Red de COMPENSAR certificó, el 22 de febrero de 2023, que el Dr. Juan Carlos Torres Prada prestó servicios en la especialidad de Rehabilitación Oral hasta el 20 de junio de 2017.

Pero, en un segundo momento, en gracia de discusión, si es que el contrato pudiera todavía generar efectos, aun habiendo perdido su vigencia, como podría hipotéticamente acontecer con la obligación de confidencialidad [cláusula vigésima primera], que no tiene una delimitación temporal, NO podría tampoco COMPENSAR darle cumplimiento, pues su contenido es espurio y está viciado de nulidad debido a su naturaleza abusiva.

Para demostrar este argumento en la solicitud de pruebas se pide el testimonio del Dr. Diego Fernando Ricaurte Trujillo, Administrador de Servicios de Salud de COMPENSAR y de la Dra. Erika Liliana Cifuentes Peña, Negociadora del Proceso de Negociar y Administrar la Adquisición de Bienes y Servicios de COMPENSAR, para que con fundamento en su función de supervisión [cláusula vigésima segunda] y control de la ejecución del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013, celebrado el 21 de agosto de 2013 entre COMPENSAR y el Dr. Torres Prada declaren acerca de su naturaleza, su cumplimiento y su terminación.

EXCEPCIÓN TERCERA.- LA CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD S474-2013 CELEBRADO EL 21 DE AGOSTO DE 2013 ENTRE COMPENSAR Y EL DR. JUAN CARLOS TORRES PRADA ES ABUSIVA Y GENERA NULIDAD

A pesar de que COMPENSAR no puede revivir la cláusula décimo cuarta del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013, celebrado el 21 de agosto de 2013 entre COMPENSAR y el Dr. Torres Prada, es preciso señalar que su disposición era francamente abusiva, lo cual puede ser declarado por el Señor Juez, si a ello hay lugar, y por lo tanto decretar su nulidad.

No se entiende cómo los predisponentes en los contratos, como es el caso de COMPENSAR, de una parte, siguen elaborando cláusulas abusivas a pesar de su proscripción en el mundo jurídico y, de otra parte, cómo es que pretenden aplicarlas desvergonzadamente en juicios judiciales como si fueran argumentos irrefutables [sin lugar a contradicción], solo porque fueron incluidas, arbitrariamente, en contratos en los que la libre discusión estuvo ausente, creyendo, además, que pueden seguir vigentes *ad eternum*, es decir, perpetuando ignominiosamente el abuso del Derecho.



III. SOLICITUD DE PRUEBAS

Respetuosamente, me permito solicitar se sirva ordenar la práctica de las siguientes pruebas:

3.1 DOCUMENTALES

- 1) Diploma de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. que confiere el título de Odontólogo al Dr. Juan Carlos Torres Prada
- 2) Acta de Grado N° SG-1940 de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana.
- 3) Diploma de la Universidad Militar Nueva Granada que confiere al Dr. Juan Carlos Torres Prada el título de Especialista en Rehabilitación Oral
- 4) Acta de Post-Grado N° PG-598-UMNG-Acta N° 110/97 C.I.E.O. de la Universidad Militar Nueva Granada.
- 5) Resolución N° 001744 del Ministerio de Salud que autoriza al Dr. Juan Carlos Torres Prada para ejercer la profesión de Odontólogo
- 6) Resolución N° 25 3360 del 19 de agosto de 2009 de la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca, por la cual se inscribe al Dr. Juan Carlos Torres Prada como Odontólogo-Especialista en Rehabilitación Oral.
- 7) Facsímil de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud del Dr. Juan Carlos Torres Prada como Odontólogo-Especialista en Rehabilitación Oral.
- 8) Protocolos de PPF y coronas completas; de elaboración de provisionales y de retenedores intraradiculares.
- 9) Protocolo de Prótesis Removibles.

Asimismo, Señor Juez, con fundamento en el artículo 173 del CGP, sírvase tener como prueba el siguiente:

- 10) Derecho de Petición formulado por el suscrito apoderado a través de correo electrónico del 2 de octubre de 2023 a COMPENSAR, con el objeto de que se suministren por vía electrónica (canal digital) al Juzgado Trece Civil del Circuito de Bogotá (radicación N° 110013103013-2023-00034-00) varios documentos.

3.2 INTERROGATORIOS DE PARTE

Con el propósito de interrogarlos respecto de los hechos relacionados con el presente proceso judicial, ruego al Señor Juez se sirva decretar la práctica de los interrogatorios

de parte a la demandante **Tulia Cuéllar de Salgado**, así como al **representante legal** de la entidad demandada y llamante en garantía **COMPENSAR**.

3.3 DECLARACIÓN DE PARTE

Con fundamento en el artículo 165 y en el inciso final del artículo 191 del CGP, le ruego Señor Juez decretar la simple declaración de parte del **Dr. Juan Carlos Torres Prada** en relación con los hechos de la demanda y con los hechos del llamamiento en garantía.

3.4 TESTIMONIAL

De conformidad con el artículo 212 del Código General del Proceso, con todo comedimiento, Señor Juez, me permito pedir se sirva decretar la recepción del testimonio de las siguientes personas:

1) La **Dra. Jessica Ibarra Sabogal**, quien puede ser citada a través de COMPENSAR, con el objeto de que declare respecto de los hechos 1 a 10 de la demanda y de la presente contestación de la demanda, particularmente respecto de los antecedentes odontológicos de la paciente, del diagnóstico emitido en la primera consulta y su consecuencial tratamiento, al igual que del cumplimiento del Manual de Atención Primario en Odontología y de la valoración que ella misma le efectuó a la paciente el 25 de octubre de 2018 en COMPENSAR.

2) El Dr. **Juan Carlos Caipa**, quien puede ser citado a través de COMPENSAR, con el objeto de que declare respecto de los hechos 1 a 10 de la demanda y de la presente contestación de la demanda, particularmente respecto de la idoneidad del tratamiento de rehabilitación oral ofrecido a la paciente Tulia Cuéllar de Salgado el 28 de febrero de 2017 en COMPENSAR, al igual que de su conocimiento de las razones por las cuales COMPENSAR no continuó el tratamiento de rehabilitación oral a la paciente entre junio 20 y septiembre 18 de 2017, así como su participación en la valoración de la paciente en octubre de 2017 y su propuesta de soluciones de nuevo tratamiento.

3) El Dr. **Diego Fernando Ricaurte Trujillo**, Administrador de Servicios de Salud de COMPENSAR, quien puede ser citado a través de COMPENSAR, para que con fundamento en su función de supervisión y control de la ejecución del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013, celebrado el 21 de agosto de 2013 entre COMPENSAR y el Dr. Torres Prada declare acerca de su naturaleza, su cumplimiento y su terminación unilateral.

4) La Dra. **Erika Liliana Cifuentes Peña**, Negociadora del Proceso de Negociar y Administrar la Adquisición de Bienes y Servicios de COMPENSAR, quien puede ser citada a través de COMPENSAR, para que con fundamento en su función de supervisión y control de la ejecución del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013, celebrado el 21 de agosto de 2013 entre COMPENSAR y el Dr. Torres Prada declare acerca de su naturaleza, su cumplimiento y su terminación unilateral.



3.5 DICTAMEN PERICIAL DE PARTE

De conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso, con todo comedimiento, Señor Juez, me permito informar que pretendo valerme de un dictamen pericial que será emitido por un odontólogo especializado en Rehabilitación Oral. Teniendo en cuenta determinada dificultad para aportarlo con la presente contestación, aunado a la circunstancia de que no se cuenta con toda la información pertinente para ello, la cual está siendo recolectada dentro del presente proceso, **me permito anunciar su presentación**, solicitando al Señor Juez se sirva fijar el término respectivo para ello.

IV. ANEXOS

- 4.1 El Poder para actuar que se encuentra dentro del expediente digital y en el archivo del Despacho.
- 4.2 Las documentales enunciadas.

V. PETICIONES

Respetuosamente, me permito solicitar, al Señor Juez, se sirva acceder a las siguientes peticiones:

PRIMERA.- Tener por contestada, dentro del término legal, la demanda y el llamamiento en garantía en nombre del **Dr. JUAN CARLOS TORRES PRADA**.

SEGUNDA.- Acceder al decreto de las pruebas requeridas.

TERCERA.- Declarar probadas las excepciones de mérito presentadas tanto en la contestación de la demanda como en la contestación del llamamiento en garantía.

CUARTA.- Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, se sirva proferir sentencia de fondo en la que se denieguen las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía.

Y como consecuencia de la terminación del proceso:

QUINTA.- Condenar en costas y agencias en derecho a la demandante por las acusaciones infundadas y los costos asumidos por la defensa del presente proceso, al igual que a la llamante en garantía COMPENSAR, si a ello hubiere lugar.



VI. NOTIFICACIONES

Mi poderdante, el Dr. Juan Carlos Torres Prada en el correo electrónico: juanktorres.ictp1@gmail.com

El suscrito abogado en la Carrera 3 A Oeste N° 2-43 de Cali y en la Secretaría de su Despacho, así como en los correos electrónicos: harold.aristizabal@conava.net

Sinceramente,

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 C. S. de la Jud.
correo electrónico (RNA): harold.aristizabal@conava.net



2023-00034 ACEPTACION PODER DR JUAN CARLOS TORRES

Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>

Mié 06/09/2023 18:30

Para: Juzgado 13 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juan Carlos Torres <juanktorres.jctp1@gmail.com>

CC: MARTHA STELLA <martha.escallon@conava.net>; DALIA OROZCO <dalia.orozco@conava.net>

 2 archivos adjuntos (55 KB)

Poder Juan Carlos Torres Prada CC79244566; PODER DR. JUAN CARLOS TORRES PRADA.pdf;

Señores

JUZGADO TRECE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTACcto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

**Ref. PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE
PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTE: TULIA CUELLAR SALGADO
DEMANDADO: CAJA COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
RADICACION: 11001310301320230003400**

Harold Aristizabal Marin abogado en ejercicio con TP 41291 del Consejo superior de la Judicatura y cedula 16678028, conforme el poder que remitiera desde su correo electrónico el Dr. Juan Carlos Torres Prada llamado en garantía dentro del proceso de la referencia, me permito manifestar que **ACEPTO** el poder conferido, y para tal efecto de ejercer la defensa de sus intereses me permito solicitar se sirva remitir a la brevedad posible, por esta vía la carpeta completa del expediente virtual que contiene el proceso, a fin de poder ejercer a plenitud y de manera oportuna su defensa, dado que entendemos se encuentra corriendo el plazo para contestar el llamamiento.

Sinceramente.,

Harold Aristizabal Marín

TP. 41291 CSJ

CC 16678028

RNA harold.aristizabal@conava.net

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
Director General

CEL: +57 315 401 22 01
EMAIL: ham.conava@gmail.com - conava@conava.net
PBX: +57 - 2 488 09 99 FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"
Código Postal 760044
Santiago de Cali - Colombia



Consorcio Aristizabal Velásquez
Abogados Ltda.

Señores

JUZGADO TRECE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

Ccto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

**Ref. PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE
PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTE: TULIA CUELLAR SALGADO
DEMANDADO: CAJA COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
RADICACION: 11001310301320230003400**

JUAN CARLOS TORRES PRADA mayor de edad, vecino de Apartado, identificado como aparece al pie de mi firma, llamado en garantía dentro del proceso de la referencia, dirección electrónica para notificaciones personales: juanktorres.jctp1@gmail.com, manifiesto a Usted por medio de este escrito que confiero Poder Especial, Amplio y Suficiente al **Dr. HAROLD ARISTIZABAL MARIN**, igualmente mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la C.C.16.678.028 de Cali, Abogado en ejercicio portador de la T.P. No.41.291 del C. S. de la Judicatura, dirección electrónica para notificaciones: harold.aristizabal@conava.net para conteste la demanda y el llamamiento en garantía, llame en garantía, proponga excepciones, formule nulidades y realice todas las gestiones pertinentes de esta clase de mandato y en defensa de mis intereses.

Mi Apoderado queda facultado para Conciliar transigir, desistir, sustituir, recibir, reasumir, y efectuar todas las acciones y trámites necesarios en el cumplimiento de su mandato.

Solicito a usted, reconocerle personería a mi apoderado en los términos y para los efectos Del presente poder.

Cordialmente,

JUAN CARLOS TORRES PRADA

C.C. No. 79244566

juanktorres.jctp1@gmail.com

ACEPTO EL PRESENTE PODER

HAROLD ARISTIZABAL MARIN

C.C. No. 16.678.028 de Cali

T.P. No. 41.291 del C.S. de la J.

harold.aristizabal@conava.net

PONTIFICIA UNIVERSITAS XAVERIANA

IN RE PVBLICA COLOMBIANA

CVM JVAN CARLOS TORRES PRADA

OMNIA STVDIA PERSOLVERIT OMNIA QVE EXERCITIA PEREGERIT
QVAE AB HAC VNIVERSITATE LEGITIME STATVVNTVR
AD GRADVM ACADEMICVM SVSCIPIENDVM

IN FACVLTAE **ODONTOLOGIÆ**

EIDEM GRADVM TITVLVM QVE IMPERTITVR

ODONTOLOGI

IN CVIVS REI FIDEM HOC IPSI DIPLOMA VNIVERSITATIS SIGILLO CONFIRMATVM
NOS RECTOR ET DECANI ET SCRIBA GENERALIS
TRIBVIMVS



BOGOTAE DIE VI

MENSIS DECEMBRIS

ANNI MCMXCI



Nº 2818

Gerardo Wangü
RECTOR

José María Ruiz
SCRIBA GENERALIS

Manuel...
DECANVS ACAD.

...
DECANVS MEDV VNIV

Nº 05221

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ACTA DE GRADO N° SG — 1940

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá el día 6 del mes de Diciembre de 1991
se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Padre Gerardo Arango P., S.J.
Rector en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo
el juramento reglamentario, confirió el título de

ODONTOLOGO

a JUAN CARLOS TORRES PRADA

identificado (a) con c.c. N° 79.244.566 de Suba quien cumplió con
los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales;
y le otorgó el Diploma N° 2818 que lo (la) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución
N° 1660 del 7 de Junio de 1956 del M.E.N.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Santa Fe de Bogotá el 6
de Diciembre de 1991

Firmada por

GERARDO ARANGO P., S.J.

JAIME BERNAL E., S.J.

ENRIQUE ECHEVERRI G.

Rector

Secretario General

Decano

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, 6 de Diciembre de 1991

DILIGENCIA DE AUTENTICACION

La Suscrita SOFIA MEDINA DE LOPEZ VILLA, Notaria Vintiseis
del circulo de Bogotá CERTIFICA que las firmas que autorizan
el anterior documento, corresponden a las registradas en la
Notaria por Jaime Bernal S. J.

según la confrontación que se ha hecho de ellas
Dado en Bogotá a _____

- 06 DIC. 1991



Jaime Bernal E.
Secretario General



29766

THOMAS DE LA FUENTE COLOMBIA S.A.



República de Colombia
Ministerio de Defensa Nacional



Universidad Militar Nueva Granada
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud



por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
y en consideración a que el Odontólogo

Juan Carlos Torres Prada

C.C. 79.244.566 Expedida en Suba (Bogotá, D.E.)

ha cumplido en el

Centro de Investigación y Estudios Odontológicos, C.I.E.O.

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Rehabilitación Oral

Santafé de Bogotá, D.C., 23 de Julio de 1997.

Rector Universidad Militar

Director C.I.E.O.

Vicerrector Académico Universidad Militar

Secretario Académico C.I.E.O.

Jefe División Registro Académico Universidad Militar

Acta de Postgrado No. PB-598-UMNG

Registro No. PB-1629

Nº 285

Jefe División Registro Académico Universidad Militar
Registro Oficial
Anotado al folio 369 Libro 01
Santafé de Bogotá, D.C. República de Colombia
Dia 11 Mes 08 Año 97

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"

Res. No. 12975 de Julio 23 de 1982 Min. Educación Nat.

Nº 16141



ACTA DE POST-GRADO Nº PG-598-UMNG
ACTA Nº 110/97 C.I.E.O.

En Santafé de Bogotá, D.C., a los veintitres (23) días del mes de julio de mil novecientos noventa y siete (1997) se reunieron los siguientes funcionarios: por parte de la Universidad Militar Nueva Granada: el señor Mayor General **MANUEL SANMIGUEL BUENAVENTURA**, Rector; Doctor **MAURICIO GONZALEZ MEDINA**, Vicerrector Académico; Capitán de Navío Médico **GUILLERMO URREGO ACOSTA**, Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte de la Fundación Centro de Investigación y Estudios Odontológicos, C.I.E.O.: doctor **ENRIQUE MEJIA BURGOS**, Director y la doctora **AMPARO VARON DE GAITAN**, Secretaria Académica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un Odontólogo que adelantó como Residente sus estudios de Educación Avanzada y otorgarle el título de **ESPECIALISTA**. Para el efecto, se procedió como a continuación se indica.

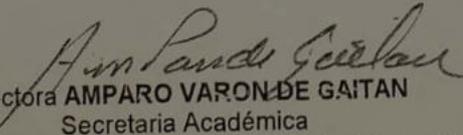
FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 10, 24, 25, 28 y 137 de la Ley 30 de 1992 y Acuerdo Nº 088 del 5 de junio de 1986 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

OTORGAMIENTO DE TITULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, y la Fundación Centro de Investigación y Estudios Odontológicos C.I.E.O. por intermedio de su Director, han informado que el Odontólogo **JUAN CARLOS TORRES PRADA**, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 79'244.566 de Suba (Bogotá, D.E.), ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y de la Fundación Centro de Investigación y Estudios Odontológicos C.I.E.O. y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, otorgarle el título de **ESPECIALISTA** en **REHABILITACIÓN ORAL**, quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro **PG-1629**.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de Octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.


Doctora **AMPARO VARON DE GAITAN**
Secretaria Académica

Fundación Centro de Investigación y Estudios Odontológicos

siguen firmas al respaldo...

RESOLUCION No. 25 3360 DE 2009

()

19 AGO. 2009

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **JUAN CARLOS TORRES PRADA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.79.244.566 DE SUBA (BOGOTA, D.E.)**, ha solicitado inscripción para ejercer la profesión como **ODONTOLOGO, TITULO** que le otorgó **LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.SG-1940, DE FECHA 6 DE DICIEMBRE DE 1991.**

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado en LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA, AL FOLIO 11-T, DEL LIBRO 92, DEL 20 DE MAYO DE 1992.

Que igualmente **JUAN CARLOS TORRES PRADA**, solicita inscripción como **ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL**, de acuerdo al Diploma que le otorgó **LA UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA", SANTAFE DE BOGOTA, D.C., SEGÚN ACTA DE POST-GRADO No. PG-598-UMNG, Y ACTA No.110/97 C.I.E.O., DE FECHA 23 DE JULIO DE 1997.**

Que **JUAN CARLOS TORRES PRADA**, se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer la profesión como **ODONTOLOGO**, a Nivel Nacional, mediante **RESOLUCIÓN No.001744, DEL 23 DE MARZO DE 1993**, expedida por **EL MINISTERIO DE SALUD.**

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Inscribese a **JUAN CARLOS TORRES PRADA**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.79.244.566 DE SUBA (BOGOTA, D.E.)**, para ejercer la profesión como **ODONTOLOGO- ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL**, en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los

19 AGO. 2009


ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION No 001744

EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR

En Ejercicio de la delegacion conferida por resolucion No 8078 de junio 26 de 1991 segun facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que JUAN CARLOS TORRES PRADA con C.C. No 79.244.566 de SUBA ha solicitado el registro de su TITULO De ODONTOLOGO

Que le otorga LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA E 6 DE DICIEMBRE DE 1991

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaria de Educacion de BOGOTA

Al folio 11-T del libro 92 de 20 DE MAYO DE 1992

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA-EJERCITO NACIONAL

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autoriza a JUAN CARLOS TORRES PRADA

para ejercer la profesion ODONTOLOGO en el territorio nacional, previa anotacion correspondiente

COMUNIQUESE PUBLIQUESE Y CUMPLASE

23 MAR. 1993

[Handwritten signature]

LA DE CO

[Handwritten signature]

La Notaria Voluntaria del Estado de Bogota... 02 ABR 1993



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



COLEGIO
COLOMBIANO DE
ODONTÓLOGOS

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud



Juan Carlos Torres Prada

Odontólogo

Especialista en Rehabilitación Oral

C.C. 79.244.566

Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, D.C.

Diploma: 06/12/1991
RETHUS: 23/03/1993

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PPF Y CORONAS COMPLETAS		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

1. DEFINICION

Restauración indirecta de cubrimiento completo de una o varias unidades realizadas sobre dientes naturales o implantes de óseo-integración que provee protección, estabilidad, función y estética

2. OBJETIVO

Construir una guía que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con la elaboración de coronas completas y prótesis fija de varias unidades

3. JUSTIFICACION

En la actualidad, una de las causas frecuentes de consulta son caries o fracturas coronales. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de restauración, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con un uso racional y responsable de la misma, con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para la elaboración de coronas completas y sus diferentes alternativas de trabajo.

4. ALCANCE

Tendrá un alcance completo en el diagnóstico y terapéutica a todos los pacientes adultos que consulten para valoración y tratamiento que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado:

1. Dientes anteriores y posteriores con presencia de caries extensas; con poco remanente de estructura dental sana, donde esté indicado realizar una restauración indirecta de cubrimiento completo
2. Dientes anteriores y posteriores con fracturas dentales que comprometen la solidez estructural coronal, donde esté indicado realizar una restauración indirecta de cubrimiento completo
3. Dientes anteriores y posteriores tratados endodónticamente con necesidad de retenedores intrarradiculares colados o complementación de muñón acompañado o no por la utilización de postes prefabricados
4. Dientes anteriores y posteriores que van a ser restaurados por medio de restauraciones indirectas de cubrimiento parcial como carillas e incrustaciones tipo Inlay y Onlay
5. Zonas edéntulas que van a ser rehabilitadas por medio de prótesis fijas con sus respectivos dientes pilares
6. Implantes de óseo-integración que van a ser rehabilitados con coronas completas o prótesis parcial fija.

No se tendrá alcance en la terapéutica en pacientes que presenten pérdidas pequeñas de estructura dental donde el diagnóstico de afección de la estructura dental indica que se puede tratar con otras técnicas restauradoras, menos invasivas como restauraciones directas o indirectas de cubrimiento parcial.

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PPF Y CORONAS COMPLETAS		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

5. POBLACION OBJETO

Pacientes con dentición permanente a quienes por diferentes razones deba realizárseles restauraciones indirectas de cubrimiento total

6. DESARROLLO

6.1. INSTRUMENTAL REQUERIDO

Pieza de Alta velocidad
 Micromotor
 Contrángulo
 Espejo de Boca plano No 5
 Explorador de doble extremo No 5 y 23
 Cucharilla de Black de doble extremo
 Pinzas Algodoneras
 Espátula de Ward
 Espátula Condensador PF3
 Pinzas Kelly
 3 vasos Dappen plásticos
 Pinceles de pelo de Martha N^o 0 y 1
 Fresas de diamante de alta velocidad cilíndricas o troncocónicas de grano grueso y medio, largas de extremo redondeado y plano
 Fresas de diamante de alta velocidad en llama o balón, para caras palatinas y oclusales, de grano grueso y medio
 Fresas de diamante de alta velocidad, troncocónicas de punta fina de grano grueso para romper punto de contacto
 Puntas de caucho de baja velocidad para acrílicos, de tres tipos de abrasión alta, media y baja
 Lija de agua de grano 400 y 600
 Discos de papel

6.2 MATERIALES PARA TEMPORALES

Acrílicos y resinas compuestas de auto polimerización y fotopolimerización, para restauraciones completas y parciales de cubrimiento cuspídeo o intracoronal. Formas plásticas, matrices de acetato, coronas de policarbonato.

Los métodos para su fabricación pueden ser convencionales o por inyección

6.3 PROCEDIMIENTO CLÍNICO

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PPF Y CORONAS COMPLETAS		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

La corona se puede elaborar en metal porcelana (preferiblemente oro) o en una corona libre de metal. El procedimiento para la confección de cualquiera de las coronas es el mismo a excepción de la línea terminal de la preparación del diente.

El procedimiento es el siguiente:

- Se anestesia correctamente el diente que va a ser tratado
- Preparación del muñón, donde va a ir colocada la corona con fresa para talla gruesa; si la corona es libre de metal debe hacerse un hombro pesado para dar espacio a la porcelana; si la corona es en metal porcelana se hará en un hombro liviano.
- Colocación del hilo separador alrededor de la corona con el fin de retraer la encía y poder copiar el margen de sellado.
- Toma de impresión definitiva con silicona pesada y liviana en un solo paso del área a rehabilitar
- Se toma impresión en alginato del maxilar antagonista
- Se toma un registro con cera para mordida
- Envío de impresiones y registro al laboratorio.
- Confección de temporal.
- Prueba de cofia metálica o cerámica dependiendo el tipo de corona
- Selección de color, si la corona es libre de metal la elección del color deberá realizarse posterior a la toma de la impresión definitiva.
- Prueba de porcelana y ajuste de oclusión y contactos prematuros, utilizando papel de articular.
- Envío de corona al laboratorio para que le realicen el glaseado definitivo.
- Cementación definitiva, si es corona metálica la cementación será con cemento de fosfato, si es corona cerámica se realizará con cemento a base de resina.

6.4 CEMENTACIÓN DE PROVISIONALES DE PRÓTESIS FIJA

Previa aplicación de vaselina en la parte exterior del provisional se procede a mezclar en proporción uno a uno de base y catalizador del cemento temporal Temp-bond NE o Free-genol ambos libres de eugenol, se lleva a la parte interna de la restauración y se cementa. Se retiran los excesos, se pasa la seda dental y se verifica la oclusión del paciente.

6.5 RECOMENDACIONES

Objetivos que deben cumplir

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PPF Y CORONAS COMPLETAS		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

- Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Proveer soporte al labio y fonética
- Pronosticar y determinar la función oclusal y fuerzas excesivas
- Analizar espacios meso distales, e interoclusales o intermaxilares
- Observar hábitos de higiene oral del paciente
- Evaluar la acomodación a nuevas posiciones mandibulares y nueva dimensión vertical, si este fuese el caso
- Establecer el plano oclusal

Recomendaciones de manejo clínico

- Evitar contaminación del acrílico con fluidos que pigmenten durante la polimerización
- Siempre debe protegerse la dentina expuesta al acrílico en dientes vitales con petrolato o algún aislante para evitar el paso del monómero residual a la pulpa, por ser altamente citotóxico
- Se deben utilizar acrílicos de baja contracción de polimerización
- Se deben respetar los tiempos y las proporciones de mezcla, y de trabajo para no alterar la polimerización del acrílico y sus propiedades físicas
- Se debe evitar que la reacción exotérmica del acrílico ocurra estando en contacto con el tejido dental en dientes vitales, se debe retirar y puede manejarse como catalizador de la reacción y para aumentar el grado de conversión una sumersión en agua caliente
- El pulido debe realizarse inmediatamente, siendo muy estrictos en la adaptación y la facilidad de limpieza con una superficie lisa y brillante

Criterios de alta

Se considerará de alta cuando el diente se haya restaurado y se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente, el paciente no refiera sintomatología dolorosa o sensibilidad postoperatoria, luego de haber confeccionado la prótesis definitiva.

Indicadores

Indicador de éxito: # coronas colocadas / # coronas fallidas

7. BIBLIOGRAFIA

1. **Rosenstiel S.** Contemporary Fixed Prosthodontics. Mosby Company. 1988
 2. **Castellani D.** La preparación de pilares para coronas metal-cerámicas. Publicaciones Médicas ESPAXS S.A. 1996
 3. **Alvarez Cantoni H.** Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal. Editorial HACHEACE. 1999
 4. **Gross M.** La oclusión en odontología restauradora. Editorial Labor. 1987
 5. **Mallat E.** La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Editorial labor. 1986
-

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PPF Y CORONAS COMPLETAS		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

6. **Owall B.** Prosthodontics, Principles and Management strategies. Mosby-Wolfe. 1996
 7. **Myers G.** Prótesis de coronas y puentes. Editorial Labor, S.A. Cuarta edición. 1976.
 8. **Alonso, Albertini y Bechelli.** Oclusión y diagnóstico en rehabilitación Oral. Editorial Médica Panamericana. 1999
-

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DE PROVISIONALES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

1. DEFINICION

Aparato transitorio que provee protección, estabilidad, función y estética, antes de elaborar una prótesis definitiva.

2. OBJETIVO

Construir una guía que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con la elaboración de provisionales acrílicos.

3. JUSTIFICACION

En la actualidad, una de las causas frecuentes de consulta son caries o fracturas coronales. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de restauración, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con un uso racional y responsable de la misma, con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para la elaboración de provisionales acrílicos y sus diferentes alternativas de trabajo.

4. ALCANCE

Tendrá un alcance completo en el diagnóstico y terapéutica a todos los pacientes adultos que consulten para valoración y tratamiento que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado:

1. Dientes anteriores y posteriores con presencia de caries extensas; con poco remanente de estructura dental sana, donde esté indicado realizar una restauración indirecta de cubrimiento completo
2. Dientes anteriores y posteriores con fracturas dentales que comprometen la solidez estructural coronal, donde esté indicado realizar una restauración indirecta de cubrimiento completo
3. Dientes anteriores y posteriores tratados endodónticamente con necesidad de retenedores intrarradiculares colados o complementación de muñón acompañado o no por la utilización de postes prefabricados
4. Dientes anteriores y posteriores que van a ser restaurados por medio de restauraciones indirectas de cubrimiento parcial como carillas e incrustaciones tipo Inlay y Onlay.
5. Zonas edéntulas que van a ser rehabilitadas por medio de prótesis fijas con sus respectivos dientes pilares
6. Implantes de óseo-integración que van a ser rehabilitados con coronas completas o prótesis parcial fija.

No se tendrá alcance en la terapéutica en pacientes que presenten pérdidas pequeñas de estructura dental donde el diagnóstico de afección de la estructura dental indica que se

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DE PROVISIONALES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

puede tratar con otras técnicas restauradoras, menos invasivas como restauraciones directas o indirectas de cubrimiento parcial.

5. POBLACION OBJETO

Pacientes con dentición permanente a quienes por diferentes razones deba realizárseles restauraciones indirectas de cubrimiento total

6. DESARROLLO

6.1 Instrumental requerido

Pieza de Alta velocidad
 Micromotor
 Contrángulo
 Espejo de Boca plano No 5
 Explorador de doble extremo No 5 y 23
 Cucharilla de Black de doble extremo
 Pinzas Algodoneras
 Espátula de Ward
 Espátula Condensador PF3
 Pinzas Kelly
 3 Vasos Dappen plásticos
 Pinceles de pelo de Martha N^o 0 y 1
 Fresas de diamante de alta velocidad cilíndricas o troncocónicas de grano grueso y medio, largas de extremo redondeado y plano
 Fresas de diamante de alta velocidad en llama o balón, para caras palatinas y oclusales, de grano grueso y medio
 Fresas de diamante de alta velocidad, troncocónicas de punta fina de grano grueso para romper punto de contacto
 Puntas de caucho de baja velocidad para acrílicos, de tres tipos de abrasión alta, media y baja
 Lija de agua de grano 400 y 600
 Discos de papel

6.2 Materiales para temporales

Acrílicos y resinas compuestas de auto polimerización y fotopolimerización, para restauraciones completas y parciales de cubrimiento cuspídeo o intracoronal. Formas plásticas, matrices de acetato, coronas de policarbonato.

Los métodos para su fabricación pueden ser convencionales o por inyección

6.3 Procedimiento clínico

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DE PROVISIONALES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Restauraciones que requieren provisionales

1. Coronas completas o Prótesis Fija
2. Incrustaciones tipo Onlay o Inlay
3. Prótesis Removibles Parciales o Totales

1. Coronas completas o Prótesis Fija

Se preferirán los provisionales de termocurado hechos en el laboratorio con una impresión previa y se rebasará y adaptará directamente en boca del paciente.

Si es de una corona individual se pueden hacer **provisionales en bloque** (Ver técnicas adelante)

2. Incrustaciones tipo Onlay o Inlay

Se pueden realizar en acrílico de auto polimerización o con resinas especiales de fotopolimerización para provisionales. Si es de auto, se harán también en bloque como el paso anterior y si es de foto curado, se colocan dentro de la cavidad materiales como Fermit u Inlay/Onlay System, que se amoldan al cavidad y se fotopolimerizan , estos pueden o no cementarse

3. Prótesis Removibles Parciales o Totales

Se pueden utilizar prótesis transicionales mucosoportadas realizadas previamente en el laboratorio con o sin retenedores extracoronales metálicos o de plástico transparente

Si se van a mantener las prótesis antiguas mientras se confeccionan las nuevas se pueden utilizar rebases o acondicionadores de tejido que son sistemas de autopolimerización, que se consideran provisionales, ya que son altamente porosos, inestables dimensionalmente y cambian de color con facilidad, así que deben cambiarse máximo cada dos semanas.

6.4 Técnicas para la fabricación de provisionales

a. Técnica directa:

Provisionales en bloque. Tiene como ventajas el ahorro de tiempo y dinero del odontólogo y paciente, posibilidad de corroborar color, contorno y textura directamente con los dientes adyacentes y la colaboración directa del paciente en cuanto al ajuste de oclusión, color y resultados finales, además, no se requiere toma de impresión. Tiene algunos inconvenientes como un bajo grado de conversión, la posibilidad de desadaptaciones marginales y pigmentación de márgenes, y mayor dificultad en la conformación del punto de contacto y más difícil el pulido y brillo.

- Se hace un balón de material de acrílico de autocurado en fase elástica

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DE PROVISIONALES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

- El paciente ocluye
- Se remueven excesos y se contornea
- Se retira en estado plástico, se pule y se brilla

Provisionales con impresión o matriz previa

- Se toma una matriz en alginato, silicona de condensación o masilla de silicona de adición, del diente antes de ser preparado o de un encerado diagnóstico previamente realizado sobre un modelo de trabajo
- Se carga con el material seleccionado y se introduce en la boca posicionándolo adecuadamente
- Se espera a que el material polimérico se encuentre en la fase plástica
- Se retira de boca y de la matriz, se remueven excesos y se contornea
- Se rebasa o se remargina según las necesidades en cada caso
- Se pule y se brilla

b. Técnicas Indirectas: Cáscara de huevo, con matriz de acetato, con formas de policarbonato, de termocurado y dientes de prótesis total.

En todos los casos debe adaptarse el diente preformado, para poder rebasarlo con acrílico de autocurado, tratando de equilibrar la oclusión, la medida mesodistal, el color y la forma a los dientes adyacentes. Sus ventajas estéticas, menor contracción de polimerización, mayor grado de conversión, mejor adaptación y delimitación de los márgenes, posibilidad con diferentes tipos de materiales o técnicas excelente acabado final y posibilidad de restaurar adecuadamente puntos de contacto proximales e interoclusales.

Los provisionales de termocurado requieren mayor tiempo intercitas y costo de laboratorio, para paciente y odontólogo, necesidad de toma de impresión, y confección de un modelo de trabajo.

6.5 Técnica de pulido

Para dar la forma general se utilizan pimpollos en forma troncocónica para las caras libres y de cono invertido para la morfología oclusal. La individualización y contorno se puede hacer con discos de lija.

Se pueden lograr superficies lisas y brillantes con el uso de puntas de caucho abrasivas de baja velocidad puliendo progresivamente de la más abrasiva a la menos abrasiva. Seguidas por cepillos duros impregnados con tiza francesa o felpas que van a dar el brillo final.

Cementación de provisionales de prótesis fija

Previa aplicación de vaselina en la parte exterior del provisional se procede a mezclar en proporción uno a uno de base y catalizador del cemento temporal Temp-bond NE o Free-

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DE PROVISIONALES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

genol ambos libres de eugenol, se lleva a la parte interna de la restauración y se cementa. Se retiran los excesos, se pasa la seda dental y se verifica la oclusión del paciente.

Recomendaciones

Objetivos que deben cumplir

- Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Orientar la forma y enfilado en las restauraciones definitivas
- Proveer soporte al labio y fonética
- Pronosticar y determinar la función oclusal y fuerzas excesivas
- Analizar espacios mesodistales, e interoclusales o intermaxilares
- Observar hábitos de higiene oral del paciente
- Evaluar la acomodación a nuevas posiciones mandibulares y nueva dimensión vertical, si este fuese el caso
- Establecer el plano oclusal
- Determinar una vía de inserción
- Proyectar del diseño de pónicos
- Valorar las demandas estéticas

Estética

Deben tener adecuada forma, color, textura, translucidez, y visualización para el clínico y para el paciente de lo que podría ser la apariencia de la restauración definitiva

Estabilidad Posicional

Deben ser mantenedores de espacio, para que en sentido mesodistal y ocluso-gingival los dientes adyacentes no vayan a migrar y a disminuir las posibilidades de espacio para una óptima restauración.

Proyección de esquema oclusal

Deben tener un esquema oclusal proyectado en el paciente, para lograr estabilidad funcional en el sistema

6.7 Recomendaciones de manejo clínico

- Evitar contaminación del acrílico con fluidos que pigmenten durante la polimerización
- Siempre debe protegerse la dentina expuesta al acrílico en dientes vitales con petrolato o algún aislante para evitar el paso del monómero residual a la pulpa, por ser altamente citotóxico
- Se deben utilizar acrílicos de baja contracción de polimerización
- Se deben respetar los tiempos y las proporciones de mezcla, y de trabajo para no alterar la polimerización del acrílico y sus propiedades físicas

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DE PROVISIONALES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

- Se debe evitar que la reacción exotérmica del acrílico ocurra estando en contacto con el tejido dental en dientes vitales, se debe retirar y puede manejarse como catalizador de la reacción y para aumentar el grado de conversión una sumersión en agua caliente
- El pulido debe realizarse inmediatamente, siendo muy estrictos en la adaptación y la facilidad de limpieza con una superficie lisa y brillante

6.8 Criterios de alta

Se considerará de alta cuando el diente se haya restaurado y se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente, el paciente no refiera sintomatología dolorosa o sensibilidad post-operatoria, luego de haber confeccionado la prótesis definitiva. Se debe aclarar al paciente que la restauración provisional es un paso para alcanzar el objetivo final que es la cementación de la restauración definitiva y que la durabilidad a mediano y largo plazo no es buena.

Indicadores

Indicador de éxito: # provisionales colocados / # coronas cementadas

7. BIBLIOGRAFIA

1. **Rosenstiel S.** Contemporary Fixed Prosthodontics. Mosby Company. 1988
2. **Castellani D.** La preparación de pilares para coronas metal-cerámicas. Publicaciones Médicas ESPAXS S.A. 1996
3. **Alvarez Cantoni H.** Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal. Editorial HACHEACE. 1999
4. **Gross M.** La oclusión en odontología restauradora. Editorial Labor. 1987
5. **Mallat E.** La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Editorial labor. 1986
6. **Owall B.** Prosthodontics, Principles and Management strategies. Mosby-Wolfe. 1996
7. **Myers G.** Prótesis de coronas y puentes. Editorial Labor, S.A. Cuarta edición. 1976.
8. **Alonso, Albertini y Bechelli.** Oclusión y diagnóstico en rehabilitación Oral. Editorial Médica Panamericana. 1999

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

1. DEFINICION

Elemento intra-radicular que provee retención para reconstruir la porción coronal faltante en un diente que va a recibir una restauración indirecta de cubrimiento completo de una o varias unidades realizadas sobre dientes naturales

2. OBJETIVO

Construir una guía que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con la elaboración de retenedores intra-radicales que sirven de soporte para retener coronas completas y prótesis fija de varias unidades

3. ALCANCE

Tendrá un alcance completo en el diagnóstico y terapéutica a todos los pacientes que consulten para valoración y tratamiento que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado:

SELECCIÓN DEL PACIENTE: Todos los pacientes que consulten para valoración y presenten alguna de estas condiciones:

1. Dientes anteriores y posteriores tratados endodóticamente con presencia de caries extensas; con poco remanente de estructura dental sana, donde esté indicado realizar una restauración indirecta de cubrimiento completo
2. Dientes anteriores y posteriores tratados endodóticamente con fracturas dentales que comprometen la solidez estructural coronal, donde esté indicado realizar una restauración indirecta de cubrimiento completo
3. Dientes anteriores y posteriores tratados endodóticamente con necesidad de retenedores intrarradicales colados o complementación de muñón acompañados o no por la utilización de postes prefabricados

4. POBLACION OBJETO

Pacientes con dentición permanente a quienes por diferentes razones deba realizárseles restauraciones indirectas de cubrimiento total y presentan cantidad insuficiente de remanente coronal para proveer soporte y retención a la restauración definitiva.

5. JUSTIFICACION

En la actualidad, una de las causas frecuentes de consulta son caries o fracturas coronales. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de restauración, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para la

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

elaboración de retenedores intra-radicales para la rehabilitación con coronas completas y prótesis fijas de varias unidades.

6. DESARROLLO

Caries con compromiso pulpar: Si la caries compromete la pulpa es necesario realizar tratamiento de endodoncia (Ver Patología pulpar). si involucra más de cuatro superficies se realizará núcleo y corona.

6.1 Objetivos que deben cumplir

- Ayudar a devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la retención en las restauraciones definitivas
- Proveer soporte al material reconstructor
- Soportar la función oclusal

6.2 Instrumental requerido

Pieza de Alta velocidad
 Micromotor
 Contrángulo
 Espejo de Boca plano No 5
 Explorador de doble extremo No 5 y 23
 Cucharilla de Black de doble extremo
 Pinzas Algodoneras
 Espátula de Ward
 Espátula Condensador PF3
 Pinzas Kelly
 3 Vasos Dappen plásticos
 Pinceles de pelo de Martha N^o 0 y 1
 Fresas de diamante de alta velocidad cilíndricas o troncocónicas de grano grueso y medio, largas de extremo redondeado y plano
 Fresas de diamante de alta velocidad en llama o balón, para caras palatinas y oclusales, de grano grueso y medio
 Fresas de diamante de alta velocidad, troncocónicas de punta fina de grano grueso para romper punto de contacto
 Fresas de Peeso N^o 1 y 2
 Fresas específicas para preparación de conductos de cada sistema de postes prefabricados
 Puntas de caucho de baja velocidad para acrílicos, de tres tipo de abrasión alta, media y baja

6.3 Consideraciones generales

La restauración de dientes tratados endodónticamente ha sido de gran controversia por muchos años. Es de conocimiento general que son más propensos a la fractura, aunque se encuentra información que sustenta que tienen mayores requerimientos mecánicos al ser restaurados, que un diente sano. Algunos aspectos a considerar son:

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Pérdida de la Humedad: La humedad de la dentina coronales de aproximadamente 13.2%, pero la dentina coronal tiene el doble de túbulos que la dentina radicular, presumiblemente esta última tiene menos cantidad de humedad que la dentina coronal. En 1972 Helfer, determinó la pérdida de humedad en dientes de perros por medio de desecación, encontrando que esta era del 9%; concluyendo así que puede haber un incremento en la fragilidad por la pérdida de la humedad.

Cambios de Arquitectura: Los procedimientos endodónticos reducen la resistencia a la flexión de un diente en un 5% por la preparación y la apertura al canal. Una cavidad MOD, reduce la resistencia a la flexión en 60%. Con esto se concluye que la pérdida de resistencia es el resultado de la pérdida de estructura coronal y no necesariamente debido al tratamiento de endodoncia.

Alteración del colágeno: El colágeno está formado por subunidades de tropocolágeno, estos se van polimerizando hasta formar cadenas cruzadas de 70nm, y cadenas principales de 280nm, alcanzando así, los valores máximos en sus propiedades como son rigidez y resistencia a la tensión. En los dientes tratados endodónticamente se producen cambios anatómicos y químicos que hacen disminuir las propiedades físicas del colágeno.

6.4 Materiales para confección del patrón de núcleo

Acrílicos de auto polimerización de baja contracción y buena estabilidad dimensional mientras se realiza el colado Tipo Duralay o Patter Resin.

6.5 Clasificación de dientes unirradiculares despulpados

Según estructura coronal remanente:

Clase I: Suficiente estructura supragingival.
Clase II: Insuficiente estructura dental.
Clase III: Solo permanece la raíz.

Según longitud (relación corona/raíz):

Largo: Longitud apico – coronal > a 8 mm
Medio: 5-8mm.
Corto: menor de 5mm

Según disposición de las paredes del canal:

Tipo A: Paredes paralelas.
Tipo B: Paredes cónicas del primer cuarto radicular.
Tipo C: Paredes de tres cuartos radiculares cónicas.

6.6 Requisitos de los retenedores intra-radicales

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Retención

Prevención del desalojo de la restauración a lo largo de la vía de inserción

Formas de retención

- Geometría de la preparación.
- Longitud del retenedor. Al aumentar la longitud de 7 a 11mm se aumenta la retención en un 30 %.
- Diámetro del retenedor.
- Textura de la superficie
- Agente cementante.

Resistencia

Prevención del desalojo de la restauración debido a las fuerzas oblicuas

Formas de resistencia

- Distribución de tensiones adecuada
- A mayor longitud menor tensión
- Postes cónicos mejor distribución de esfuerzos
- Ángulos agudos producen grandes tensiones

Preparación del diente antes de colocar un e.r.i.

Efecto ferrule

El efecto ferrule es el procedimiento de preparación del diente donde se realiza un bisel y contra bisel a la entrada del conducto de 360° para que el núcleo o material reconstuctor abrace el diente remanente sano. Este diseño que rodea al diente lo proteje y previene el efecto de cuña, fracturas verticales y aumenta la resistencia

Poste y reconstuctor

Es necesario tener claro cuál debe ser la altura del poste, la altura del muñón, poder realizar el efecto ferrule, garantizar un ajuste pasivo y lograr la longitud adecuada del poste. No debe quedar más de 2 mm de material reconstuctor de muñón más arriba de la cabeza del poste, por el riesgo de fractura

Longitud del retenedor

Debe tener una relación de 2 a 1 es decir el doble de la longitud intra-radicular que el brazo de palanca generada por la altura de la corona clínica, teniendo en cuenta que la longitud coronal funcional se mide de la altura de la cresta hasta el ápice de la raíz del diente.

6.7 Procedimiento clínico

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Técnicas para la fabricación de provisionales

a. Técnica directa:

Directamente tomando el patrón de núcleo en el paciente.

Tiene como ventajas el ahorro de tiempo para odontólogo y paciente, posibilidad de corroborar adaptación, longitud y forma directamente, además, no se requiere toma de impresión. Tiene algunos inconvenientes como la contracción de polimerización del acrílico dentro del conducto y más tiempo cuando son varios patrones por realizar.

- Se desobtura el conducto 2/3 de la longitud de la raíz funcional, tratando de respetar mínimo 4 mm de obturación endodóntica.
- Se controla radiográficamente la desobturación.
- Se prueba la entrada libre del duralpin.
- Se prepara el acrílico y se lleva con léntulo o pincelándolo en el duralpin, dentro del conducto.
- Se retira en estado elástico, para evitar retención dentro del conducto durante la polimerización y se rebasa si han quedado burbujas con aplicaciones localizadas de acrílico fluido.
- Se termina de construir el muñón con técnica de polvo-líquido o con espátula haciendo los agregados necesarios.
- Se espera a que termine la polimerización del acrílico.
- Se prepara y configura con todas las normas de preparación para corona completa.
- Se envía a laboratorio para el colado, ojalá en las siguientes 24 horas, sin sumergirlo en líquido mientras el colado.
- El colado debe realizarse en oro Tipo III o IV.

b. Técnicas Indirectas:

Se realiza con la toma de impresión de la parte interna de los conductos radiculares:

Se toma impresión con silicona de adición, se llevan duralpins con silicona liviana a la parte interna de los conductos y se toma una impresión de arrastre en un solo paso con masilla y silicona liviana o silicona de media viscosidad y liviana del resto de las preparaciones, de los dientes y tejidos blandos. Sus ventajas mayor estabilidad en el manejo de la contracción de polimerización porque es sobre el modelo de trabajo obtenido con la impresión, mejor adaptación y delimitación de los márgenes, técnicas excelentes de acabado final y posibilidad de restaurar adecuadamente varios dientes a la vez con núcleos colados, garantizando el paralelismo entre las preparaciones.

Requiere mayor tiempo inercitas y costo de laboratorio, para paciente y odontólogo, necesidad de toma de impresión, y confección de un modelo de trabajo.

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Recomendaciones de manejo clínico

- Evitar contaminación del acrílico con fluidos que alteren la polimerización.
- Siempre debe aislarse el conducto con petrolato o algún aislante para evitar que se retenga.
- Se deben utilizar acrílicos de baja contracción de polimerización.
- Se deben respetar los tiempos y las proporciones de mezcla, y de trabajo para no alterar la polimerización del acrílico y sus propiedades físicas.
- Se debe evitar que se contraiga estando en contacto con el tejido dental, se debe retirar e introducir constantemente.
- Debe enviarse bien pulido al laboratorio para no tener que re-prepararlo luego en la cita de cementado, cuando el cemento ha logrado todavía sus características ideales de endurecimiento.

Cementación de postes y agentes cementantes

En el mercado se encuentran diferentes posibilidades materiales cementantes, pero la elección depende de sus propiedades, ventajas y desventajas y el tipo de material a ser cementado y en qué tipo de tejido. Entre ellos tenemos:

Cemento de Fosfato de Zinc
 Cemento de Policarboxilato de Zinc
 Cemento de Ionómero Vítreo
 Cemento de Resina
 Cemento de Ionómero de Vidrio modificado con resina
 Cemento de resina modificado con poliácido (compómero)

Para la cementación de postes es adecuada la utilización de un cemento de resina dual o de autopolimerización. Los cementos de resina tienen como ventaja su adhesión a estructura dental y a diferentes materiales, su resistencia a la disolución en medio acuoso y sus propiedades mecánicas y ópticas, haciéndolo el cementante de elección en estos casos.

Para poder realizar una técnica adecuada es necesario conocer la preparación previa requerida para cada material necesaria para su unión con la resina. Se pueden encontrar resinas a base de 4 META o de Bis-GMA o UDMA, como: Panavia (Kuraray), Scotchbond Resin Cement (3M), Rely-X ARC (3M), Nexus (Kerr), Variolink II y Multilink (Vivadent) y Calibra (Dentsply).

Tipos de postes

SEGÚN LA TÉCNICA DE COLOCACIÓN: Cementados y Atornillados
 SEGÚN LAS PAREDES: Paralelos y Ahusados
 SEGÚN LA SUPERFICIE: Lisos, estriados y aserrados
 SEGÚN EL DIÁMETRO: Cilíndricos y Elípticos
 SEGÚN EL MATERIAL: Plásticos (Resina), Mixtos (Resinas con corazón metálico), Cerámicos y Óseos

Sistemas de postes

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Parapost XT

Cilíndrico.

Diseñado para muñón reconstructor en amalgama y para dientes multirradiculares.

Acero inoxidable y aleación de titanio.

Longitud de 19 mm.

ParaPost Fiber White

Composición:

Fibra de vidrio, sulfato de bario, Borosilicato, bisGMA, UDMA.

Forma cilíndrica.

Radiopaco.

FRC Postec Vivadent

Fibra de vidrio reforzada con resina compuesta.

Resistencia a la fractura.

Módulo elástico similar a la dentina.

Alta retención por técnica adhesiva.

Anteriores y posteriores.

Procedimiento

- Se debe desobturar el conducto con fresa de peso E instrumentos rotarios década sistema
- Debe hacer una limpieza dependiendo del cementante, si es con Fosfato de Zinc: Peróxido de Hidrógeno o Ácido Poliacrílico; con Ionómeros de Vidrio: Ácido poliacrílico o Ácido Tánico y Cementos de Resina: Ácido Poliacrílico, EDTA o ácido fosfórico o Hipoclorito de Sodio (2.5%).
- Aislamiento de campo absoluto, se hace grabado ácido con ácido fosfórico al 37% por 5 sg, se lava con una jeringa de insulina para llegar hasta la zona más profunda, se seca con puntas de papel • Se aplica el adhesivo, se debe impregnar el aplicador, tratar de no sobremojear, aplicar siempre dos capas, airear para evaporar el solvente y homogenizar la capa y no fotopolimerizar para evitar pérdida de asentamiento
- Se prepara el cementante según las instrucciones del fabricante. Este está conformado por pasta Base y Catalizadora, que debe evitar una mezcla fuerte por posibilidad de incorporación de burbujas, retraso en el proceso de polimerización y reducción de las propiedades mecánicas
- Se introduce cemento al conducto y se le aplica al poste, si es posible empacarlo con léntulo, se deben hacer dos movimientos: uno inicial llevando el poste al punto de máximo asentamiento y uno final retirándolo parcialmente y volviéndolo a llevar al punto de máximo asentamiento para retirar la burbuja de aire.
- Se polimeriza si el adhesivo es dual, 40 segundos por cada superficie y se procede a realizar la reconstrucción del muñón.

Principios biomecánicos para la selección del material reconstructor

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

1. La biocompatibilidad.
2. Propiedades fisicoquímicas.
3. Características de manipulación.
4. Estética.
5. Economía.

De la misma manera se requiere la evaluación de muchos factores, como la resistencia compresiva y tensil diametral del material, resistencia de unión, liberación de flúor, método de retención o capacidad adhesiva, estabilidad a través del tiempo, consideraciones estéticas, radiopacidad, con un mínimo de filtración y de rápido endurecimiento.

Materiales restaurables

Comúnmente se han usado las amalgamas, las resinas compuestas y los cementos de ionómero de vidrio, cada uno con sus ventajas y desventajas

Amalgama

Material que se utilizó anteriormente por su autosellado por corrosión, capaz de reemplazar la arquitectura biológica dental perdida. El margen para una corona protésica debe extenderse por lo menos 2 mm circunferencialmente alrededor del diente sano. La principal desventaja de la amalgama es la falta de adhesión a la estructura dentaria; requiriendo un diseño cavitario con retención mecánica.

El advenimiento de la técnica de amalgamas adheridas los agentes adhesivos pueden formar una interfase estable y duradera entre la amalgama y la estructura dental con disminución de la microfiltración, incrementando la retención y fortaleciendo el diente restaurado, pero en la actualidad hay materiales que pueden proporcionar mejores resultados clínicos como reconstructores

Ionómeros de vidrio

Exhiben adhesión a esmalte y a dentina por medio de la reacción de quelación al calcio, liberan flúor, poseen buena resistencia a la disolución ácida, son translúcidos y poseen un bajo coeficiente de expansión térmica. Pero tienen una inherente pérdida de resistencia, sensibilidad a la humedad, características adhesivas variables, radiolucidez y su fragilidad siendo desventajas significativas. Pueden ser usados como complementadores de muñón cuando existen socavaduras o pérdidas pequeñas de estructura dental, no mayores al 40 o 50 %.

Ionómeros de vidrio modificados con resina

Estos cementos modificados con resina contienen una adición de resina de fotocurado. El polvo del cemento contiene vidrio de fluoraluminosilicato radiopaco, Estos cementos modificados con resina contienen una adición de resina de fotocurado. El polvo del cemento contiene vidrio de fluoraluminosilicato radiopaco, un persulfato de potasio micro encapsulado y un sistema catalizador de ácido ascórbico.

El líquido de la solución de ácido policarboxílico modificado con grupos metacrilatos.

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Estos también contienen HEMA y ácido tartárico. Los cementos de Fotocurado contienen vidrio de fluoraluminosilicato en el polvo y un copolímero de ácido acrílico y maléico, HEMA, agua, camforoquinonas y un activador en el líquido.

Tienen dos reacciones fundamentales de endurecimiento:

- 1) Una lenta reacción ácido-base entre el polvo de vidrio y el ácido orgánico ; y
- 2) Una polimerización inmediata inducida fotoquímicamente del componente de metacrilato de la resina.

Cuando se introdujeron por primera vez, fueron vulnerables a la contaminación con agua, durante la primera hora de polimerización. Estos materiales presentan bajos valores de radiopacidad cuando se comparan con materiales restauradores metálicos.

Los cementos híbridos presentan mejor resistencia de unión que los cementos convencionales por su contenido de resina. Como reconstructores de muñón han ganado popularidad desde la década pasada, pero las resinas compuestas han logrado superar las expectativas.

Para este uso se han tenido en cuenta sus propiedades como la expansión térmica comparable a la estructura dental natural, capacidad para ser preparado inmediatamente, baja microfiltración, liberación de flúor y unión química a la dentina. Su manipulación debe ser cuidadosa en cuanto a la relación polvo-líquido y el control de la humedad.

Cada material requiere un diferente pretratamiento dentinal, por ejemplo :

Fuji II LC (GC) con ácido poliacrílico ; Vitremer Rely-X (3M), autograbado con imprimador ; y Variglass VLC (Caulk/Dentsply), con imprimador Probond Primer. Se debe esperar un tiempo aproximado de 3 min para permitir que se genere la reacción ácido-base y luego si se procede a polimerizar. La liberación de flúor de los cementos híbridos, al igual que en los cementos de ionómero de vidrio convencionales, depende de la composición del material, del contenido inicial de flúor en el vidrio, de los tiempos de mezcla y cristalización, y los cambios de pH del medio.

El Vitremer reconstructor de muñón (3M) es un sistema de ionómero de vidrio modificado que ofrece tres formas de curado ; puede ser fotopolimerizado, tener una reacción de autocurado por radicales libres y

una reacción ácido-base por su contenido de ionómero, al cual se le atribuye la liberación de flúor a largo plazo y una buena adhesión a la estructura dental. También es un material adecuado como complementador de muñón, es decir no restaurar más del 50% de la corona clínica perdida.

Resinas compuestas

Desde su advenimiento en 1960 las resinas compuestas para restauraciones en anteriores, a pesar de que han tenido grandes mejoras y sus indicaciones han sido expandidas, aunque todavía tienen limitaciones en su uso.

Para la reconstrucción de muñones es necesario tener buena adhesión a tejido dentario para disminuir la microfiltración y tener óptimas propiedades físico-mecánicas para

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE RETENEDORES INTRARADICUALRES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

soportar cargas. Las resinas compuestas con alto contenido de relleno inorgánico son los materiales de elección para la reconstrucción de muñones en la actualidad

Criterios de alta

Se considerará de alta cuando el diente se haya restaurado y se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente, el paciente refiere comodidad, luego de haber confeccionado la corona definitiva. Se debe aclarar al paciente que la colocación del poste o núcleo es un paso para terminar la restauración definitiva y que la restauración provisional tiene una durabilidad a mediano y largo plazo que no es adecuada

Indicadores

Indicador de éxito: # retenedores o raíces fallidas por causa del retenedor a los dos años / # de retenedores cementados.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Karl-Johan Söderholm, D.D.S., M. Phil., Odont. DR.; Angelo Mariotti, D.D.S., Ph.D.. BIS-GMA-BASED RESINS IN DENTISTRY: ARE THEY SAFE?. JADA, Vol. 130, February 1999.
2. Kugel G & Ferrari M. The science of bonding: From first to sixth generation. Journal of the American Dental Association. 2000
3. La evolución de la adhesión a dentina. Av Odontoestomatol v.20 n.1 Madrid ene.-feb. 2004
4. Lbers H.F. ODONTOLOGÍA ESTÉTICA. SELECCIÓN Y COLOCACIÓN DE MATERIALES. Ed. Labor 1988.
5. Guzmán Humberto José. BIOMATERIALES ODONTOLÓGICOS DE USO CLÍNICO. ECOE Ediciones 3ª Edición. Bogotá, Colombia 2003.
6. J.E. Dhale, U. Pallesen. TOOTH BLEACHING - A CRITICAL REVIEW OF THE BIOLOGICAL ASPECTS. Crit. Rev. Oral Biol. Med. 2003 Vol.14 No.4
7. Jacobsen T & Soderhold K. Some effects of water on dentin bonding. Dental Materials. 1995.
8. Rosenstiel S. Contemporary Fixed Prosthodontics. Mosby Company. 1988
9. Castellani D. La preparación de pilares para coronas metal-cerámicas. Publicaciones Médicas ESPAXS S.A. 1996
10. Alvarez Cantoni H. Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal. Editorial HACHEACE. 1999

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

1. DEFINICION

Aparato protésico removible que reemplaza artificialmente dientes en un paciente edéntulo parcial de uno o ambos arcos dentales.

2. OBJETIVO

Construir una guía que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con la elaboración de prótesis parcial removible

3. JUSTIFICACION

Una causa frecuente de consulta es la pérdida de dientes asociada a diferentes factores. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de restauración, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con un uso racional y responsable de la misma, con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para la elaboración de prótesis parcial removible para la rehabilitación de pacientes edéntulos parciales

4. ALCANCE

Tendrá un alcance completo en el diagnóstico y terapéutica a todos los pacientes adultos que consulten para valoración y tratamiento que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado:

1. Pacientes con dientes naturales remanentes, y que algunos de ellos tengan extracción indicada por razones dentales o periodontales y no está indicado realizar procedimientos de prótesis fija, por la longitud del tramo edéntulo, por el estado de los dientes pilares, o por factores económicos.
2. Pacientes que no presentan rehabilitación de los espacios edéntulos y está indicado rehabilitarse con prótesis parcial removible por el tamaño del tramo a restaurar
3. Pacientes que presentan rehabilitación con prótesis parcial removible que debe ser reemplazada por razones de estabilidad, soporte, retención, falta de estética o función masticatoria
4. Pacientes a los que se les van a realizar tratamientos de óseo-integración y requieren prótesis transicionales parciales removibles

Estas condiciones pueden ser diagnosticadas y tratadas en la Clínica, al cumplir con los criterios de alta expuestos en esta guía.

Si el paciente va a ser restaurado con prótesis implantosoportadas o implantoretenida, ya sea sobredentadura o prótesis fija, será remitido a Rehabilitación Oral y cirugía oral y maxilofacial.

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

5. POBLACION OBJETO

Pacientes mayores de 18 años quienes por diferentes razones se encuentran edéntulos parciales de uno o ambos arcos dentales.

6. DESARROLLO

6.1. Consideraciones generales

Objetivos que deben cumplir

- Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Proveer soporte al labio y fonética
- Recuperar la función oclusal
- Recuperar dimensión vertical, si este fuese el caso
- Establecer un adecuado plano oclusal
- Recuperar estéticas

6.2 Instrumental requerido

1. Micromotor
2. Contrángulo
3. Espejo de Boca plano No 5
4. Espátula llana
5. Espátula Contorneadora de cera
6. Espátula Siete A
7. Espátula para mezclar cemento
8. Pimpollos gruesos
9. 2 Vasos Dappen plásticos
10. Rodetes de cera rosada
11. Loseta de vidrio
12. Cubetas metálicas para toma de impresión
13. Tasa de caucho
14. Espátula de alginato
15. Platina de Fox
16. Puntas de caucho de baja velocidad para acrílicos, de tres tipos de abrasión alta, media y baja
17. Regla flexible
18. Carta para selección de dientes
19. Guía de color acrílica

6.3 Procedimiento clínico

- a. Toma de impresiones preliminares en alginato

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

- b. Elaboración del diseño de la estructura metálica guiándose por el análisis del modelo y de los dientes pilares de las zonas de retención y vía de inserción en el paralelómetro
- c. Si es necesario se hacen planos guía y nichos para apoyos oclusales.
- d. Toma de impresión definitiva con alginato siliconado o silicona de adición de mediana viscosidad o con mercaptano.
- e. Adaptación y prueba de estructura metálica según diseño planteado al laboratorio
- f. Orientación del rodete en cera con las referencias de oclusión, fonética y estética
- g. Hacer montaje en articulador con la toma del registro de relación bicondilo y de oclusión con los rodetes en cera ya orientados
- h. Hacer el enfilado de dientes según la selección hecha previamente
- i. Hacer las pruebas de dientes para corroborar oclusión, estética, dimensión vertical y fonación
- j. Toma de impresión definitiva con pasta zinquenólica o con silicona liviana en la zona de los rebordes edéntulos sobre todo en prótesis a extremo libre
- k. Acrilado preferiblemente en acrílico de alto impacto
- l. Adaptación de la prótesis en boca haciendo los ajustes oclusales y de la base protésica necesarios
- m. Se deben realizar controles inmediatos y periódicos luego de la colocación de la prótesis para hacer los ajustes necesarios

Si se deben hacer ajustes o desgastes selectivos se pueden lograr superficies lisas y brillantes con el uso de puntas de caucho abrasivas de baja velocidad puliendo progresivamente de la más abrasiva a la menos abrasiva. Seguidas por cepillos duros impregnados con tiza francesa o felpas que van a dar el brillo final.

6.4 Recomendaciones

Debe hacerse un análisis previo de cada caso para su planeación en diseño

Análisis de modelos articulados

Todo diagnóstico oclusal y el análisis de los dientes pilares deberá ir acompañado de los modelos de la boca del paciente con sus respectivos registros y montaje en el articulador. Se fundamentará en un análisis estático y uno dinámico o funcional.

Análisis Estático

Este examen consiste en la observación de las áreas desdentadas y dentadas sobre los modelos y su ventaja radica en la ausencia de tejidos blandos que permite la visualización de diferentes detalles en los tres planos del espacio.

La evaluación incluye:

- Forma del arco
- Áreas edéntulas
- Altura del reborde marginal
- Forma: contorno coronal y su relación con las estructuras de soporte
- Posición dental: alineación con respecto al arco e inclinaciones
- Facetas de desgaste

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

- Fracturas
- Sobremordida vertical y horizontal
- Línea media dental
- Relación canina y molar

Análisis Funcional

Es importante para el reconocimiento de todos los aspectos oclusales a los cuales está sometido el diente pilar y su interrelación en el diagnóstico, plan de tratamiento y ejecución, sirviendo como instrumento de estudio, registro pretratamiento y para realizar encerados diagnósticos, que permitan una mejor visualización de las posibles soluciones restaurativas.

Se evaluarán los siguientes aspectos:

- Relación Inter-arco
- Relación diente-diente
- Relación entre la oclusión en relación céntrica y máxima intercuspidadación
- Movimientos excursivos
- Contactos prematuros e interferencias
- Patrones de desgaste

Se debe hacer una valoración de un diente como pilar de prótesis removible

- En algunas circunstancias está indicado el uso de los pilares para la confección de una restauración removible cuando:
- Se requiere soporte vertical en un reborde edéntulo, en ausencia de un pilar distal para hacer prótesis fija
- Se necesita resistencia a movimientos laterales y se requiere de dientes contralaterales y tejidos blandos para asegurar la estabilidad en un espacio edéntulo largo
- Cuando la pérdida de hueso en la región anterior afectaría la estética de los púnticos con una prótesis parcial fija y generaría una apariencia inaceptable para el paciente
- Cuando se desea realizar el mínimo de desgaste en los dientes remanentes

Se deben conocer los mecanismos de retención extra coronal de una Prótesis Removible

Prótesis removible con ajustes

El uso de ajustes tiene dos ventajas, una, es la eliminación de un componente retentivo visible y de un soporte vertical visible por medio de un lecho para apoyo ubicado más favorablemente en relación con el eje horizontal del diente pilar ofrece cierta estabilidad horizontal, similar a un apoyo, pero, por lo general, es deseable contar con cierta estabilización adicional extra coronaria.

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Este tipo de retenedores puede ser ajustes extra-coronales fijados en el diente pilar o retenedores de abrazadera adaptados a la superficie exterior de la corona del diente pilar y son colados con la estructura de la prótesis.

• **Ajustes extra coronarios** – Son los retenedores que generan más tensión sobre el diente pilar por lo que es deseable que el mismo esté ferulizado a otro diente adicional, por lo tanto, deben prepararse en dos dientes contiguos, según el tipo de reborde marginal y la movilidad de los dientes pilares en que se va a apoyar la prótesis.

- Requieren de una altura adecuada, ya que su ubicación debe ser estratégica en la zona lateral del diente pilar. Se dificulta su ubicación en dientes cortos.
- Se debe analizar el tamaño de la cámara pulpar, pues quizá se requiera tratamiento de endodoncia profiláctico, pues está contraindicado el uso de ajustes sobre pilares con retenedores intrarradiculares, por eso es importante tratar de conservar la vitalidad pulpar o de lo contrario, deba elegirse otro tipo de retenedor.
- Anclajes resilientes que trabajan como rompe fuerzas, pero pueden generarle al diente pilar fuerzas por fuera de su eje axial, produciendo palancas que pueden ser deletéreas para su soporte periodontal.
- Requieren de una altura mínima de la corona clínica.
- Se debe prever la posibilidad de intrusión en los tejidos blandos distales y agrandamientos gingivales diente pilar en el área desdentada.
- Mayor dificultad para la higiene del diente pilar y sus tejidos adyacentes.

• **Retenedores extra coronarios tipo abrazadera**

- Puede requerir o no la modificación del diente pilar, por contorno y para los nichos para los apoyos.
- Aumenta la circunferencia del pilar que hace que la carga que recibe el diente sea mayor y priva al tejido gingival del estímulo que le da el alimento al deslizarse sobre la superficie del diente.
- Puede traumatizar el diente pilar cuando no está diseñado correctamente en el extremo libre.
- Puede generarse retención de alimentos alrededor del diente pilar.
- Pobre estática en pilares anteriores.

La elección de los pilares es importante en la planeación del diseño de las dentaduras parciales removibles. En una situación de extensión distal bilateral la elección de los apoyos se hace eligiendo el diente más distal adyacente al espacio desdentado. En una dentadura parcial a extensión distal unilateral se analiza el diente adyacente al espacio desdentado y el otro retenedor deberá colocarse lo más distal posible, en el lado contralateral, pero no necesariamente en el diente más distal.

6.4 Criterios de alta

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Se considerará de alta cuando el paciente se haya restaurado y se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente con la prótesis, el paciente no refiera sintomatología dolorosa o inestabilidad de la prótesis.

Indicadores

Indicador de éxito: # prótesis mantenidas en boca durante 5 años/ # prótesis entregadas

7. Bibliografía

1. Rosenstiel S. Contemporary Fixed Prosthodontics. Mosby Company. 1988
2. Alvarez Cantoni H. Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal. Editorial HACHEACE. 1999
3. Gross M. La oclusión en odontología restauradora. Editorial Labor. 1987
4. Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Editorial labor. 1986
5. Owall B. Prosthodontics, Principles and Management strategies. Mosby-Wolfe. 1996
6. Alonso, Albertini y Bechelli. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación Oral. Editorial Médica Panamericana. 1999
7. Echeverría P y Roldán M. Rehabilitación del paciente edentado Ed. U. De A. 1997
8. Martínez-Ross E Disfunción temporomandibular; Ed Monserrate 1983
9. Silverman M Determination of vertical dimension by phonetics J Prosthet Dent 1956, 6 (4) : 465 – 471
10. Rugh JD and Drago CJ Vertical dimension: A study of clinical rest position and jaw muscle activity J Prosthet Dent; 1981 45 (6): 670 – 675
11. Echeverri E. y Sencherman G. Neurofisiología de la oclusión. 1.995
12. Villamizar M y otros. Manual de prótesis total. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia Cap 6 1.993
13. Schudy F. The history of the discovery of the vertical dimension and the mechanism of jaw growth. www. Altavista / Digital pag / dimension vertical pp. 1997
14. Dawson P Evaluación y tratamiento de los problemas oclusales . Ed. Mosby 1991
15. Harper R. Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion. Quintessence Int; 2000 31 (4) : 275 – 282
16. Mack R. Vertical dimension: A dynamic concept based on facial form and oropharyngeal function J Prosthet Dent 1991; 66 (4): 478 – 485
17. Kawave S, Kawave's total dentures pag 55 – 65 1993
18. Kelleher M and Bishop K Tooth surface loss. An Overview. Brit. Dent. J; 1999 186 (2)

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

1. DEFINICION

Aparato protésico removible que reemplaza artificialmente dientes en un paciente edéntulo parcial de uno o ambos arcos dentales.

2. OBJETIVO

Construir una guía que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con la elaboración de prótesis parcial removible

3. JUSTIFICACION

Una causa frecuente de consulta es la pérdida de dientes asociada a diferentes factores. A partir de esta situación, se han propuesto diversas técnicas de restauración, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con un uso racional y responsable de la misma, con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para la elaboración de prótesis parcial removible para la rehabilitación de pacientes edéntulos parciales

4. ALCANCE

Tendrá un alcance completo en el diagnóstico y terapéutica a todos los pacientes adultos que consulten para valoración y tratamiento que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado:

1. Pacientes con dientes naturales remanentes, y que algunos de ellos tengan extracción indicada por razones dentales o periodontales y no está indicado realizar procedimientos de prótesis fija, por la longitud del tramo edéntulo, por el estado de los dientes pilares, o por factores económicos.
2. Pacientes que no presentan rehabilitación de los espacios edéntulos y está indicado rehabilitarse con prótesis parcial removible por el tamaño del tramo a restaurar
3. Pacientes que presentan rehabilitación con prótesis parcial removible que debe ser reemplazada por razones de estabilidad, soporte, retención, falta de estética o función masticatoria
4. Pacientes a los que se les van a realizar tratamientos de óseo-integración y requieren prótesis transicionales parciales removibles

Estas condiciones pueden ser diagnosticadas y tratadas en la Clínica, al cumplir con los criterios de alta expuestos en esta guía.

Si el paciente va a ser restaurado con prótesis implantosoportadas o implantoretenida, ya sea sobredentadura o prótesis fija, será remitido a Rehabilitación Oral y cirugía oral y maxilofacial.

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

5. POBLACION OBJETO

Pacientes mayores de 18 años quienes por diferentes razones se encuentran edéntulos parciales de uno o ambos arcos dentales.

6. DESARROLLO

6.1. Consideraciones generales

Objetivos que deben cumplir

- Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental
- Contribuir a la salud oral y general del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Proveer soporte al labio y fonética
- Recuperar la función oclusal
- Recuperar dimensión vertical, si este fuese el caso
- Establecer un adecuado plano oclusal
- Recuperar estéticas

6.2 Instrumental requerido

1. Micromotor
2. Contrángulo
3. Espejo de Boca plano No 5
4. Espátula llana
5. Espátula Contorneadora de cera
6. Espátula Siete A
7. Espátula para mezclar cemento
8. Pimpollos gruesos
9. 2 Vasos Dappen plásticos
10. Rodetes de cera rosada
11. Loseta de vidrio
12. Cubetas metálicas para toma de impresión
13. Tasa de caucho
14. Espátula de alginato
15. Platina de Fox
16. Puntas de caucho de baja velocidad para acrílicos, de tres tipos de abrasión alta, media y baja
17. Regla flexible
18. Carta para selección de dientes
19. Guía de color acrílica

6.3 Procedimiento clínico

- a. Toma de impresiones preliminares en alginato

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

- b. Elaboración del diseño de la estructura metálica guiándose por el análisis del modelo y de los dientes pilares de las zonas de retención y vía de inserción en el paralelómetro
- c. Si es necesario se hacen planos guía y nichos para apoyos oclusales.
- d. Toma de impresión definitiva con alginato siliconado o silicona de adición de mediana viscosidad o con mercaptano.
- e. Adaptación y prueba de estructura metálica según diseño planteado al laboratorio
- f. Orientación del rodete en cera con las referencias de oclusión, fonética y estética
- g. Hacer montaje en articulador con la toma del registro de relación bicondilo y de oclusión con los rodetes en cera ya orientados
- h. Hacer el enfilado de dientes según la selección hecha previamente
- i. Hacer las pruebas de dientes para corroborar oclusión, estética, dimensión vertical y fonación
- j. Toma de impresión definitiva con pasta zinquenólica o con silicona liviana en la zona de los rebordes edéntulos sobre todo en prótesis a extremo libre
- k. Acrilado preferiblemente en acrílico de alto impacto
- l. Adaptación de la prótesis en boca haciendo los ajustes oclusales y de la base protésica necesarios
- m. Se deben realizar controles inmediatos y periódicos luego de la colocación de la prótesis para hacer los ajustes necesarios

Si se deben hacer ajustes o desgastes selectivos se pueden lograr superficies lisas y brillantes con el uso de puntas de caucho abrasivas de baja velocidad puliendo progresivamente de la más abrasiva a la menos abrasiva. Seguidas por cepillos duros impregnados con tiza francesa o felpas que van a dar el brillo final.

6.4 Recomendaciones

Debe hacerse un análisis previo de cada caso para su planeación en diseño

Análisis de modelos articulados

Todo diagnóstico oclusal y el análisis de los dientes pilares deberá ir acompañado de los modelos de la boca del paciente con sus respectivos registros y montaje en el articulador. Se fundamentará en un análisis estático y uno dinámico o funcional.

Análisis Estático

Este examen consiste en la observación de las áreas desdentadas y dentadas sobre los modelos y su ventaja radica en la ausencia de tejidos blandos que permite la visualización de diferentes detalles en los tres planos del espacio.

La evaluación incluye:

- Forma del arco
- Áreas edéntulas
- Altura del reborde marginal
- Forma: contorno coronal y su relación con las estructuras de soporte
- Posición dental: alineación con respecto al arco e inclinaciones
- Facetas de desgaste

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

- Fracturas
- Sobremordida vertical y horizontal
- Línea media dental
- Relación canina y molar

Análisis Funcional

Es importante para el reconocimiento de todos los aspectos oclusales a los cuales está sometido el diente pilar y su interrelación en el diagnóstico, plan de tratamiento y ejecución, sirviendo como instrumento de estudio, registro pretratamiento y para realizar encerados diagnósticos, que permitan una mejor visualización de las posibles soluciones restaurativas.

Se evaluarán los siguientes aspectos:

- Relación Inter-arco
- Relación diente-diente
- Relación entre la oclusión en relación céntrica y máxima intercuspidad
- Movimientos excursivos
- Contactos prematuros e interferencias
- Patrones de desgaste

Se debe hacer una valoración de un diente como pilar de prótesis removible

- En algunas circunstancias está indicado el uso de los pilares para la confección de una restauración removible cuando:
- Se requiere soporte vertical en un reborde edéntulo, en ausencia de un pilar distal para hacer prótesis fija
- Se necesita resistencia a movimientos laterales y se requiere de dientes contralaterales y tejidos blandos para asegurar la estabilidad en un espacio edéntulo largo
- Cuando la pérdida de hueso en la región anterior afectaría la estética de los púnticos con una prótesis parcial fija y generaría una apariencia inaceptable para el paciente
- Cuando se desea realizar el mínimo de desgaste en los dientes remanentes

Se deben conocer los mecanismos de retención extra coronal de una Prótesis Removible

Prótesis removible con ajustes

El uso de ajustes tiene dos ventajas, una, es la eliminación de un componente retentivo visible y de un soporte vertical visible por medio de un lecho para apoyo ubicado más favorablemente en relación con el eje horizontal del diente pilar ofrece cierta estabilidad horizontal, similar a un apoyo, pero, por lo general, es deseable contar con cierta estabilización adicional extra coronaria.

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Este tipo de retenedores puede ser ajustes extra-coronales fijados en el diente pilar o retenedores de abrazadera adaptados a la superficie exterior de la corona del diente pilar y son colados con la estructura de la prótesis.

• **Ajustes extra coronarios** – Son los retenedores que generan más tensión sobre el diente pilar por lo que es deseable que el mismo esté ferulizado a otro diente adicional, por lo tanto, deben prepararse en dos dientes contiguos, según el tipo de reborde marginal y la movilidad de los dientes pilares en que se va a apoyar la prótesis.

- Requieren de una altura adecuada, ya que su ubicación debe ser estratégica en la zona lateral del diente pilar. Se dificulta su ubicación en dientes cortos.
- Se debe analizar el tamaño de la cámara pulpar, pues quizá se requiera tratamiento de endodoncia profiláctico, pues está contraindicado el uso de ajustes sobre pilares con retenedores intrarradiculares, por eso es importante tratar de conservar la vitalidad pulpar o de lo contrario, deba elegirse otro tipo de retenedor.
- Anclajes resilientes que trabajan como rompe fuerzas, pero pueden generarle al diente pilar fuerzas por fuera de su eje axial, produciendo palancas que pueden ser deletéreas para su soporte periodontal.
- Requieren de una altura mínima de la corona clínica.
- Se debe prever la posibilidad de intrusión en los tejidos blandos distales y agrandamientos gingivales diente pilar en el área desdentada.
- Mayor dificultad para la higiene del diente pilar y sus tejidos adyacentes.

• **Retenedores extra coronarios tipo abrazadera**

- Puede requerir o no la modificación del diente pilar, por contorno y para los nichos para los apoyos.
- Aumenta la circunferencia del pilar que hace que la carga que recibe el diente sea mayor y priva al tejido gingival del estímulo que le da el alimento al deslizarse sobre la superficie del diente.
- Puede traumatizar el diente pilar cuando no está diseñado correctamente en el extremo libre.
- Puede generarse retención de alimentos alrededor del diente pilar.
- Pobre estática en pilares anteriores.

La elección de los pilares es importante en la planeación del diseño de las dentaduras parciales removibles. En una situación de extensión distal bilateral la elección de los apoyos se hace eligiendo el diente más distal adyacente al espacio desdentado. En una dentadura parcial a extensión distal unilateral se analiza el diente adyacente al espacio desdentado y el otro retenedor deberá colocarse lo más distal posible, en el lado contralateral, pero no necesariamente en el diente más distal.

6.4 Criterios de alta

	PROCESOS PRIORITARIOS T&V DENTAL TEAM		
	PROTOCOLO DE PROTESIS REMOVIBLES		
	Código	ELABORADO Agosto de 2020	Versión 2

Se considerará de alta cuando el paciente se haya restaurado y se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente con la prótesis, el paciente no refiera sintomatología dolorosa o inestabilidad de la prótesis.

Indicadores

Indicador de éxito: # prótesis mantenidas en boca durante 5 años/ # prótesis entregadas

7. Bibliografía

1. Rosenstiel S. Contemporary Fixed Prosthodontics. Mosby Company. 1988
2. Alvarez Cantoni H. Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal. Editorial HACHEACE. 1999
3. Gross M. La oclusión en odontología restauradora. Editorial Labor. 1987
4. Mallat E. La prótesis parcial removible en la práctica diaria. Editorial labor. 1986
5. Owall B. Prosthodontics, Principles and Management strategies. Mosby-Wolfe. 1996
6. Alonso, Albertini y Bechelli. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación Oral. Editorial Médica Panamericana. 1999
7. Echeverría P y Roldán M. Rehabilitación del paciente edentado Ed. U. De A. 1997
8. Martínez-Ross E Disfunción temporomandibular; Ed Monserrate 1983
9. Silverman M Determination of vertical dimension by phonetics J Prosthet Dent 1956, 6 (4) : 465 – 471
10. Rugh JD and Drago CJ Vertical dimension: A study of clinical rest position and jaw muscle activity J Prosthet Dent; 1981 45 (6): 670 – 675
11. Echeverri E. y Sencherman G. Neurofisiología de la oclusión. 1.995
12. Villamizar M y otros. Manual de prótesis total. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia Cap 6 1.993
13. Schudy F. The history of the discovery of the vertical dimension and the mechanism of jaw growth. www. Altavista / Digital pag / dimension vertical pp. 1997
14. Dawson P Evaluación y tratamiento de los problemas oclusales . Ed. Mosby 1991
15. Harper R. Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion. Quintessence Int; 2000 31 (4) : 275 – 282
16. Mack R. Vertical dimension: A dynamic concept based on facial form and oropharyngeal function J Prosthet Dent 1991; 66 (4): 478 – 485
17. Kawave S, Kawave's total dentures pag 55 – 65 1993
18. Kelleher M and Bishop K Tooth surface loss. An Overview. Brit. Dent. J; 1999 186 (2)



Santiago de Cali,

Señores

**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
COMPENSAR EPS**

correos electrónicos: compensarepsiuridica@compensarsalud.com
mcpachonv@compensarsalud.com

Ref.- Derecho de Petición

Estimados Señores:

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado judicial del Dr. **JUAN CARLOS TORRES PRADA**, llamado en garantía por **COMPENSAR** dentro del proceso identificado con la radicación N° 110013103013-2023-00034-00, ante el Juzgado Trece Civil del Circuito de Bogotá, cuya demandante es la señora Tulia Cuéllar de Salgado, con fundamento en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y en los artículos 32 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, así como en el artículo 173 del Código General del Proceso, comedidamente, me permito efectuar petición de conformidad con el objeto y razones en que ella se fundamenta, a saber:

Objeto de la Petición:

La presente petición consiste en que COMPENSAR suministre por vía electrónica (canal digital) al Juzgado Trece Civil del Circuito de Bogotá (radicación N° 110013103013-2023-00034-00) los siguientes documentos:

- 1.- Facsímil de la **historia clínica completa** de la señora Tulia Rosa Cuéllar de Salgado, identificada con la cédula de ciudadanía N° 31.269.637, en COMPENSAR EPS, entre el 6 de febrero de 2017 hasta el día de hoy, ordenada cronológicamente, incluyendo páginas de cirugía, consentimientos informados y anexos de otras especialidades.
- 2.- Manual de Atención Primaria en Odontología.
- 3.- Protocolos de Rehabilitación Oral, Endodoncia y Periodoncia.



- 4.- Manual de manejo de las relaciones entre COMPENSAR y sus profesionales contratistas, especialmente respecto de derechos y obligaciones con ocasión de la prestación de servicios por fuera del PBS (antiguo POS).
- 5.- Reglamento para el manejo de dineros y cuentas entre COMPENSAR y sus profesionales contratistas.
- 6.- Anexos N°s 1 y 2 del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013 celebrado el 21 de agosto de 2013 entre el Dr. Juan Carlos Torres Prada y COMPENSAR.
- 7.- Informe de auditoría y supervisión del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013 celebrado el 21 de agosto de 2013 entre el Dr. Juan Carlos Torres Prada y COMPENSAR, especialmente con ocasión de su terminación unilateral.
- 8.- Documento (s) que registre (n) la entrega de la evolución de los tratamientos a los pacientes que venían siendo atendidos por el Dr. Juan Carlos Torres Prada hasta el 20 de junio de 2017.
- 9.- Documento que registre la manera como COMPENSAR informó a los pacientes que ya no iban a seguir siendo tratados por el Rehabilitador Oral Dr. Juan Carlos Torres Prada.
- 10.- Informe de Auditoría de los Servicios de Salud, según estaba previsto en la cláusula vigésima del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013 celebrado el 21 de agosto de 2013 entre el Dr. Juan Carlos Torres Prada y COMPENSAR.

Razones en que se fundamenta la Petición:

Fundamento la presente petición en las siguientes razones:

- a. La circunstancia derivada de la necesidad de contestar la demanda de responsabilidad civil contractual adelantada por la señora Tulia Cuéllar de Salgado contra COMPENSAR, cuyo conocimiento se encuentra a cargo del Juzgado Trece Civil del Circuito de Bogotá (radicación N° 76001333300620200019500), en el cual se está dentro del término para contestar el llamamiento en garantía formulado por COMPENSAR al Dr. Juan Carlos Torres Prada.
- b. La necesidad que para el Despacho y para las partes implica el conocer de manera completa la mencionada historia clínica y sus anexos.
- c. La necesidad de proveer documentos clínicos completos al perito odontólogo rehabilitador que rendirá dictamen pericial de parte por el llamado en garantía Dr. Juan Carlos Torres Prada.



d. La necesidad de demostrar que COMPENSAR no calculó adecuadamente frente a los pacientes el riesgo de terminación unilateral del contrato de prestación de servicios de salud S474-2013 celebrado el 21 de agosto de 2013 entre el Dr. Juan Carlos Torres Prada y COMPENSAR.

Notificaciones

Recibo notificaciones y comunicaciones en el correo electrónico:

harold.aristizabal@conava.net

y el Juzgado Trece Civil del Circuito de Bogotá en el correo electrónico:

ccto13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Sinceramente,

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 del C. S. de la Jud.
correo electrónico: harold.aristizabal@conava.net



diego galan <dirigaba@gmail.com>

Derecho de Peticion

Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>

2 de octubre de 2023, 08:45

Para: "compensarepsjuridica@compensarsalud.com" <compensarepsjuridica@compensarsalud.com>,
"mcpachonv@compensarsalud.com" <mcpachonv@compensarsalud.com>

CC: dirigaba <dirigaba@gmail.com>

Señores

COMPENSAR

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado judicial del Dr. **JUAN CARLOS TORRES PRADA**, llamado en garantía por **COMPENSAR** dentro del proceso identificado con la radicación N° 110013103013-2023-00034-00, ante el Juzgado Trece Civil del Circuito de Bogotá, cuya demandante es la señora Tulia Cuéllar de Salgado, con fundamento en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y en los artículos 32 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, así como en el artículo 173 del Código General del Proceso, comedidamente, me permito efectuar petición con el objeto de que COMPENSAR suministre determinada documentación al Juzgado o a mi canal digital (harold.aristizabal@conava.net) o a ambos.

Sinceramente,

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN**C. C. N° 16.678.028 de Cali****T. P. N° 41.291 del C. S. de la Jud.****correo electrónico: harold.aristizabal@conava.net**

Sinceramente.,

Harold Aristizábal Marín

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
Director General

CEL: +57 315 401 22 01
EMAIL: ham.conava@gmail.com - conava@conava.net
PBX: +57 - 2 488 09 99 FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"
Código Postal 760044
Santiago de Cali - Colombia



Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.



10. Derecho de Petición.pdf
1108K