

Honorables Magistrados

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ – SALA CIVIL

Magistrada Ponente: Dra. Clara Inés Márquez Bulla

E.

S.

D.

Referencia: Proceso verbal de responsabilidad civil médica

Demandantes: Yamile Acosta Risueño y otros

Demandadas: Luz Nathalia Amaya Redondo, Administradora Clínica la Colina S.A.S. y otros.

Radicación No. 11001310300720220012601

Asunto: Memorial describiendo traslado del recurso de apelación presentado por la parte actora contra la sentencia de primera instancia.

ADRIANA GARCÍA GAMA, apoderada de **ADMINISTRADORA CLÍNICA LA COLINA S.A.S.**, concurre en término a ejercer el derecho de réplica que asiste a mi mandante, frente al **RECURSO DE APELACIÓN PRESENTADO POR LA PARTE ACTORA** contra la sentencia de primera instancia proferida dentro del presente asunto.

OPORTUNIDAD PARA LA PRESENTACIÓN DEL ESCRITO

Mediante auto del 16 de octubre de 2024, se corrió traslado a la parte apelante por el término de cinco días, de acuerdo con lo establecido en la Ley 2213 de 2022.

El 25 de octubre de 2024, se fijó en lista el traslado de la sustentación, concediéndole a la parte contraria el término de cinco días (que vence el 1 de noviembre) para ejercer su derecho a réplica.

En consecuencia, al momento de radicar este escrito nos encontramos dentro de la oportunidad procesal debida.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA – PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS REPAROS CONCRETOS CONTRA LA PROVIDENCIA

De acuerdo con el artículo 320 del Código General del Proceso, *“el recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión.”*

Con base en dicha disposición, dirigiremos nuestras alegaciones estrictamente a controvertir los argumentos expuestos por la actora en su recurso, para concluir tempranamente} que en nuestra opinión y con base en el material probatorio recaudado, no le asiste ninguna razón a la solicitud de revocar la sentencia que le fue adversa que, contrario a lo sugerido por el vencido, es una providencia profunda, apegada a la realidad probatoria recabada, que expone con claridad y profundidad los hechos descartados y la inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad pretendida, de acuerdo con los

presupuestos legales y las directrices jurisprudenciales y doctrinales aplicables a la responsabilidad médica en Colombia.

1. AL REPARO DENOMINADO “A LA DEMANDANTE YAMILE ACOSTA NO SE LE SUMINISTRÓ UNA INFORMACIÓN PRECISA, CLARA Y COMPLETA ACERCA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO”

De manera preliminar, las referencias jurisprudenciales citadas en este acápite carecen de aplicabilidad al caso concreto en el sentido pretendido por el extremo activo, como se explicará a continuación.

El apoderado de la parte actora cita fragmentos aislados de la sentencia SC7110-2017, sin considerar los hechos específicos que allí se resolvieron. En ese caso, se omitió informar detalladamente sobre posibles riesgos de lesión intestinal, mientras que en el caso actual se cuenta con un consentimiento informado que advertía expresamente sobre riesgos de lesión en órganos pélvicos, como reconoce el apelante.

La Corte, en la sentencia citada, no concedió las pretensiones pese a un consentimiento genérico, y estableció que no había responsabilidad civil, aplicando criterios como la capacidad de comprensión del paciente y el carácter invasivo del procedimiento. En el caso actual, la paciente contaba con las capacidades necesarias para entender la información proporcionada.

Además, la histerectomía practicada es aceptada clínicamente y fue realizada por una profesional competente, lo que se acreditó en el proceso. La Corte también establece que los riesgos inherentes a un procedimiento médico, como la posible lesión de un órgano, no configuran culpa ni responsabilidad indemnizable si estos fueron informados, como sucedió en este caso.

La sentencia SC3604-2021 se refiere a un paciente que perdió la visión tras una microlaringoscopia y cirugía endoscópica trasnasal. Los demandantes alegaron que la pérdida de visión fue causada por un tratamiento inadecuado de la lámina papirácea, mientras que la defensa argumentó que se debió a una oclusión de la arteria central de la retina por retinopatía hipertensiva. La Corte determinó que, dado que la pérdida de visión no era un riesgo común del procedimiento, no debía informarse al paciente sobre ella:

“(L)o cierto es que no existe ninguna prueba que permita colegir que la pérdida de la visión es un riesgo ordinario de la «microlaringoscopia + cirugía endoscópica trasnasal», de manera que no debería haber quedado incluida dentro de la información que debía suministrarse al paciente antes de la intervención. En ese sentido, (...) carece de incidencia causal frente al menoscabo corporal que sufrió la víctima, tal como se sigue de las pautas

*explicadas en el numeral 5.3. de estas consideraciones*¹ (subrayado fuera del texto original).

Por lo tanto, si un riesgo no es común en un procedimiento, no debe incluirse en el consentimiento informado. Aplicando el mismo criterio, en el caso actual no existe obligación de informar sobre la hidronefrosis o la posible pérdida del riñón en una histerectomía abdominal, ya que no son riesgos ordinarios de dicho procedimiento, contrario a lo afirmado por los apelantes.

En el proceso se logró acreditar lo siguiente:

A la paciente Yamile Acosta Risueño se le informó de manera clara y específica que uno de los riesgos inherentes al procedimiento de histerectomía abdominal era la lesión de órganos pélvicos. En este sentido, el documento mencionado y citado por la parte actora es contundente y no deja lugar a dudas al respecto:

2. Manifiesto que el Doctor (a) Natragia Arango
me ha explicado la naturaleza y los propósitos del acto médico, así como de las ventajas, posibles alternativas, efectos secundarios y riesgos, en particular los siguientes:
+ Hemorragia, hematomas, Abscesos,
Infección, lesión de órganos pélvicos
problemas de la vejiga, seroma,
Hematomas, Abscesos + hematomas al pulmón.

I. La lesión de los órganos pélvicos es un riesgo inherente a la histerectomía abdominal

Como ha señalado la jurisprudencia, la medicina no es una ciencia exacta; por lo tanto, la realización de ciertos procedimientos médicos conlleva riesgos inherentes que hacen que el daño derivado del acto médico no constituya ninguna forma de culpa². En particular, en el caso de la histerectomía abdominal, los riesgos inherentes son similares a los de cualquier procedimiento quirúrgico, incluyendo sangrados, hemorragias e infecciones. Además, existen riesgos específicos asociados a este procedimiento, como la lesión de órganos pélvicos, entre otros.

Específicamente, en lo que respecta a la lesión del uréter, dado que se trata de un órgano pélvico —como se explicará en el siguiente acápite— su lesión constituye un riesgo inherente a la histerectomía abdominal. En este contexto, la doctora Liliana Arango, perito y médica especialista en ginecología y obstetricia con 29 años de experiencia en el campo, señaló lo siguiente:

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. *Sentencia SC3604-2021, Radicación n.º 47001-31-03-005-2016-00063-01* (Luis Alonso Rico Puerta, Magistrado Ponente). Aprobado en sesión de once de marzo de 2021. Bogotá, D. C.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. *Sentencia SC7110-2017, Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01* (Luis Armando Tolosa Villabona, Magistrado Ponente). Aprobado en Sala de veinticuatro de agosto de 2016. Bogotá, D. C.

“Pregunta apoderado de la parte actora: (...) Quiere usted explicarle en términos muy claros al juzgado y a todos nosotros, ¿Qué significa que se ha producido esa ligadura de la paciente?”

*Respuesta: **Sí, la lesión ureteral es, como ya se ha mencionado, un riesgo inherente de la histerectomía, dada la relación anatómica que existe entre el uréter y estructuras vasculares y ligamentos que se ligan y se seccionan durante la histerectomía para poder hacer la extracción de la pieza quirúrgica. (...) Ese es un riesgo que existe durante este tipo de procedimientos”.***

En consecuencia, se demostró de manera incuestionable que la lesión de órganos pélvicos, incluido el uréter, forma parte de los riesgos inherentes al procedimiento realizado.

II. El uréter es un órgano pélvico y su posible lesión fue informada a la paciente.

No es cierto que exista una “aguda”³ discusión sobre si el uréter es o no un órgano pélvico. En este sentido, tal y como lo analizó la sentencia de primera instancia, todos los especialistas que rindieron su declaración —salvo, curiosamente el perito de la parte demandante y el testigo Cristian Córdoba— afirmaron de manera inequívoca que el uréter es un órgano y que forma parte de los órganos pélvicos.

Al respecto, el Doctor Marco Antonio Duque, médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia, profesor en la Universidad del Rosario y en la Universidad del Bosque, así como creador y fundador de las unidades materno-fetales en la Clínica Reina Sofía, la Clínica de la Mujer y la Clínica del Country, y jefe de ginecología y obstetricia al momento de los hechos en la institución que represento, expuso de manera clara en su testimonio que el uréter tiene varios trayectos, uno intra abdominal y otro pélvico y en razón del último, puede ser considerado como un órgano pélvico.

En el mismo sentido, el Doctor José Luis Poveda, médico cirujano especialista en urología, indicó en su testimonio lo siguiente:

“Pregunta apoderada Dra. Luz Nathalia Amaya: ¿La lesión de órganos pélvicos abarca la complicación del uréter?”

*Responde: En el (sic) dentro de los órganos que están en la pelvis, **parte de ellos el uréter, de acuerdo, tienen su porción pélvica.***

(...)

Pregunta Despacho: ¿Para usted es un órgano pélvico?

*“El uréter forma parte del sistema urinario, entonces lo clasifica uno como órgano urinario que tiene, pues una longitud tiene una trayectoria y hay una parte de ese uréter que forma parte de la pelvis, tiene una porción pélvica y pues **ahí puede ser***

³ Sustentación recurso de apelación interpuesto por la parte actora contra el fallo de primera instancia datado el 17 de septiembre de 2024.

considerado como los diferentes órganos que están ubicados dentro de la pelvis”

El doctor Carlos Gustavo Trujillo, médico especializado en laparoscopia urológica con 18 años de experiencia en urología, jefe de la sección de Endourología y Litiasis de la Fundación Santa Fe de Bogotá, así como director de esta misma sección en la Sociedad Colombiana de Urología y profesor en la Universidad de los Andes, la Universidad Javeriana, la Universidad del Rosario y la Universidad de Cartagena; también indicó que el uréter sí es un órgano pélvico, que viene desde el riñón hasta la vejiga.

La Doctora Sandra Patricia Vargas, médica cirujana especialista en ginecología y obstetricia, rindió su testimonio en el mismo sentido:

“Pregunta apoderada Dra. Luz Nathalia Amaya: Doctora, ¿dentro de esa lesión de órganos vecinos se encuentra el uréter?

*Responde: **Claro.** Dentro de esa lesión de órganos vecinos, al lado del útero, este y hay órganos que son el intestino, la vejiga, el uréter, el peritoneo, los ovarios. Entonces el uréter hace parte de un órgano vecino al a los (sic) órganos genitales internos”*

Por su parte, la Doctora Mónica Alexandra Torres Higueta, anesthesióloga y testigo técnico que también declaró en el proceso al haber estado presente durante la histerectomía en cuestión, dejó en claro lo siguiente:

“Pregunta apoderado Chubb Seguros Colombia S.A: Doctora Mónica, solo tengo una pregunta, usted habló de órganos urinarios, solo para aclarar, ¿el uréter es un órgano del sistema urinario?

Responde: Sí.

Pregunta apoderado Chubb Seguros Colombia S.A: ¿Dónde queda ubicado?

Responde: Por encima de la vejiga y va directo a los riñones.

Pregunta apoderado Chubb Seguros Colombia S.A: y la última pregunta, ¿se podría catalogar como un órgano pélvico también?

*Responde: **Claro que sí.**”*

Asimismo, la Doctora Janeth Cristina Pulido Gacharná, médica cirujana especialista en ginecología y obstetricia desde 1988, dejó claro en su testimonio que el uréter es un órgano pélvico:

“Pregunta apoderada Dra. Luz Nathalia Amaya: Doctora, ¿dentro de las lesiones de los órganos pélvicos se encuentran los uréteres?

*Responde: **Claro, claro,** porque es que es que es que (sic) **el uréter es un órgano.** Si nosotros nos atenemos a la definición de órgano, el órgano es una colección de tejidos que estructuralmente forman una unidad funcional especializada para determinada función y el uréter cumple esa definición. **O sea, el uréter es un órgano que está formado por células y tejidos, cuya función es transportar la orina del riñón a***

la vejiga. Entonces ese es un órgano, es un órgano y está incluido dentro de los órganos pélvicos, así como el colon, como el intestino (...)”.

En consecuencia, no es cierto que exista controversia sobre si el uréter es un órgano pélvico, como erróneamente sostiene la parte actora. Más de seis especialistas que prestaron testimonio en este proceso afirmaron, de manera unánime, que el uréter es efectivamente un órgano pélvico, demostrando una clara concordancia en el ámbito médico. Así, como se constata en el consentimiento informado, el riesgo de lesión fue comunicado a la paciente sin ninguna ambigüedad.

III. El consentimiento informado se ajustó a los lineamientos jurisprudenciales

En concordancia con la jurisprudencia previamente analizada, se reitera que, si no existe prueba que permita inferir que un determinado resultado es un riesgo *ordinario* de un procedimiento, este no debe formar parte de la información que se proporciona al paciente antes de la intervención⁴. La hidronefrosis o la pérdida de un riñón, como se ha demostrado, no constituyen un riesgo ordinario del procedimiento; por lo tanto, de acuerdo con los criterios jurisprudenciales, no es necesario informar específicamente sobre este riesgo.

Tal como lo determinó acertadamente la sentencia de primera instancia, lo sucedido a la paciente no es lo habitual y no representa un riesgo ordinario, ya que, de presentarse una lesión inadvertida de un órgano pélvico, generalmente se presentan síntomas dentro de las horas o días siguientes al procedimiento quirúrgico. En este sentido, el Doctor Carlos Gustavo Trujillo, médico especialista en urología con amplia experiencia en la cirugía de uréteres, explicó lo siguiente:

Pregunta apoderada Doctora Nathalia Amaya: ¿Cuándo se lesiona un uréter normalmente, ¿cuál es el tiempo en que los síntomas que comienzan a aparecer?

Responde: Ana María es muy variable, hay unos que son de manera inmediata, si es una obstrucción total, dan un dolor inmediato o dan fuga de orina en los primeros días de la hospitalización.

Pregunta apoderada Doctora Nathalia Amaya: ¿Los primeros días es aproximadamente las primeras 48 horas?

Responde: Yo diría que máximo en la primera semana uno lo identificaría

Pregunta apoderada Doctora Nathalia Amaya: ¿O sea que no es normal que dentro del año siguiente es que presente los síntomas?

Responde: No, no es lo que yo esperaría usualmente (...)”

En la misma línea, la Doctora Sandra Patricia Vargas, médica cirujana especialista en ginecología y obstetricia, señaló que los síntomas de una lesión en el uréter, como órgano pélvico, son tempranos y no tardíos. De hecho, indicó que, si los

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. *Sentencia SC3604-2021, Radicación n.º 47001-31-03-005-2016-00063-01* (Luis Alonso Rico Puerta, Magistrado Ponente). Aprobado en sesión de once de marzo de 2021. Bogotá, D. C.

síntomas aparecen incluso quince días después del procedimiento quirúrgico, en su calidad de ginecóloga, no sospecharía de una lesión en el uréter, ya que no es común que estos síntomas surjan tanto tiempo después.

La Doctora Janeth Pulido, médica cirujana especialista en ginecología y obstetricia desde 1988, en su testimonio también mencionó de manera explícita que el caso de la paciente Yamile Acosta Risueño fue totalmente anormal:

“Pregunta Despacho: Yo le quiero preguntar en el evento en que con ocasión de la histerectomía hubiera habido una suturación de un uréter, eso hubiera generado síntomas necesariamente o hubiera sido posible que no se presentaran síntomas.

*Responde: Doctor, lo que dice la evidencia es que la ligadura de un uréter generalmente da síntomas en los primeros 15 o 20 días, y hay una unos síntomas tardíos, que es lo que se presenta en el menor de los casos que pues ¿qué fue lo que pasó en este caso?, Pues síntomas bastante tardíos, porque lo que se ve es que en los primeros 15 o 20 días, incluso hay, dicen en la literatura, dice, síntomas tardíos en 3 o 4 meses. Y, o sea, **este fue un caso totalmente anormal, exótico, porque los síntomas no, no se presentaron inmediatamente después de la cirugía, ni en los meses posteriores, los meses iniciales de la cirugía”.***

Considerando que la paciente presentó síntomas casi un año después del procedimiento quirúrgico, este caso no se considera ordinario. Fue precisamente esta demora en la aparición de los síntomas la que condujo a la hidronefrosis y, posteriormente, a la pérdida del riñón. Evidentemente, se trata de una situación que no es normal; por lo tanto, no era necesario -de acuerdo con los criterios jurisprudenciales reseñados- informar de manera explícita a la paciente sobre el riesgo de pérdida del riñón o hidronefrosis el consentimiento informado.

Al respecto, el Doctor Marco Duque, médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia, expuso lo siguiente:

“Pregunta apoderado Chubb Seguros Colombia S.A: La pregunta relacionada va relacionada con este tema y es en una intervención de especialidad ginecológica, ¿es necesario en el consentimiento informado transcribir el riesgo de hidronefrosis o de nefrectomía en un paciente, en una paciente en este caso?

Respuesta: No, porque la complicación no es directamente asociada a la histerectomía. De hecho, no sabemos si esta paciente ya tenía una hidronefrosis por sus grandes componentes de los miomas y había algún tipo de compromiso de la función renal. Esa es una cosa que seguramente no lo vamos a saber. Pero normalmente lo que uno describe en los consentimientos informados y están diseñados así y los cuando nosotros hemos diseñado los consentimientos informados, han sido teniendo en cuenta toda esta parte médica, pero también la parte médico legal es que la lesión directamente está sobre el órgano que está expuesto. En este caso no es el riñón.”

El juez examinó la cuestión con precisión, al afirmar que la retrospectión es especialmente cruel para quienes toman decisiones en calidad de agentes de otros, como los médicos. En ese sentido, indicó que, como seres humanos, tendemos a culpabilizar a aquellos que optan por decisiones fundamentadas que, a pesar de tener un resultado adverso, parecen evidentes solo después de haber sido aplicadas, lo que revela un claro sesgo de resultado. Por lo tanto, considera que el reproche de la parte actora se basa en este sesgo:

“(...) El despacho encuentra que hilar tan delgado como para indicar que allí debió haberse hecho la alusión a una pérdida a un riñón cuando allí se estaba haciendo alusión a la pérdida o al riesgo de lesión de órganos pélvicos, pues es hilar muy delgado y es llegar a la misma conclusión de un conocimiento a través de la mirada retrospectiva del asunto y a través del resultado”⁵

En consecuencia, a lo largo del proceso quedó demostrado que el caso de la paciente Yamile fue atípico y que la hidronefrosis y la pérdida del riñón en esas circunstancias no constituye un riesgo habitual de una histerectomía abdominal ni directamente relacionado con este procedimiento. Por lo tanto, no se puede exigir que este riesgo se incluyera en el consentimiento informado, ya que, como señaló el Juez de primera instancia, esto refleja un sesgo de retrospectión y el acto médico debe ser analizado siempre desde una perspectiva *ex ante*, y no *ex post*.

IV. Consentimiento informado reiterado y explicación de riesgos por profesionales competentes.

En este punto es importante destacar que el consentimiento informado no se limita a un documento específico, sino que implica un proceso de comunicación continuo entre el médico y el paciente respecto del acto médico.

En el caso específico de la paciente Yamile Acosta, el consentimiento informado abarcó también las numerosas consultas a las que asistió con profesionales en ginecología y obstetricia, quienes confirmaron haberle explicado los riesgos inherentes al procedimiento que se le iba a realizar debido a su patología de base.

En ese sentido, la Doctora Pulido había atendido previamente a la paciente Yamile Acosta y le explicó los riesgos asociados con el procedimiento de histerectomía abdominal. En particular, le hizo hincapié a la paciente en que uno de los riesgos inherentes del procedimiento era la lesión de órganos pélvicos:

“Pregunta apoderada Dra. Luz Nathalia Amaya: ¿Qué le explicó usted durante esas consultas referente al procedimiento? Riesgos, complicaciones, tiempos. ¿En fin, qué le explicó usted a ella referente?”

⁵ Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Bogotá. (2024). *Sentencia oral proferida en audiencia, 17 de septiembre de 2024*. Grabación disponible en el archivo denominado "69GrabaciónAudienciaSentencia" del expediente digital.

Responde: Le expliqué, pues, que la cirugía debía hacerse pronto. Porque pues su anemia así lo ameritaba y se estaba tratando la anemia. (...) Fuera de eso, pues también se habló de las complicaciones inherentes a una cirugía cualquiera, que son la hemorragia, la infección y las complicaciones inherentes a este procedimiento específicamente donde lo que uno podría referirle a la paciente que puede pasar es una lesión de un órgano pélvico”.

En esa misma línea, la doctora Sandra Patricia Vargas, médica cirujana, ginecóloga y obstetra con especialización en ginecología infantil y estética vaginal, atendió a la paciente Yamile Acosta a través de Colmédica. En su testimonio indicó que la examinó y le solicitó una ecografía transvaginal para corroborar la patología y determinar el tamaño de los miomas. La doctora indicó que le explicó a la paciente la necesidad de realizar una histerectomía y que se aseguró de detallar las posibles complicaciones de la cirugía, tal y como quedó consignado en la historia clínica correspondiente.

La doctora Nathalia Amaya, en su declaración, también aclaró que sí se le informó a la paciente Yamile Acosta Risueño sobre la cirugía a realizar, sus riesgos y complicaciones -dentro de los cuales está, por supuesto, la lesión de órganos pélvicos-.

Además, en consonancia con su contexto sociocultural, tal como establece la jurisprudencia⁶, la paciente tuvo la oportunidad de plantear preguntas en repetidas ocasiones sobre las dudas que tenía respecto al procedimiento. La paciente estaba en una posición favorable para hacerlo, especialmente considerando su formación académica como abogada y profesional con un máster.

Lo anterior también desmiente lo afirmado por una de las demandantes, Gladis Acosta, quien sostuvo que la explicación del procedimiento corresponde exclusivamente al personal médico y no al de enfermería. En efecto, en repetidas ocasiones, tanto la doctora Amaya como la doctora Vargas y la doctora Pulido, profesionales médicas plenamente capacitadas para llevar a cabo el procedimiento y, por ende, para explicarlo, atendieron a la paciente Yamile Acosta y declararon haberle informado sobre los riesgos inherentes a la histerectomía abdominal.

Como si lo anterior no fuera suficiente, en el mismo consentimiento informado suscrito se refleja que quien lo suministró fue la Doctora Nathalia Amaya y no un auxiliar de enfermería como erróneamente lo afirma la señora Gladis Acosta.

Adicional a lo anterior, si bien la señora Gladis Acosta manifestó enfáticamente que no se le había explicado a su hermana en ningún momento los riesgos del

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. *Sentencia SC7110-2017, Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01* (Luis Armando Tolosa Villabona, Magistrado Ponente). Aprobado en Sala de veinticuatro de agosto de 2016. Bogotá, D. C.

procedimiento quirúrgico, también manifestó que no la había acompañado a ninguna de esas citas:

“Pregunta apoderada Clínica Colina: ¿Usted acompañó a su hermana Yamile Acosta a las citas que tuvo con la doctora Nathalia Amaya?

Responde: No. Estuve en el proceso de la de la nefrostomía Nefrectomía. Perdón”

Además, aunque la demandante Gladis Acosta manifestó en el interrogatorio que se presentaron errores en el procedimiento de histerectomía abdominal, también admitió en el transcurso de este que carece de conocimientos especializados en ginecología o urología, lo que sustrae todo sustento médico-científico de sus declaraciones.

En conclusión, la paciente recibió en múltiples oportunidades explicaciones de profesionales en la materia sobre su patología de base y la necesidad de someterse a una histerectomía, así como sobre los riesgos inherentes al procedimiento. Además, pudo plantear todas las preguntas que considerara necesarias, teniendo en cuenta su formación como abogada.

2. AL REPARO DENOMINADO “ESTÁ PROBADO QUE LA CULPA RADICA EN CABEZA DE LOS DEMANDADOS”

Afirman los apelantes lo siguiente:

La culpa en la responsabilidad médica surge, cómo no, por ejercerse la práctica galénica incurriendo el médico que está a cargo de su prestación en impericia, negligencia, imprudencia y/o exceso de confianza a la hora de darle atención al paciente, sin olvidar su sujeción a las reglas de la “lex artis”.

En el *sub judice* dimana que la demandada Nathalia Amaya incidió en un obrar culposo que, por supuesto, le depara la atribución de responsabilidad, acorde a los derroteros que se pasan a denotar.

Al respecto, en nuestra opinión y con base en el material probatorio recaudado, no le asiste ninguna razón a los reproches realizados por la parte actora, como se procederá a exponer.

I. El procedimiento se desarrolló de acuerdo con los dictados de la ciencia médica aplicables, adoptando todas las precauciones indicadas por la *lex artis ad hoc*.

Como se demostró en la etapa procesal correspondiente, en el procedimiento de histerectomía abdominal practicado a la paciente Yamile Acosta no se presentó ningún signo clínico que permitiera sospechar de la presunta lesión del órgano pélvico intraoperatoriamente ni dentro de las próximas horas o días siguientes a la cirugía. Por esta razón, y de acuerdo con los dictados de la ciencia médica aplicables, no era necesario realizar procedimientos adicionales

a los consignados en la historia clínica que podrían haber incrementado considerablemente el riesgo de morbilidad de la intervención.

Como sustento de lo anterior, el Doctor José Luis Poveda, médico cirujano especialista en urología, indicó de manera enfática que la urografía excretora con medio de contraste no se realiza de manera rutinaria en una histerectomía:

Pregunta Despacho: ¿Pero usted considera que una histerectomía debe tener ese examen como medio de precaución?

Responde: No está protocolizado que eso se haga ni antes ni después rutinariamente.

En cuanto a los fragmentos citados por la parte actora sobre la declaración testimonial del Dr. Poveda, es necesario hacer las siguientes aclaraciones. El testigo fue claro en todo momento al señalar que su especialidad es la urología, no la ginecología, y que, por lo tanto, sus técnicas quirúrgicas difieren sustancialmente de las empleadas en esta última.

No es correcto afirmar que, según el Dr. Poveda, en la práctica de una histerectomía se deban realizar ciertas exposiciones o tomar ciertas precauciones. Por el contrario, el Doctor fue preciso al explicar que las técnicas mencionadas eran específicas de su campo, esto es, la urología:

Pregunta apoderada Clínica la Colina: Usted nos hacía como una descripción a unas preguntas que hacía el apoderado de la parte actora de la técnica que ustedes como urólogos desarrollan para la realización de sus procedimientos quirúrgicos. La pregunta es ¿desde su conocimiento profesional y experiencia, esas técnicas quirúrgicas dependen del tipo de procedimiento del campo que se va a utilizar, es decir, esas técnicas quirúrgicas son diferentes en urología que en ginecología y dependerán del tipo de procedimiento cómo se desarrolla?

Respuesta: Sí, claro, cada área es diferente, cada procedimiento, cada persona, pues es una situación, una ubicación, una anatomía diferente. Luego la situación es variable, de una persona a otra, de una especialidad a otra, los cuidados, los manejos de los tejidos pueden variar incluso entre las mismas especialidades quirúrgicas."

Además, la conclusión a la que llega la parte actora, según la cual el testimonio del Dr. Poveda implicaría que es necesario "identificar el uréter en toda su longitud" como parte de las prácticas quirúrgicas ginecológicas, queda totalmente desvirtuada cuando se analiza integralmente su declaración. El Dr. Poveda aclaró que dicha práctica corresponde a la urología y no a la ginecología. Asimismo, indicó que los ginecólogos no necesariamente pueden observar el uréter en su totalidad durante sus intervenciones:

Preguntas apoderada Doctora Nathalia Amaya: De acuerdo con eso, ¿los ginecólogos pueden visualizar completamente todo el uréter cuando está interviniendo?

Responde: No porque es una trayectoria bastante larga, no se podría lograr una exposición del ciento por ciento para verlo en su totalidad.

(...)

Preguntas apoderada Doctora Nathalia Amaya: Doctor Poveda, usted nos puede aclarar es que somos abogados acá, cuando uno ingresa a una cirugía que realiza un urólogo y cuando ingresa una ginecóloga ve lo mismo, ¿usted está viendo el ginecólogo y los uréteres como el Urólogo o son completamente diferentes?

*Responde: Pues como yo veo el uréter es mi campo, es mi trabajo, es a lo que yo me dedico. **Mi visión es algo diferente, no porque la persona sea diferente, pero pues mi enfoque, mi técnica va, es dirigida todo para el uréter.** Y me lo pregunta, pues yo cuando veo el útero pues no veo lo mismo que está viendo con las mismas consideraciones técnicas que cuesta viendo un ginecólogo.*

Además, el Doctor Poveda indicó que la lesión de órganos pélvicos en una histerectomía hace parte de los riesgos inherentes al procedimiento y que se presenta incluso dentro de una adecuada práctica médica.

En cuanto a la disección del uréter que el apoderado señala enfáticamente como una práctica que, según la perito, Dra. Liliana Arango, reduce el riesgo de lesión y que no se realizó en este caso, es necesario un análisis integral de la declaración, evitando interpretaciones aisladas e inconexas. La doctora Arango explicó que, si bien la disección del uréter puede contribuir a reducir el riesgo de lesión ureteral, no es un procedimiento rutinario en cirugías ginecológicas por patologías benignas. Específicamente, señaló que la doctora Nathalia Amaya no realizó la disección, pero porque no tenía indicación médico-científica de hacerlo:

Pregunta apoderado de la parte actora: En el documento que colméica le envió a la doctora Yamile cuando le hizo la reclamación por el percance que ella sufrió, se dice claramente que el hecho de separar el uréter, identificarlo y separarlo ante la cirugía, evita o minimiza el riesgo de obstruirla de ligarla. ¿Eso es cierto, en cuanto se reduce esa posibilidad, cómo se reduce esa posibilidad?

*Responde: **La disección del uréter, como lo mencioné anteriormente, si puede ayudar a reducir la lesión ureteral, pero no es un procedimiento que se haga de rutina en la cirugía ginecológica por patología benigna.***

(...)

Pregunta apoderado de la parte actora: ¿Había que entender que no lo hizo?

*Responde: **Si no está registrado no lo hizo y no tenía indicación de hacerlo.***

(...)

Pregunta apoderado de la parte actora: Yo le estoy preguntando a usted, doctora Liliana Arango, usted hace cirugías, hace histerectomías ¿Sin percatarse cuál es el trayecto, el uréter y trata o lo separa para evitar su lesión, sí o no?

*Respuesta: ya había explicado que en la histerectomía abdominal se hace una separación del espacio que hay entre la vejiga y el útero, esa separación exhaustiva hace que el uréter se aleje de los vasos uterinos. Entonces sí hago esa separación más **no siempre se hace la visualización del uréter ni siempre se hace la disección del uréter, porque eso no es una práctica que está indicada en toda histerectomía.***

Otro aspecto de la declaración de la Dra. Liliana Arango que los apoderados de la parte actora omiten, es que la disección del uréter no se practica de forma rutinaria en ginecología para patologías benignas debido a que incrementa tanto el sangrado como el riesgo de lesiones vasculares. La doctora Arango explicó que, para realizar la disección del uréter, es necesario abrir el espacio retroperitoneal, donde no solo se encuentra el uréter, sino también importantes vasos como la aorta, los vasos ilíacos y los que irrigan la pelvis y los miembros inferiores. Esto implica un aumento considerable en el riesgo de sangrado y en la probabilidad de causar una lesión vascular⁷.

Como si lo anterior no fuera suficiente, la Dra. Liliana Arango aclaró que en ninguna de las guías de práctica clínica sobre miomatosis y el manejo quirúrgico de patologías benignas se prescribe la disección del uréter como una práctica rutinaria:

“Pregunta apoderada clínica colina: Doctora ¿en las guías de práctica clínica de este tipo de patologías está indicada esa disección de rutina?”

Responde: no, en la en la en el manejo de la miomatosis en el manejo quirúrgico y en la descripción de la de la técnica de la histerectomía por patología benigna, no está descrita esa práctica como una obligación rutinaria⁸”

Con lo anterior, quedó plenamente demostrado que la disección del uréter no se realiza de manera rutinaria, ya que incrementa considerablemente el riesgo de sangrado y de lesión vascular. Además, esta práctica no está establecida como obligación rutinaria en ninguna guía de práctica clínica. Por lo tanto, en este caso, la Dra. Nathalia Amaya no tenía la obligación de llevar a cabo dicha disección, contrariamente a lo afirmado por la parte actora.

⁷ Doctora Liliana Arango (1:13:04). Grabación Audiencia Art. 373 CGP Parte 1 [Archivo digital]. Disponible en el expediente digital.

⁸ Doctora Liliana Arango (1:16:28). Grabación Audiencia Art. 373 CGP Parte 1 [Archivo digital]. Disponible en el expediente digital

En relación con los fragmentos citados de la declaración de la doctora Sandra Patricia Vargas, se evidencia una clara malinterpretación de su testimonio, así como un desconocimiento técnico-científico del referido peristaltismo ureteral.

Los apoderados afirman que “*efectuando el peristaltismo ureteral se puede evitar la lesión del uréter*” y que “*de esto no se dejó constancia en la historia clínica, ni la demandada declaró haberlo realizado*”, como si el peristaltismo ureteral fuera un procedimiento médico que la profesional debiera llevar a cabo durante la cirugía.

Sin embargo, ignoran que se trata de un proceso fisiológico, resultado de las contracciones rítmicas del músculo liso en las paredes del uréter. Estas contracciones son involuntarias y están controladas por el sistema nervioso autónomo, por lo que se producen de manera continua y no requieren intervención médica. En consecuencia, no se puede reprochar a la profesional que practicó la histerectomía que no “realizó” un peristaltismo ureteral.

En respuesta al cuestionamiento de los apoderados sobre la necesidad de separar el uréter en la zona de intervención, estos hacen referencia a la declaración del Doctor Trujillo. No obstante, como ya se ha expuesto en este escrito, el Doctor Trujillo especificó las medidas de prevención recomendadas en su especialidad, urología, que es completamente ajena al caso en cuestión.

Además, en su declaración, el Doctor Trujillo señaló que, incluso en su especialidad, la separación del uréter de la zona de intervención no se realiza de manera rutinaria.

La urografía excretora, como explicó la Doctora Liliana Arango, solo se solicita cuando existe una dificultad técnica significativa que genera sospecha de una posible lesión, por lo que no se realiza de manera rutinaria⁹.

Incluso el mismo perito de la parte actora, el Doctor Máximo Duque, indicó que en una histerectomía no se realizaba de rutina una urografía excretora:

Pregunta apoderada Doctora Nathalia Amaya: Ok, ¿o sea que puedo afirmar que de rutina en histerectomía no se realizan urografías?

Responde: yo no soy especialista en ese tema. No, no, no he visto que de rutina se haga.

El doctor Trujillo, médico especializado en laparoscopia urológica con 18 años de experiencia en urología, indicó que, en el caso de la paciente, tratándose de una histerectomía con un útero “agigantado” —como lo describió la parte

⁹ Doctora Liliana Arango (52:01). *Grabación Audiencia Art. 373 CGP Parte 1* [Archivo digital]. Disponible en el expediente digital

demandante—, no es necesario tomar la precaución de realizar una urografía excretora:

Pregunta apoderado parte actora: Doctor en Trujillo, usted también mencionó que dentro de los índices que usted conoce, la histerectomía es como una de las cirugías que en las que más se puede causar lesión al uréter, siendo así deberían adoptarse precauciones adicionales para las mujeres que se hacen la histerectomía y sobre todo cuando tienen un útero tan agigantado, ¿Como esta urografía excretora?

Responde: yo diría que no, porque el que sea la más frecuente no quiere decir que sea muy frecuente (...)

En conclusión, ninguna de las medidas que los apoderados sugieren como posibles alternativas estaba indicada según la *lex artis ad hoc* y, en consecuencia, la especialista a cargo del procedimiento no incurrió en un obrar culposo que de lugar a la declaratoria de responsabilidad pretendida.

II. No existían razones para sospechar una lesión ureteral durante la intervención quirúrgica, ni se acreditó la presencia de factores de riesgo que justificaran precauciones adicionales.

No es cierto que la cirugía realizada a la paciente Yamile Acosta presentara una complejidad particular debido al tamaño de su útero. En su declaración, la perito Liliana Arango explicó que un útero agrandado no siempre dificulta la histerectomía, ya que esto depende de la localización de los miomas. Solo se complica cuando los miomas están a nivel del cuello uterino o del istmo uterino, que no era el caso de la paciente Yamile Acosta:

Pregunta apoderado parte actora: Bien, en un caso como éste, un útero tan agigantado 5 o 6 veces más grande que su tamaño usual y tan pesado la estructura anatómica de ese útero, ¿dificulta una histerectomía, la hace más complicada?

Respuesta: Depende de la localización del de los miomas. Si los miomas están en la parte alta del útero, realmente no. Se complica más la cirugía cuando los miomas están a nivel del cuello uterino o del istmo uterino, que no era el caso de esta paciente (...).

En cuanto a los cuestionamientos de la parte actora sobre la presunta necesidad de “realizar un peristaltismo¹⁰” o una urografía excretora, remito a los apartados anteriores de este escrito para evitar reiteraciones innecesarias.

¹⁰ Se insiste que el peristaltismo se trata de un proceso fisiológico, resultado de las contracciones rítmicas del músculo liso en las paredes del uréter. Estas contracciones son involuntarias y están controladas por el sistema nervioso autónomo, por lo que se producen de manera continua y no obedecen a un procedimiento médico.

La presunta sospecha de lesión que, según la parte actora, debió haber tenido la doctora Nathalia durante el procedimiento quirúrgico, queda completamente desvirtuada con el testimonio de la Doctora Mónica Alexandra Torres Higueta, anesthesióloga en la histerectomía en cuestión. En su declaración, la Doctora Torres Higueta explicó que el anesthesiólogo es responsable de monitorear los signos vitales del paciente, incluida la diuresis, entre otros aspectos.

La doctora Torres Higueta manifestó que, durante una histerectomía, se coloca una sonda vesical en las pacientes para monitorear la diuresis, es decir, la cantidad de orina que producen durante la cirugía. En el caso de la paciente Yamile Acosta, la cantidad de orina fue normal y no presentó ninguna coloración anómala ni sangrado, por lo que no hubo signos que sugirieran la existencia de algún tipo de lesión. Concretamente, indicó además lo siguiente:

Pregunta apoderada Clínica La Colina: ¿hubo durante ese periodo que la paciente estuvo a su cargo y que usted tuvo a cargo, el control de los signos y las constantes vitales; algún tipo de evidencia de una posible complicación del procedimiento quirúrgico?

*Responde: No, no lo podría decir porque **no lo evidenció.***

En consecuencia, no se demostró la culpabilidad de la doctora Luz Nathalia Amaya Redondo ni de las demás demandadas, ya que no existió ninguna complicación adicional ni factor clínico que, de acuerdo con la *lex artis ad hoc*, justificara la realización de procedimientos adicionales. Además, la paciente no presentaba un factor de riesgo específico que hiciera necesario considerar tales procedimientos.

III. **No se presentó dolor lumbar en el postoperatorio inmediato de la paciente Yamile Acosta.**

Contrariamente a lo afirmado por la parte actora, al realizar un análisis exhaustivo de la historia clínica de la paciente en la institución que represento, se puede constatar que esta no presentaba dolor lumbar, lo que no generaba sospechas de una posible lesión ureteral en ese momento. La paciente tampoco manifestó este dolor a la ginecóloga que realizó el procedimiento ni a la Doctora Pulido, con quien consultó después de la operación.

Además, es relevante mencionar que, antes de ser sometida a la histerectomía abdominal en cuestión, la paciente había sido intervenida quirúrgicamente en la columna lumbar.

IV. **Relación contractual entre la doctora Nathalia Amaya y Clínica La Colina**

En este punto, es necesario reiterar – como se realizó desde la contestación de la demanda, que la vinculación de la Doctora Nathalia Amaya con Clínica La

Colina era en calidad de médico adscrito. Tal como se acreditó en el proceso, la clínica cuenta con dos tipos de vinculaciones: en primer lugar, los médicos institucionales, contratados directamente por la clínica para atender a pacientes en el entorno intrahospitalario y en el servicio de urgencias; y, en segundo lugar, los médicos adscritos, quienes ejercen en sus consultorios privados o de medicina prepagada y llevan a sus pacientes a la clínica para procedimientos ginecológicos.

Para formar parte del equipo de médicos adscritos a la Clínica, era necesario cumplir con ciertos requisitos: el coordinador del área revisaba la hoja de vida del candidato, posteriormente se evaluaba en un comité médico y se verificaba el cumplimiento de todos los requisitos técnicos y de formación. En el caso de la Doctora Nathalia Amaya, se acreditó que cumplía con suficiencia con todas las exigencias necesarias, pues contaba con las competencias requeridas para ejercer como médica, ginecóloga y obstetra en la clínica, tal como lo señaló el Doctor Marco Duque, jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia en el momento de los hechos.

En cuanto a la información proporcionada a la paciente sobre un procedimiento específico, es importante señalar que esta actividad es realizada directamente por el médico adscrito, y no por la clínica, tal como indicó el Doctor Marco Duque. Además, la decisión sobre el acto médico y la indicación del procedimiento corresponden exclusivamente al médico adscrito:

Pregunta apoderada Clínica la Colina: cuando el procedimiento quirúrgico se va a llevar a cabo por un médico adscrito, que ya usted también incluso nos comenta que en su en la actualidad usted también ostenta esa calidad, ¿la determinación del acto médico propiamente dicho, es decir, la indicación cómo se va a realizar el procedimiento, la información dada del paciente es una actividad que se hace directamente por el médico adscrito o existe algún tipo de injerencia por parte de la clínica?

*Responde: No, esa esas recomendaciones, y en qué consiste la cirugía, cuáles pueden ser los probables riesgos, complicaciones, qué tipo de cirugía es y es porque no todas las histerectomías son iguales. Hay histerectomías de acuerdo a la patología de la paciente, que en el procedimiento quirúrgico será igual, pero los riesgos pueden aumentar o pueden tener un riesgo un poco menor. **Y toda esa información realmente hasta los consentimientos informados se realizan en los consultorios de los médicos adscritos, que son las los de las personas que van a operar a las pacientes.***

En consecuencia, con base en lo anterior, si bien se demostró ampliamente que la doctora Amaya cumplió a cabalidad con el deber de información que le era exigible, mi mandante no tuvo participación ni injerencia alguna en el acto médico propiamente dicho, el cual fue acordado directamente entre la paciente y su médico tratante, por cuenta de Colmédica.

3. AL REPARO DENOMINADO “EL HAZ DE ACREDITACIONES NO FUE VALORADO SEGÚN LOS PARÁMETROS LEGALES”.

No es cierto que las pruebas practicadas oportunamente en el proceso hayan sido analizadas de forma sesgada o apresurada incurriendo en errores de hecho, ya que su valoración se ajustó a las reglas de la sana crítica. La sentencia cuestionada examinó de manera detallada e integral todas las pruebas obrantes en el expediente, análisis que se desarrollará a continuación.

I. Valoración adecuada e integral del testimonio del Doctor José Luis Poveda Matiz en la sentencia de primera instancia

En la sentencia recurrida, el Despacho mencionó de manera explícita el análisis realizado respecto del testigo José Luis Poveda Matiz, considerando que este conoció el caso a través de la historia clínica que estaba siendo estudiada por un colega urólogo y que atendió directamente a la paciente en consulta externa.

El Despacho consideró acertadamente que, según el testigo, no es claro cuál fue la causa de la hidronefrosis que posteriormente llevó a la necesidad de practicar una nefrectomía. Además, tuvo en cuenta que, según el doctor Poveda, existen complicaciones inherentes a la cirugía¹¹.

En cuanto a los reproches formulados por los apoderados de la parte actora, es importante señalar que nuevamente se citan apartes aislados y fuera de contexto de la declaración del testigo. Aunque el doctor Poveda indicó que puede existir una posible asociación entre la ligadura del uréter y la histerectomía, también enfatiza en reiteradas ocasiones que no puede asegurarlo al 100%, pues no dispone de un examen que demuestre que la paciente no presentaba hidronefrosis antes de la cirugía.

Además, el doctor Poveda explicó que *“hay situaciones en las que la persona ya presentaba algún tipo de obstrucción previamente, no necesariamente en ese sitio, y esto solo se diagnostica después”*. Por esta razón, el testigo no pudo afirmar, como sostiene la parte actora, que la ligadura del uréter fue consecuencia de la histerectomía abdominal en cuestión. En consecuencia, el Despacho valoró adecuadamente este testimonio al concluir que, para el testigo, la causa de la hidronefrosis no era clara.

Las recomendaciones del doctor Poveda sobre las medidas adicionales que debían tomarse fueron adecuadamente valoradas por el Despacho en su sentencia. Aunque el doctor Poveda realizó varias recomendaciones, como se mencionó en apartados anteriores, sus observaciones se refirieron a la

¹¹ Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Bogotá. (2024). *Sentencia oral proferida en audiencia, 17 de septiembre de 2024*. Grabación disponible en el archivo denominado "69GrabaciónAudienciaSentencia" del expediente digital.

especialidad de urología y no de ginecología, que es la que aquí nos ocupa. Por tanto, sería incorrecto aplicar estándares de una disciplina médica a otra, tal como implícitamente consideró el Despacho en la sentencia de primera instancia.

II. Valoración adecuada e integral del testimonio del Doctor Marco Duque en la sentencia de primera instancia.

El testimonio del doctor Marco Antonio Duque Giraldo también fue ampliamente valorado de acuerdo con las reglas de la sana crítica en la sentencia cuestionada. El Juez de primera instancia, incluso consideró que el testigo podría tener afectada su imparcialidad, sin embargo, ello no logra invalidar el testimonio, debido a que su declaración fue consecuente con los demás testigos técnicos que de la misma especialidad declararon en el presente asunto.

El Juez realizó un análisis de los aspectos relevantes de su declaración en la sentencia, concluyendo que el procedimiento se había desarrollado conforme a los dictados de la ciencia médica, tras examinar la historia clínica de la paciente.

Los fragmentos citados del testimonio del doctor Marco Duque han sido nuevamente extraídos de manera aislada y fuera de contexto, sin relación directa con el caso en cuestión. En reiteradas ocasiones, el doctor Duque indicó que no había encontrado ninguna omisión, ni intraquirúrgica ni posquirúrgica:

*“Pregunta apoderada Doctora Nathalia Amaya: Doctor Duque, buenas tardes. ¿Tengo unas preguntas para realizar el referente a lo que usted ha mencionado y es de acuerdo con el estudio que realizaron del caso, **usted pudo encontrar que hubiera alguna omisión intraquirúrgica o postquirúrgica por parte de la doctora Amaya?***

***Respuesta: No.** Precisamente fue una de las cosas que hicimos énfasis en poder averiguar si intra operatoriamente que es donde uno puede tener la sospecha de que el uréter pueda estar comprometido, si hubo algún indicio de que eso ocurriera, que es donde uno normalmente en las cirugías, pues puede tener un signo de alerta y hacer una valoración urológica intraoperatoria, pero realmente no (...)*”

En cuanto a la afirmación de los apoderados de la parte demandante respecto a la necesidad de repletar el uréter en una histerectomía y su supuesto bajo riesgo para el paciente, dicha aseveración se desvirtúa fácilmente al analizar de forma integral la declaración del doctor Marco Duque. En primer lugar, el doctor explicó que repletar el uréter no es un procedimiento de rutina. Aunque el proceso en sí mismo no representa complicación alguna, el riesgo radica en acceder a la ubicación del uréter para realizar dicho procedimiento:

“Pregunta apoderado parte demandante: (...) Tenemos que esperar a que haya un paciente que se le lesione el uréter y pierda un riñón para saber que en verdad se le lesionó durante la histerectomía. Es que me parece que ahí no hay una lógica. ¿Usted nos puede explicar cuál es la lógica de eso?

*Responder: Sí, la lógica es que hacer reptar el uréter no tiene ninguna complicación, pero acceder a ese para poder hacer reptar el uréter sí. **Usted tiene que ampliar más la cirugía porque usted a veces tiene que abrir una cosa que se llama el retroperitoneo y al abrir el retroperitoneo usted está ampliando la cirugía, en una cirugía que inicialmente se estaba considerada como una histerectomía abdominal normal”***

Por lo tanto, el juez de primera instancia sí valoró íntegramente el testimonio del doctor Duque, y los fragmentos citados por la parte actora no fueron ignorados. Más bien, en ejercicio de su sana crítica, el juez decidió analizar la declaración de manera integral, a diferencia de la interpretación parcial de la parte actora.

III. Valoración adecuada e integral del testimonio del Doctor Cristian Córdoba en la sentencia de primera instancia.

En la sentencia recurrida, el Despacho mencionó de manera explícita el análisis realizado respecto del testigo Cristian Córdoba. Correctamente se concluyó por parte del Juez que el doctor Cristian Córdoba no posee la especialidad requerida y, por tanto, no podría desvirtuar las afirmaciones de los médicos que sí cuentan con dicha especialidad.

Además, acertadamente el Despacho consideró que no dispone del conocimiento ni de la experiencia para evaluar la correcta realización de un procedimiento quirúrgico especializado como la histerectomía. De acuerdo con su declaración, el doctor Cristian Córdoba es médico general y tiene una especialización en auditoría de salud. Además, manifestó que actualmente no se dedica a la prestación de servicios asistenciales y que mucho menos ha practicado alguna histerectomía:

Pregunta apoderada clínica la colina: Doctor, ¿cuántas histerectomías abdominales totales ha realizado usted en su práctica profesional y cuántas nefrectomías ha realizado usted en su práctica profesional?

Responde: Ninguna, yo no soy cirujano.

El Juez, de manera diligente, revisó cada uno de los documentos presentados por el testigo, varios de los cuales estaban en inglés. Además, todos estos documentos fueron analizados de manera explícita en la sentencia, sin que en ninguno de ellos se evidenciara culpa en el procedimiento en cuestión.

En consecuencia, el juez de primera instancia valoró de manera integral el testimonio de Cristian Córdoba y, aplicando la sana crítica y las máximas de la

experiencia, concluyó que dicho testigo no contaba con los conocimientos ni la experiencia necesarios para desvirtuar lo declarado por los médicos que sí los poseían.

IV. Valoración adecuada e integral del dictamen aportado por el extremo pasivo en la sentencia de primera instancia.

El extremo activo tampoco tiene razón al alegar que no se valoró adecuadamente el dictamen presentado elaborado por la doctora Liliana Arango y su contradicción.

Cabe señalar que la parte apelante, en lugar de señalar errores específicos en los que presuntamente hubiera incurrido el Juzgador de primera instancia, se limitó a reiterar los argumentos de sus alegatos de conclusión, lo cual no resulta pertinente en esta instancia procesal. En cualquier caso, los apartes citados por la parte demandante no conducen a las conclusiones que se les pretende atribuir, como se expondrá a continuación.

En primer lugar, la doctora Arango en ningún momento afirmó que la lesión del uréter fuera previsible; aclaró que se trataba de un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico. Además, como se expuso en apartados anteriores, es incorrecto sostener que en una intervención como la de Yamile Acosta debiera realizarse una disección o separación. En sus palabras, y sin dejar lugar a dudas, señaló que realizar una disección en una histerectomía por patología benigna —como era el caso de la señora Yamile Acosta— no forma parte de la *lex artis*:

“Pregunta apoderada clínica colina: Doctora ¿en las guías de práctica clínica de este tipo de patologías está indicada esa disección de rutina?”

Responde: no, en la en la en el manejo de la miomatosis en el manejo quirúrgico y en la descripción de la de la técnica de la histerectomía por patología benigna, no está descrita esa práctica como una obligación rutinaria¹²”

Tampoco existió contradicción en el testimonio de la doctora Arango respecto a la visibilidad del uréter. La doctora fue clara al señalar que el uréter no siempre es visible y que, en la mayoría de los casos, no lo es, ya que para visualizarlo se requieren procedimientos específicos que no se realizan de rutina.

Además, las manifestaciones citadas no fueron ignoradas por el Juez de primera instancia, como afirman los apoderados. De hecho, el despacho realizó un análisis completo y profundo, considerando la experiencia de la profesional.

¹² Doctora Liliana Arango (1:16:28). *Grabación Audiencia Art. 373 CGP Parte 1* [Archivo digital]. Disponible en el expediente digital

El Juez evaluó las conclusiones de la perito de fondo y, tras un examen integral de su declaración, concluyó claramente que no era necesario realizar procedimientos adicionales a los efectuados.

V. Valoración adecuada e integral del dictamen aportado por el extremo activo en la sentencia de primera instancia.

El doctor Máximo Alberto Duque, quien elaboró el dictamen pericial aportado por la parte actora, es médico especialista en antropología forense con una maestría en derecho internacional y en derechos humanos. En relación con la experiencia del perito Duque en la disciplina sobre la cual rindió su dictamen -ginecología y obstetricia o urología-, declaró en la audiencia lo siguiente:

“Pregunta apoderada Clínica la Colina: ¿Cuántos procedimientos de histerectomía abdominal como el que se debaten ha realizado usted en su práctica profesional? Responde: Ninguno, no es mi especialidad (...)

Pregunta apoderada Clínica la Colina: ¿Tiene usted en su formación académica experiencia o conocimiento o estudios en especializados en urología? Responde: “No especializados, no. Fue una materia que vi cuando fui, obviamente estudiante, como todos los médicos”.

La falta de especialización y experiencia clínica en el área de ginecología por parte del doctor Máximo Duque se hizo evidente al ejercer el derecho de contradicción del dictamen pericial presentado. Durante su declaración, cuando se le preguntó qué guía de práctica clínica indicaba la necesidad de colocar un hilo para separar la zona de disección, respondió que lo había leído en algún documento, aunque no recordaba cuál, lo que evidencia la falta de sustento científico en sus afirmaciones:

“Pregunta apoderada Clínica la Colina: Las guías de práctica clínica no indican que eso deba ser una práctica habitual. Los documentos que usted señaló dentro de su dictamen ninguno dice que debe hacerse esa práctica. ¿Entonces mi pregunta es específicamente dónde dice que es la práctica o simplemente una percepción suya dentro de su práctica personal? Responde: Sí, así es, es lo que yo leí, vuelvo y reitero, no soy especialista, no hago histerectomías todos los días, pero es lo que yo leí (...).”

En cambio, el dictamen pericial aportado por la parte demandada fue elaborado por la Doctora Liliana Arango, médica cirujana que completó una especialización en Ginecología y Obstetricia en la Universidad Nacional y cuenta con 29 años de experiencia en el campo. De hecho, en su testimonio, afirmó haber realizado más de mil histerectomías, procedimiento que es objeto del dictamen y de la presente controversia:

“Pregunta apoderada Clínica la Colina: Doctora, en cuanto a su a su experiencia profesional, usted podría decirnos aproximadamente, yo sé que no sería fácil decir el número exacto. ¿Cuántos procedimientos de esta naturaleza ha usted desarrollado durante su práctica clínica? Responde: Pues como lo mencioné, llevo 29 años de experiencia. Yo diría que más de 1000 hysterectomías en 29 años.”

En ese sentido, el Juzgador de primera instancia, de manera acertada, señaló que es fundamental considerar que uno de los peritos no tiene la idoneidad necesaria para certificar lo que está afirmando dentro de su especialidad. Si bien el doctor Máximo Duque es médico y puede ofrecer lineamientos generales, la valoración probatoria que presenta una especialista en el área, como la doctora Liliana Arango, es claramente superior a la que aporta la parte actora. En ese sentido, indicó:

“Estamos hablando del dictamen de Máximo Alberto Duque Piedrahita, quien a su vez es un médico, a pesar de que es médico cirujano, con especialización en medicina forense y en antropología forense, magister en derechos humanos y derecho internacional humanitario. Es apenas fundamental que uno de los dos peritos no tiene la idoneidad para certificar lo que está indicando dentro de la especialidad. Por supuesto es médico, sabemos que un médico si puede dar lineamientos generales, pero la valoración probatoria es muy superior la que se está presentando por un par, dentro de la especialidad, que aquella que está indicando el aportado por la parte actora (...)”¹³

En ese sentido, el Juez de primera instancia no desestimó de manera arbitraria ni injustificada el dictamen y la declaración del doctor Máximo Duque. Por el contrario, concluyó, en aplicación de las reglas de la sana crítica, que el perito carecía de la idoneidad necesaria para emitir un concepto en las especialidades de ginecología o urología.

4. AL REPARO DENOMINADO “LA SENTENCIA APELADA SUPUSO QUE SE CUMPLIÓ LA LEX ARTIS QUE GOBIERNA LA MATERIA, EMPERO SIN IDENTIFICAR CUAL ERA TAL”

Es evidente que el Despacho sí estableció cuál es la *lex artis* aplicable en esta materia, pues, tal como ha señalado la jurisprudencia, en este caso la prueba pericial es fundamental para determinar el cumplimiento de dicha *lex artis*. En el expediente consta una prueba pericial de una experta en la materia, con amplia experiencia, que respalda el cumplimiento de las prácticas conforme a la *lex artis*. Además, se cuenta con numerosos testimonios técnicos que aseguran que el procedimiento se realizó de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes en el momento de los hechos.

¹³ Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Bogotá. (2024). *Sentencia oral proferida en audiencia, 17 de septiembre de 2024*. Grabación disponible en el archivo denominado "69GrabaciónAudienciaSentencia" del expediente digital.

En el proceso quedó acreditado que la doctora Nathalia Amaya tomó todas las precauciones necesarias conforme a la *lex artis*, de acuerdo con su declaración de parte y los testimonios de la Dra. Liliana Arango Rodríguez y el Dr. Marco Duque. Además, se demostró que la lesión ureteral es un riesgo inherente al procedimiento, debido a la relación anatómica y a la localización del uréter, tal como señalaron la Dra. Liliana Arango Rodríguez y la Dra. Janeth Pulido.

Por otro lado, los expertos Carlos Gustavo Trujillo y José Luis Poveda explicaron que este tipo de lesión puede ocurrir incluso con una praxis médica adecuada. En relación con los procedimientos de histerectomía, se verificó que no se realizan revisiones rutinarias para identificar posibles lesiones del uréter, a menos que haya una sospecha fundada o el procedimiento resulte complicado, ya que estas revisiones incrementan los riesgos al prolongar el tiempo quirúrgico. Así lo afirmó la perito Liliana Arango Rodríguez.

También quedó demostrado que no se realiza una disección del uréter, ya que esto implicaría abrir el retroperitoneo, lo cual incrementaría los riesgos quirúrgicos, según la doctora Liliana Arango Rodríguez. Finalmente, la anesthesióloga Mónica Torres Higueta declaró que, durante todo el procedimiento, la paciente se mantuvo estable sin presentar alteraciones en la diuresis o hematuria que pudieran sugerir una lesión en el uréter.

Se probó que, en el caso de la paciente Yamile Acosta, no eran necesarias medidas adicionales, dado que no presentaba antecedentes de cirugías previas, lo que indicaba la presencia de un útero limpio, según el testimonio de la Dra. Janeth Pulido. Adicional a lo anterior, de acuerdo con la perito Liliana Arango, por la ubicación de los miomas de la paciente tampoco se configuraba una circunstancia especial de riesgo que exigiera medidas adicionales de acuerdo con los dictados de la ciencia médica.

Conforme a las declaraciones de la perito Liliana Arango Rodríguez y de la doctora Sandra Patricia Burbano, se estableció que no es una práctica de rutina que un urólogo asista en una cirugía de histerectomía.

Asimismo, se acreditó que el consentimiento informado incluía el riesgo de lesión de órganos pélvicos, lo cual abarcaba la posibilidad de una lesión ureteral. En el proceso también quedó demostrado que, incluso si no se hubiera llevado a cabo la cirugía, la paciente podría haber desarrollado hidronefrosis o haber experimentado una reacción sarcomatosa, un tipo de cáncer extremadamente agresivo. Esto fue corroborado por los testimonios de los Doctores Carlos Gustavo Trujillo, Sandra Patricia Burbano y Marco Duque.

Quedó demostrado que no existe una relación clara de causalidad entre la hidronefrosis y la histerectomía, ya que esta última podría tener causas congénitas, según los testimonios de los doctores Carlos Gustavo Trujillo y José Luis Poveda.

Por otro lado, con base en las declaraciones de los testigos técnicos Luz Nathalia Amaya Redondo, Carlos Gustavo Trujillo y Sandra Patricia Burbano, se acreditó que la paciente podría haber desarrollado hidronefrosis incluso si no se hubiera realizado la cirugía.

En conclusión, es evidente que la sentencia de primera instancia es exhaustiva, profunda y bien fundamentada, y que no se cometió ningún tipo de error o suposición arbitraria, como afirman los demandantes.

5. **AL REPARO DENOMINADO “EL ACERVO DEMOSTRATIVO MERECE SER VERIFICADO CON UN CRITERIO DE PERSPECTIVA DE GÉNERO”.**

El criterio de perspectiva de género, según la jurisprudencia colombiana, establece la obligación judicial de aplicar un enfoque diferencial basado en el derecho fundamental a una vida libre de violencia¹⁴. Este enfoque se aplica exclusivamente en aquellos casos donde exista sospecha de una posible situación de violencia de género.

Asimismo, la Corte Constitucional ha señalado que aplicar la perspectiva de género en las decisiones judiciales

*“(…) **no significa que un funcionario deba proceder en favor de la mujer por el hecho de ser mujer**, sino que tiene que desplegar todas las acciones tendientes a comprobar la existencia de una forma de violencia, como la doméstica (...). Así mismo, la dimensión positiva implica el deber judicial de no caer en razonamientos estereotipados”¹⁵*

En ese sentido, la jurisprudencia constitucional ha destacado su aplicación en la justicia penal, especialmente en materia de violencia sexual, violencia física y violencia contra las mujeres víctimas del conflicto armado¹⁶. Asimismo, se ha aplicado en la jurisdicción civil en casos de violencia intrafamiliar¹⁷.

Tras revisar los casos en los que se debe aplicar el criterio de perspectiva de género en la administración de justicia—como la violencia sexual, la violencia física y la violencia intrafamiliar—es evidente que el caso que nos ocupa no se encuentra dentro de estas categorías. En ningún momento, en el caso que nos ocupa, se ha presentado violencia basada en el género directa o indirecta, lo cual es un requisito *sine qua non* para la aplicación de la perspectiva de género.

¹⁴ Sentencia T-093 de 2019. Acción de tutela formulada por María Elena Ramírez contra el Juzgado Octavo Civil Municipal de Neiva, Huila. Ponente: Alberto Rojas Ríos. Bogotá D.C., 5 de marzo de 2019. Expediente T-6.935.616.

¹⁵ Sentencia T-064 de 2023. Acción de tutela interpuesta por Lina Patricia León Galeano contra la Fiscalía General de la Nación y la Fiscalía Primera Local CAPIV de Barrancabermeja. Ponente: Cristina Pardo Schlesinger. Bogotá D.C., 13 de marzo de 2023. Expediente T-8.938.896.

¹⁶ En este sentido, ver las sentencias T-967 de 2014 y T-338 de 2018, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

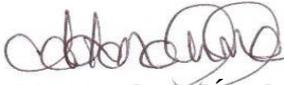
¹⁷ En ese sentido, ver las sentencias T-735 de 2017 y T-338 de 2018.

Este asunto también fue analizado por el juzgador de primera instancia, quien, ante la solicitud de la parte actora en sus alegatos de conclusión para aplicar la perspectiva de género, señaló que en este caso no se justifica el uso de dicho enfoque desde ningún punto de vista. Además, afirmó que, incluso si se aplicara la perspectiva de género, esto no afectaría la convicción alcanzada por el despacho, que sostiene que se actuó en todo momento conforme a los principios de la ciencia médica pertinentes al caso.

PETICIÓN

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas de manera precedente, solicitamos respetuosamente a la Corporación, confirmar la sentencia de primera instancia frente a mi mandante, por cuanto las pruebas analizadas en su conjunto demostraron, sin lugar a duda, que la atención médica suministrada por la **ADMINISTRADORA CLÍNICA LA COLINA** se ajustó en todo momento a los dictados de la ciencia médica aplicables al caso concreto, sin desviaciones u omisiones culposas que den origen a una obligación resarcitoria.

De los Honorables Magistrados,



ADRIANA GARCÍA GAMA
C.C. No. 52.867.487 de Bogotá
T.P. No. 144.727 del C. S. de la J.
adriana@garciagama.com