

Señores

**JUZGADO DÉCIMO (10°) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI (V).**

[of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co) / [adm10cali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:adm10cali@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA  
**PROCESO:** REPARACIÓN DIRECTA  
**RADICADO:** 76001-3333-010-2022-00184-00  
**DEMANDANTES:** ANDRES FELIPE OLAYA CORREA Y OTROS  
**DEMANDADO:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA”  
**LLAMADO EN GTÍA.:** ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la calle 100 No. 9 A - 45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con el NIT. 860.524.654 – 6, representada legalmente por el Doctor Juan Pablo Rueda Serrano, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.445.028, conforme se acredita con el poder y certificado de existencia y representación legal adjunto. En ejercicio de tal facultad y encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** propuesta por el señor Andrés Felipe Olaya Correa y otros en contra del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por éste último contra mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hace a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su despacho tanto en la demanda como en los llamamientos en garantía, en los siguientes términos:

### CAPÍTULO I. OPORTUNIDAD

Teniendo en consideración que la notificación electrónica del Auto Interlocutorio No. 052 del 7 de febrero de 2025 se efectuó el día 11 de febrero de 2025, el conteo del término de traslado para contestar la demanda y el llamamiento en garantía inició a partir del 12 continuando el 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28 de febrero, 3, 4, 5 y **6 de marzo de 2025<sup>1</sup>** por lo anterior se concluye que este escrito es presentado dentro del tiempo previsto para tal efecto.

<sup>1</sup> Los días 15, 16, 22, 23 de febrero y 1, 2, 8 y 9 de marzo no se tienen en cuenta por ser días no laborables.

**CAPÍTULO I. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR - SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA PARCIAL POR LA CONFIGURACIÓN DE LA FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**

Se configuró la falta de legitimación en la causa por pasiva y, en consecuencia, no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 no ofrece **cobertura temporal**, toda vez que, no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es “*Claims Made*”. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación radicada el 29 de marzo de 2022 según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 60 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.** En consecuencia, existe una evidente falta de legitimación en la causa material por pasiva de la compañía aseguradora, por cuanto la póliza vinculada no ofrece cobertura tal y como se ha señaló anteriormente.

Sobre la legitimación en la causa del llamado en garantía, el Consejo de Estado ha establecido lo siguiente:

[L]a falta de legitimación en la causa se predica de las partes en el proceso en sentido amplio, y este concepto abarca a otras partes y terceros y no solo a quienes ocupen el extremo pasivo o activo de la relación procesal como demandantes o demandados. (...) Tratándose del llamamiento en garantía, estará legitimado en la causa por pasiva para ser llamado, de conformidad con el artículo 64 del CGP y el artículo 215 del CPACA, aquella persona con quien el demandado afirme tener una relación legal o contractual que lo obliga a soportar un fallo adverso a esta. (...) Así, al dictar sentencia, el juez no solo se va a pronunciar respecto de la relación procesal que vincula al demandante y al demandado, sino que también se va a pronunciar respecto de la relación procesal entre demandado y llamado en garantía.

(...) En virtud de lo anterior, respecto de la relación procesal que vincula al demandado y al llamado en garantía, también sería necesario acreditar su legitimación en la causa. Es decir, verificar el vínculo contractual o legal que fundamenta el llamamiento para así determinar si el demandado podía formular llamamiento en contra del llamado, y si el llamado está en la obligación legal o contractual de asumir un fallo adverso al demandado. (...) Lo anterior encuentra sustento también en el hecho de que, de conformidad con lo establecido en el artículo 66 del CGP, el llamado en garantía tiene la posibilidad de contestar la demanda y/o el llamamiento, lo que naturalmente implica que las excepciones que se pueden proponer en uno u otro caso son diferentes, pues atacan relaciones sustanciales distintas. (...) Así las cosas, es procedente que un llamado en garantía proponga las excepciones de falta de legitimación en la causa, tanto por activa como por pasiva, respecto de su propia causa, es decir el fundamento legal o contractual que lo vincula con el demandado.<sup>2</sup>

A partir de lo anterior se evidencia que no existe legitimación en la causa por pasiva de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E. C.** pues el contrato de seguro vinculado al presente asunto no ofrece cobertura temporal, es decir, no podrá predicarse la obligación indemnizatoria al no cumplirse las condiciones bajo las cuales se pactó el negocio jurídico

---

<sup>2</sup> Consejo de Estado. Sec. Tercera, Sentencia del 27 de noviembre de 2019, C.P. Martín Bermúdez Muñoz

documentado en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031**. Por lo tanto, hay una evidente falta de legitimación en la causa por pasiva.

Lo anterior, con fundamento en la Sentencia No. 221 de 2020<sup>3</sup> que reza lo siguiente:

En consonancia tanto con los antecedentes facticos (que se resumen en el trámite adversarial propuesto por la parte codemandada y su respectiva confrontación esgrimida por el llamado en garantía), como los legales, jurisprudenciales y doctrinales, constituye el núcleo opositor, **básicamente que sea declarada la falta de legitimidad en la causa por pasiva de Seguros del Estado S.A., respecto de la responsabilidad contractual aseguraticia que le pudiera asistir frente a la Fundación Clínica del Norte por los hechos materia de discusión de la parte aquí codemandante, habida cuenta que, para la primera reclamación efectuada a la aquí llamante, acorde con el clausulado, la póliza de seguro N° 65-03-101040753 aún no se encontraba vigente.** (negrilla fuera del texto original)

Es decir que, cuando se presentan eventos donde el contrato de seguro no ofrece cobertura ya sea material o temporal, no existe otro camino más que declarar configurada la falta de legitimación en la causa por pasiva, pues su responsabilidad contractual depende única y exclusivamente del contenido de la póliza.

Ahora bien, sea lo primero advertir que, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 2080 de 2021 el cual modifica algunos artículos del Código Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, ha tenido a bien el legislador, incorporar la figura denominada sentencia anticipada, por cumplimiento de los presupuestos procesales indicados de manera expresa dentro de la normativa aplicable.

Especialmente, preceptúa la norma en comento:

ARTÍCULO 182A. SENTENCIA ANTICIPADA. <Artículo adicionado por el artículo 42 de la Ley 2080 de 2021. El nuevo texto es el siguiente:> Se podrá dictar sentencia anticipada:  
(...)

**3. En cualquier estado del proceso, cuando el juzgador encuentre probada la cosa juzgada, la caducidad, la transacción, la conciliación, la falta manifiesta de legitimación en la causa y la prescripción extintiva.**

(...) (negrilla y subrayada por fuera del texto original)

Así las cosas, correspondería en este caso de manera ineludible, proceder por parte del despacho, a reconocer mediante sentencia anticipada y en aplicación de los preceptos enunciados, la configuración de **falta de legitimación en la causa por pasiva** por cuanto la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 no **OFRECE COBERTURA TEMPORAL**, teniendo en cuenta los fundamentos fácticos y jurídicos que procedo a exponer a continuación:

Ahora bien, si bien es cierto que entre mi representada y el **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** se celebró el negocio aseguraticio documentado en la **Póliza de Seguro**

---

<sup>3</sup> Sentencia del 18 de diciembre de 2020. Juzgado primer Administrativo del Circuito de Medellín. Radicado: 05001-31-03-001-2019-00403-00

**de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, se debe recordar que en dicho contrato de seguro también se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determina que en el seguro de responsabilidad, la cobertura podrá circunscribirse a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

La **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 opera bajo la modalidad de cobertura denominada “Claims Made”, en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

**COBERTURA:**  
**AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE**  
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ENERO 01 DE 2018 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que en el caso particular, si bien los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación radicada el 29 de marzo de 2022 según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 60 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro, razón por la cual no existe a cargo de mi representada obligación de indemnizar, por cuenta de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, pues si bien estuvo vigente para el momento es que se supone ocurrieron los hechos, no lo estuvieron **para la fecha en que se hizo la reclamación al asegurado, dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.**

En conclusión, al no reunirse los presupuestos para que opere **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, pactada bajo la modalidad de “Claims Made”, la cual sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de esta y por ende, el efecto o consecuencia de ello, es que la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E. C.** carece de **legitimación en la causa material por pasiva.**

## CAPÍTULO II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

### I. FRENTE A LOS “HECHOS” DE LA DEMANDA

**Frente al hecho denominado “PRIMERO”:** No le consta a mi prohijada de manera directa que el señor Andrés Felipe Olaya Correa haya ingresado al servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle en la fecha y horario señalado, toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales que rodean la esfera íntima de salud del aquí demandante, que la compañía desconoce al no tener un vínculo cercano con este. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico las atenciones médicas brindadas- del señor Andrés Felipe Olaya Correa que reposa en el plenario se evidencia que el paciente ingresó el 11 de enero de 2020 a las 11:34 por un dolor de espalda, tal y como se evidencia en la siguiente imagen extraída del texto original:

---

Fecha: 11/01/2020 11:34 - Ubicación: CONSULTORIOS URGENCIAS  
Triaje - ENFERMERIA

DATOS DE INGRESO  
Condiciones del paciente al ingreso: Sobrio El paciente llega: Caminando  
Aspecto general: Aceptable Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Motivo de ingreso: ME DUELE LA ESPALDA

Enfermedad actual: PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PACIENTE QUE HACE 10 DIAS DOLOIR FUERTE ASOCIADO A DOLOR EN LAS PIERNAS Y NO MANEJO DE ESFINTER EN LA CUAL PRESENTA ECOGRAFIA DON DE SE4 EVIDENCIAN ALTERACIONES A NIVEL L1 L2 L3

Por lo anterior, se evidencia que el paciente consultó por un dolor de espalda de 20 días de evolución a las 11:34, mas no a las 8:34 como erróneamente lo señaló el apoderado de la parte actora.

**Frente al hecho denominado “SEGUNDO”:** No le consta a mi prohijada de manera directa que el señor Andrés Felipe Olaya Correa haya ingresado al servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle en la fecha y horario señalado, toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales que rodean la esfera íntima de salud del aquí demandante, que la compañía desconoce al no tener un vínculo cercano con este. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico las atenciones médicas brindadas- del señor Andrés Felipe Olaya Correa que reposa en el plenario se evidencia que el paciente ingresó con un tac de columna, se le dio manejo a la patología que presentaba con medicación, orden de paraclínicos y demás, tal y como se evidencia en la siguiente imagen extraída del texto original:

ANAMNESIS

Motivo de consulta: ME DUELE LA ESPALDA

Enfermedad actual: PACIENTE DE 35 AÑOS DE EDAD EL CUAL DESDE HACE 20 DIAS VIENE PRESENTANDO DOLOR A NIVEL DE LA REGION LUMBAR DE MODERADA A SEVERA INTENSIDAD, HORMIGUEO EN LOS MIEMBROS INFERIORES Y DIFICULTAD PARA EL CONTROL DE ESFINTER.

REFIERE FIEBRE NO CUANTIFICADA, INCONTINENCIA URINARIA, ORINA COLURICA, SIN DISURIA, SIN OLOR FUERTE, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES

SE REALIZA TAC DE COLUMNA EL DIA 10/01/2020 EN LA QUE SE EVIDENCIA:

\*COMPROMISO DEL MUSCULO PSOAS IZQUIERDO CON DESTRUCCION DEL CUERPO VERTEBRAL DE L5 IZQUIERDO EN RELACION A ESPONDILODISQUITIS Y ABSCESO DEL MUSCULO PSOAS DEL LADO IZQUIERDO

\*PROTRUSION DISCAL A LA ALTURA DE L4-L5 CON DISMINUCION DE LA AMPLITUD DE LOS DIAMETROS DEL CANAL

\*PROTRUSION DISCAL EN LA REGION CENTRAL Y PARAMEDIANA IZQUIERDA DE L5-S1 SIN DEFECTO COMPRESIVO SIGNIFICATIVO SOBRE SACO DURAL

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

ALERGICOS: NIEGA

(...)

Examen Físico:

Aspecto general

Aspecto general : PACIENTE ALGICO, MARCHA ANTALGICA

Tórax

Tórax : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS

Abdomen

Abdomen : RUIDOS INTESTINALES NORMALES, A LA PALPACION BLANDO, NO DOLOROSO.

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico de ingreso - M518 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 11/01/2020, Edad al diagnóstico: 35 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Destino del paciente: OBSERVACION

Análisis del caso:

Plan de manejo: -OBSERVACION

-DIETA NORMAL

-LEV A 70CC/H

-DIPIRONA 1 AMP EV CADA 8 HORAS

-HIDROMORFONA 0. 8ML EV CADA 4 HORAS

-OMEPRAZOL 1 AMP EV CADA 24 HORAS

-SE SOLICITAN PARACLINICOS

-SE SOLICITA TAC DE COLUMNA LUMBO-SACRA

-SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

Observaciones:

De lo anterior, se evidencia que al paciente si se le revisó la ayuda diagnostica que llevó al servicio de urgencias, así mismo se le indicó un plan de manejo en el que se le suministró medicamento y se ordenó paraclínicos, Tac de columna y valoración por ortopedia que es una especialidad.

**Frente al hecho denominado “TERCERO”:** No le consta a mi prohijada de manera directa el cuadro clínico, o diagnóstico del señor Andrés Felipe Olaya Correa toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales que rodean la esfera íntima de salud del aquí demandante, que la compañía desconoce al no tener un vínculo cercano con este. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico las atenciones médicas brindadas- del señor Andrés Felipe Olaya Correa que reposa en el plenario se evidencia que no se indicó un “delicado cuadro clínico” ni tampoco en la redacción que plantea la parte actora de la historia clínica, pues en la página 1 ítem 1 se indicó lo siguiente:



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 16849559	
Paciente: ANDRÉS FELIPE OLAYA CORREA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 19/11/1984	
Edad y género: 35 Años, Masculino	
Identificador único: 2457423-2	Responsable: COOMEVA E.P.S.
Ubicación: ORTOPEdia	Cama:
Servicio: ORTOPEdia	

Página 1 de 1086

#### NOTAS MÉDICAS

Fecha: 11/01/2020 11:34 - Ubicación: CONSULTORIOS URGENCIAS  
Triage - ENFERMERIA

##### DATOS DE INGRESO

Condiciones del paciente al ingreso: Sobrio El paciente llega: Caminando  
Aspecto general: Aceptable Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Motivo de ingreso: ME DUELE LA ESPALDA

Enfermedad actual: PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PACIENTE QUE HACE 10 DIAS DOLOIR FUERTE ASOCIADO A DOLOR EN LAS PIERNAS Y NO MANEJO DE ESFINTER EN LA CUAL PRESENTA ECOGRAFIA DON DE SE4 EVIDENCIAN ALTERACIONES A NIVEL L1 L2 L3

Revisión por sistemas  
Sistema neurológico: Normal

##### SIGNOS VITALES

Presión arterial (mmHg): 117/67, Presión arterial media(mmHg): 83, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho  
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 100 Pulso(Pulsa/min): 100 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 20  
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno (FIO2) Fracción inspirada de oxígeno(%): 21  
Estado de conciencia: Alerta

##### CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE

Clasificación del triage: TRIAGE III  
Requirió apoyo médico: Si Ingresó atención inicial: Si  
Ubicación: CONSULTORIOS URGENCIAS Servicio: CONSULTORIOS URGENCIAS  
Observaciones: SE INGRESA PACIENTE

Firmado por: PAULO CESAR MARTINEZ NIETO, ENFERMERIA, Registro 94446708, CC 94446708

Por lo tanto, en ningún lado se consignó un “delicado cuadro clínico” esta consignación es propia de la parte actora quien la realiza de manera subjetiva sin soporte probatorio.

**Frente al hecho denominado “CUARTO”:** Lo señalado en este acápite no corresponde a la narración cronológica de un hecho como lo señala el artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sino que corresponde a una transcripción de lo contenido en la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015.

**Frente al hecho denominado “QUINTO”:** A mi prohijada no le consta de manera directa que el señor Andrés Felipe Olaya Correa haya sido remitido a una institución de nivel II, toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales que rodean la esfera íntima de salud del aquí demandante, que la compañía desconoce al no tener un vínculo cercano con este. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

**Frente al hecho denominado “SEXTO”:** No le consta a mi prohijada de manera directa que el señor Andrés Felipe Olaya Correa haya sido trasladado al Hospital Mario Correa Rengifo, así como tampoco las supuestas indignaciones de la madre del demandante ni mucho menos las apreciaciones subjetivas que realiza el apoderado de la parte actora. Por lo que deberá acreditarse lo aquí señalado.

Sin embargo, la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico las atenciones médicas brindadas- del señor Andrés Felipe Olaya Correa que reposa en el plenario se evidencia lo siguiente:

**ANAMNESIS**  
Ambito de atención: Urgencias  
Motivo de consulta: " TENGO UN ABSCESO EN COLUMNA , NO PUEDO CAMINAR TRAIGO REPORTE DE ESCANOGRAFIA QUE LO SOPORTA"  
Enfermedad actual: PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS TRAIIDO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN SILLA DE RUEDAS POR MADRE QUEIN REFIERE QUE DESDE HACE 20 DIAS PRESENTA DOLRO EN REGION LUMBAR, DIFICULTAD PARA LA MARCHA DESDE HACE 5 DIAS , NO CONTROL DE ESFINTERES DESDE HACE 5 DIAS ,SENSACION DE PARESTESIAS EN MIEMBORS INFERIORES, FIEBRE NO CUANTIFICADA DESDE HACE 8 DIAS, VISION BORROSA DESDE HACE 3 DIAS POR OJO DERECHO , NIEGA ANTECEDENTES TRAUMATICOS ACTUALES.

Por lo anterior, en la historia clínica del Hospital Mario Correa Rengifo no se evidenció que el paciente hubiese sido remitido de otra institución, sino que ingresa con familiar donde explica el motivo de consulta y teniendo en cuenta las condiciones médicas y el nivel de complejidad de esta institución se direcciona a un nivel III.

**Frente al hecho denominado “SÉPTIMO”:** No le consta a mi prohijada de manera directa las condiciones de salud que presentaba el señor Andrés Felipe Olaya Correa en el Hospital Mario Correa Rengifo, así como tampoco las condiciones en las que se decidió que el paciente tenía que ser traslado a una institución de nivel III. Por lo que deberá acreditarse lo aquí señalado.

Sin embargo, la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico las atenciones médicas brindadas- del señor Andrés Felipe Olaya Correa que reposa en el plenario se evidencia que, no es cierto que se “redireccionó” al paciente, sino que el Hospital tomó la decisión de remitir al paciente:

**ANAMNESIS**  
Ambito de atención: Urgencias  
Motivo de consulta: " TENGO UN ABSCESO EN COLUMNA , NO PUEDO CAMINAR TRAIGO REPORTE DE ESCANOGRAFIA QUE LO SOPORTA"  
Enfermedad actual: PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS TRAIIDO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN SILLA DE RUEDAS POR MADRE QUEIN REFIERE QUE DESDE HACE 20 DIAS PRESENTA DOLRO EN REGION LUMBAR, DIFICULTAD PARA LA MARCHA DESDE HACE 5 DIAS , NO CONTROL DE ESFINTERES DESDE HACE 5 DIAS ,SENSACION DE PARESTESIAS EN MIEMBORS INFERIORES, FIEBRE NO CUANTIFICADA DESDE HACE 8 DIAS, VISION BORROSA DESDE HACE 3 DIAS POR OJO DERECHO , NIEGA ANTECEDENTES TRAUMATICOS ACTUALES.

(...)

COMPROMISO DEL MUSCULO PSOAS IZQUIERDO CON DESTRCCION DE CUERPO VERTEBRAL L5 IZQUEIRDO, EN RELACION A ESPONDILODISQUITIS Y ABSCESO DEL MUSCULO PSOAS LADO IZQUIERDO.  
PROTRUSION DISCAL A LA ALTURA DE L4-L5 CON DISMINUCION DE LA AMPLITUD DE LOS DIAMETROS DEL CANAL.  
PROTRUSION DISCAL EN LA REGION CENTRAL Y PARAMEDIANA IZQUEIRDA DE L5 Y S1 SIN EFECTO COMPRESIVO SIGNIFICATIVO SOBRE SACO DURAL.  
PACINETE MASCULINO QUIEN INGRESA POR CUADOR CLINCO YA DESCRICON CON REPORTE DE ESCANOGRAFIA DE COLUMNA CON HALLAZGOS DE ABSCESO DEL MUSCULO PSOAS LADO IZQUIERDO, DESTRCCION DE CUERPO VERTEBRAL L5 IZQUEIRDO, PROTRUSION DISCAL A LA ALTURA DE L4-L5 CON DISMINUCION DE LA AMPLITUD DE LOS DIAMETROS DEL CANAL, EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE SRIIP, CON SIGNOS VITALES CIFRAS TENSINALES INCREMENTADAS, RESTO DE SIGNOS VITALES NORMALES, SEGUN LO DECSRITO POR EL INDIVIDUO PRESENTA CAMBIOS IMPORTANTES NEUROLOGICOS RELACIONDOS CON PATOLOGIA DOCUMENTADA EN IMAGN DIAGNOSTICCA , ES UN PACIENTE QUE AMERIT VALORACION POR NEUROCIURUGIA PARA DETERMINAR MANEJO DEL PACIENTE EN LA INTITUCION NO CONTAMOS CON LA ESPECIALIDAD, TAMPOCO CONTAMOS CON SALA QUIRURGICA HABILITADA PARA REALIZACION DE INTERVENCION DE COLUMNA EN CASO DE SER REQUERIDO, SOMOS INSTITUCION DE SEGUNDO NIVEL NO REALIZMOS DICHS PROCEDIMIENTOS, POR TAL MOTIVO SE DETERMINA CONDUCTA DE DIRECCIONAMIENTO A INSTITUCION DE III NIVEL QUE CUENTE CON DICHS SERVICIOS. **Complicaciones:**

Por lo anterior, en la historia clínica del Hospital Mario Correa Rengifo no se evidenció que el paciente hubiese sido remitido de otra institución, sino que ingresa con familiar donde explica el motivo de consulta y teniendo en cuenta las condiciones médicas y el nivel de complejidad de esta institución se **direcciona a un nivel III**, mas no se “redirecciona” como erróneamente lo plantea el apoderado de la parte actora.

**Frente al hecho denominado “OCTAVO”:** A mi prohijada no le consta de manera directa que el paciente haya Re consultado el día 11 de enero de 2020 al servicio de urgencia del Hospital Universitario del Valle ni mucho menos el diagnostico dado, toda toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales que rodean la esfera intima de salud del aquí demandante, que la compañía desconoce al no tener un vínculo cercano con este. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico las atenciones médicas brindadas- del señor Andrés Felipe Olaya Correa que reposa en el plenario se evidencia que el paciente ingresó el 11 de enero de 2020 a las 11:34 por un dolor de espalda, tal y como se evidencia en la siguiente imagen extraída del texto original:

---

Fecha: 11/01/2020 11:34 - Ubicación: CONSULTORIOS URGENCIAS  
Trage - ENFERMERIA

DATOS DE INGRESO  
Condiciones del paciente al ingreso: Sobrio El paciente llega: Caminando  
Aspecto general: Aceptable Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Motivo de ingreso: ME DUELE LA ESPALDA

Enfermedad actual: PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PACIENTE QUE HACE 10 DIAS DOLOIR FUERTE ASOCIADO A DOLOR EN LAS PIERNAS Y NO MANEJO DE ESFINTER EN LA CUAL PRESENTA ECOGRAFIA DON DE SE4 EVIDENCIAN ALTERACIONES A NIVEL L1 L2 L3

(...)

Examen Físico:  
Aspecto general  
Aspecto general : PACIENTE ALGICO, MARCHA ANTALGICA  
Tórax  
Tórax : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS  
Abdomen  
Abdomen : RUIDOS INTESTINALES NORMALES, A LA PALPACION BLANDO, NO DOLOROSO.

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico de ingreso - M518 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 11/01/2020, Edad al diagnóstico: 35 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Destino del paciente: OBSERVACION

Análisis del caso:  
Plan de manejo: -OBSERVACION  
-DIETA NORMAL  
-LEV A 70CC/H  
-DIPIRONA 1 AMP EV CADA 6 HORAS  
-HIDROMORFONA 0. 6ML EV CADA 4 HORAS  
-OMEPRAZOL 1 AMP EV CADA 24 HORAS  
-SE SOLICITAN PARACLINICOS  
-SE SOLICITA TAC DE COLUMNA LUMBO-SACRA  
-SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDOA  
Observaciones:.

De lo anterior, se evidencia que al paciente si se le revisó la ayuda diagnostica que llevó al servicio de urgencias, así mismo se le indicó un plan de manejo en el que se le suministró medicamento y se ordenó paraclínicos, Tac de columna y valoración por ortopedia que es una especialidad.

**Frente al hecho denominado “NOVENO”:** A mi prohijada no le consta de manera directa lo manifestado por el apoderado de la parte actora dentro de este hecho, toda toda vez que se trata de circunstancias enteramente personales que rodean la esfera intima de salud del aquí

demandante, que la compañía desconoce al no tener un vínculo cercano con este. Por lo que la parte actora deberá acreditar lo aquí señalado.

Sin embargo, la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico las atenciones médicas brindadas- del señor Andrés Felipe Olaya Correa que reposa en el plenario se evidencia que se le practicaron nuevos estudios al paciente. Al respecto se consignó lo siguiente:

Examen Físico:  
Aspecto general  
Aspecto general : PACIENTE ALGICO, MARCHA ANTALGICA  
Tórax  
Tórax : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS  
Abdomen  
Abdomen : RUIDOS INTESTINALES NORMALES, A LA PALPACION BLANDO, NO DOLOROSO.

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico de ingreso - M518 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 11/01/2020, Edad al diagnóstico: 35 Años.

**ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO**

Destino del paciente: OBSERVACION

Análisis del caso:  
Plan de manejo: -OBSERVACION  
-DIETA NORMAL  
-LEV A 70CC/H  
-DIPIRONA 1 AMP EV CADA 6 HORAS  
-HIDROMORFONA 0. 8ML EV CADA 4 HORAS  
-OMEPRAZOL 1 AMP EV CADA 24 HORAS  
-SE SOLICITAN PARACLINICOS  
-SE SOLICITA TAC DE COLUMNA LUMBO-SACRA  
-SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDOA  
Observaciones:..

De lo anterior, se evidencia que era necesario realizarle al paciente exámenes físicos, paraclínicos, ayudas diagnosticas, suministro de medicamentos y demás acciones pertinentes para confirmar el diagnóstico, descartas demás patologías, pues la atención médica únicamente no se basa en lo consignado por otras instituciones médicas pues un error en no confirmar el diagnostico puede agravar la situación del paciente al no conocerse todo su estadio médico.

**Frente al hecho denominado “DÉCIMO”:** Lo señalado en este acápite no corresponde a la narración cronológica de un hecho como lo señala el artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sino que corresponde a una mera apreciación subjetiva que realiza el apoderado de la parte actora frente al fondo del litigio, sin embargo, no aporta una prueba tan siquiera sumaria que acredite lo que ha señalado.

**Frente al hecho denominado “DÉCIMO PRIMERO”:** Lo señalado en este acápite no corresponde a la narración cronológica de un hecho como lo señala el artículo 162 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sino que corresponde a una mera apreciación subjetiva que realiza el apoderado de la parte actora frente al fondo del litigio, sin embargo, no aporta una prueba tan siquiera sumaria que acredite lo que ha señalado.

**II. FRENTE A LAS “PRETENSIONES” DE LA DEMANDA**

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por carecer de fundamentos fácticos, jurídicos y probatorios que hagan viable su prosperidad. En las pretensiones de la demanda

es notorio el deseo desproporcionado del extremo actor por lucrarse, debido a que no logra, siquiera de forma sumaria, demostrar los elementos esenciales para que se configure la eventual responsabilidad en cabeza de la parte pasiva.

**Frente la pretensión denominada “PRIMERA”:** Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se acceda a la solicitud de declaratoria de responsabilidad en contra del **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** por los supuestos perjuicios ocasionados a los demandantes. Lo anterior, como quiera que no hay ningún tipo de evidencia en el plenario que establezca que por parte del Hospital se desarrolló alguna conducta negligente u omisiva que hubiese sido la desencadenante de los hechos reprochados. Pues se recuerda que el Hospital atendió a la paciente de acuerdo a los protocolos establecidos en la Lex-Artis y no se ha aportado una prueba técnica que indique cual fue esa oportunidad o chance que perdió el aquí demandante.

**Frente la pretensión denominada “SEGUNDA”:** Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene al **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** a indemnizar a los aquí demandantes por los supuestos daños morales sufridos toda vez que no hay responsabilidad en la prestación del servicio médico dispensado. Además, me opongo a esta pretensión habida cuenta que no se aportaron elementos materiales probatorios que acrediten cual fue esa pérdida o chance a la que fue sometido el señor **Andrés Felipe Olaya Correa** sí de acuerdo a la historia clínica -documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico- se evidencia que los galenos atendieron oportunamente las diferentes patologías que padecía, realizando los paraclínicos correspondientes, tac y suministrando los medicamento requeridos. Adicionalmente, no existe un dictamen y/o prueba científica que acredite que el aquí demandante quedó en estado de invalidez para solicitar lo máximo establecido por el Consejo de Estado en sentencia de unificación del 28 de agosto del 2014.

**Frente la pretensión denominada “TERCERA”:** Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene al **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** a indemnizar a la aquí demandante por el supuesto daño a la salud. Se insiste en que al plenario no se arrimó una sola prueba que diera cuenta de la supuesta falla en el servicio predicada a la parte pasiva, así como tampoco de las supuestas secuelas padecidas por la demandante en razón de la lesión que es objeto de demanda, ni se aportó elemento técnico alguno que evidenciara la gravedad de la misma, por lo cual al no estar probado esto, lo alegado en el líbello inicial tendrá que tenerse por desestimado. Adicionalmente, el mismo desborda los lineamientos planteados por el Consejo de Estado en sentencia de Unificación.

**Frente la pretensión denominada “CUARTA”:** Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohijada, manifiesto que me opongo a su reconocimiento, toda vez que no existe dentro del plenario una prueba tan siquiera sumaria que evidencie los supuestos ingresos que percibía el señor **Andrés Felipe Olaya Correa**, ni mucho menos que por causa del supuesto hecho este dejo de percibirlos, por lo que la tasación del perjuicio reclamado resulta abiertamente desproporcionada e injustificada. En esa medida, ni aún bajo la hipótesis de que el juzgador

encontrara procedente la declaratoria de responsabilidad, resultaría viable el reconocimiento del rubro deprecado. Máxime cuando en el plenario no obra prueba de dictamen de pérdida de capacidad laboral para liquidar este perjuicio. Vale la pena resaltar que el Honorable Consejo de Estado, no admite presunción alguna respecto a los ingresos de una persona, los cuales en este caso no se encuentran acreditados, tal como se precisó en Sentencia del 18 de julio de 2019, Sección Tercera, expediente No. 73001-23-31-000-2009-00133-01 (44572). Luego, al no existir prueba del ingreso económico del actor se torna improcedente su reconocimiento

### **III. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA**

En el presente acápite se presentarán los fundamentos de hecho y de derecho que en general, sustentan la oposición a las pretensiones de la demanda y que en particular dan cuenta de que el demandante no ha probado, como es su deber, la existencia de todos los supuestos normativos de la presunta responsabilidad patrimonial que pretende endilgarle a la demandada en este litigio.

Sustento la oposición a las pretensiones invocadas por el extremo activo de este litigio, de conformidad con las siguientes excepciones:

#### **A. AUSENCIA DE ELEMENTOS QUE ACREDITEN LA SUPUESTA PÉRDIDA DE LA OPORTUNIDAD QUE SUFRIÓ EL SEÑOR ANDRÉS FELIPE OLAYA CORREA.**

De acuerdo con los hechos objeto del presente litigio, la parte actora señala que el señor **Andrés Felipe Olaya Correa** perdió la oportunidad de que se interviniera oportunamente la patología que presentaba y por ello se le causaron perjuicios. Sin embargo, es importante precisar que la falla imputada por la parte actora no está probada ni podrá probarse porque no existió. En este asunto no se materializó dicho yerro máxime cuando el paciente acude al **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** se le realizaron todas las actuaciones correspondientes para lograr determinar y conformar un diagnóstico con apoyo de los ayudas diagnósticos, para ellos fue necesario tomarle paraclínicos y exámenes físicos, e incluso cada dolor referenciado por el paciente fue consultado por varias especialidades. Por lo tanto, nótese como los galenos no incumplieron los protocolos de atención del paciente y le brindaron todos los elementos de oportunidad con los que contaba el hospital. Ahora bien, es importante advertir desde ya que la situación del paciente era compleja, pues presentaba compromiso del musculo con destrucción del cuerpo vertebral del L5 izquierdo en relación con espondilodisquitis y absceso del musculo PSOAS del lado izquierdo, protrusión discal a la altura de L4-L5 con disminución de la amplitud de los diámetros del canal, protrusión discal en la región central y paramdiana izquierda de L5-S1 sin defecto compresivo significativo sobre saco dural.

Ahora bien, la pérdida de la oportunidad o pérdida de chance se conoce como el menoscabo de probabilidad suficiente de obtener una ventaja esperada o evitar la pérdida de la recuperación de la salud. Así mismo el Consejo de Estado<sup>4</sup> ha señalado que:

---

<sup>4</sup> Sentencia del Consejo de Estado. Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593). Fecha: 11 de agosto de 2010.

“PERDIDA DE OPORTUNIDAD - Pérdida de chance / PERDIDA DE CHANCE - Pérdida de oportunidad / PERDIDA DE OPORTUNIDAD - Noción. Definición doctrinal La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento. La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento. (...) La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del “chance” en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto”

De lo anterior, se infiere que debe existir esa pérdida o chance que no se le dio al paciente, pero en el caso en concreto el **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** le brindó al paciente todas las oportunidades y medios con los que contaba, pues se evidencia que se le realizó todas las ayudas diagnósticas, toma de paraclínicos y revisión con especialistas con el fin de confrontar en debida forma la patología que presentaba, pero el paciente no presentaba mejoría, a pesar de suministrársele medicamentos. Por lo que, nótese como no existe la tal pérdida de oportunidad por parte del Hospital, pues se le practicaron todos los paraclínicos y se le suministraron los medicamentos necesarios.

Por ello, el H. Consejo de Estado ha señalado que la pérdida de oportunidad debe probarse a través de prueba técnica que determine de manera cierta la probabilidad de resultado, es decir esta no se encuentra al azar o por suposiciones, sino que debe acreditarse el chance de recuperación. Al respecto señaló lo siguiente:

“(…) La teoría de la pérdida de oportunidad permite entonces considerar que, en eventos en los cuales esté probada la acción o la omisión (falta médica) y la relación de causalidad no esté acreditada en forma absoluta, sino que se ha demostrado técnicamente que de no existir el hecho o la omisión es *probable* que el paciente no hubiese sufrido el daño o se hubiese sanado, pueda condenarse al demandado, no por la totalidad, sino por una parte del daño. En estos casos la doctrina sugiere que el perito es quien debe determinar cuál era la probabilidad que existía de un resultado exitoso si se hubiese realizado la intervención o el tratamiento que no se hizo; y sugiere que el grado de probabilidad en lo posible sea indicado en el propio dictamen. Y cuando la doctrina se refiere a la pérdida de oportunidad en materia médica como un *daño autónomo*, no se refiere —de ninguna manera— a un perjuicio *adicional* para reconocerle a la víctima. La pérdida de

oportunidad representa un *daño autónomo* porque es diferente al daño <<global>> que debe ser reparado cuando se establezca la relación causal entre la falta médica y el daño, que es lo que ocurre en este caso (...)"<sup>5</sup>

Es decir que ante la ausencia de elementos probatorios que determinen a nivel pericial cuál era la probabilidad de éxito o de vida normal sin complicaciones que tenía el paciente, por lo que no entiende el suscrito por qué la parte actora manifiesta con tanta seguridad que existió una pérdida de oportunidad cuando no existe prueba que acredite su errónea teoría.

Ahora bien, se resalta que no existe dentro del plenario una prueba técnica o científica que acredite la teoría planteada por la parte actora, pues únicamente no se trata de indicar que ocurrió una supuesta falla médica, sino que también debe aportar elementos material probatorios preferiblemente técnicos al tratarse de una responsabilidad médica. Pues contrario a lo que ha planteado la parte actora no se observa esa supuesta pérdida de la oportunidad o de chance, sino una diligente y oportuna atención por parte de los galenos, pues inmediatamente este acude al servicio de urgencias, fue diagnosticado, se le practicaron paraclínicos, se le ordenó un tac y se ordenó revisión con especialistas.

Examen Físico:  
Aspecto general  
Aspecto general : PACIENTE ALGICO, MARCHA ANTALGICA  
Tórax  
Tórax : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS  
Abdomen  
Abdomen : RUIDOS INTESTINALES NORMALES, A LA PALPACION BLANDO, NO DOLOROSO.

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico de ingreso - M518 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 11/01/2020, Edad al diagnóstico: 35 Años.

#### ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Destino del paciente: OBSERVACION

Análisis del caso:  
Plan de manejo: -OBSERVACION  
-DIETA NORMAL  
-LEV A 70CC/H  
-DIPIRONA 1 AMP EV CADA 6 HORAS  
-HIDROMORFONA 0. 8ML EV CADA 4 HORAS  
-OMEPRAZOL 1 AMP EV CADA 24 HORAS  
-SE SOLICITAN PARACLINICOS  
-SE SOLICITA TAC DE COLUMNA LUMBO-SACRA  
-SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDOA  
Observaciones:.

De lo anterior, se evidencia que era necesario realizarle al paciente exámenes físicos, paraclínicos, ayudas diagnosticas, suministro de medicamentos y demás acciones pertinentes para confirmar el diagnóstico, descartas demás patologías, pues la atención médica únicamente no se basa en lo consignado por otras instituciones médicas pues un error en no confirmar el diagnostico puede agravar la situación del paciente al no conocerse todo su estadio médico.

Por otro lado, es importante señalar que la realización del paciente no se encontraba en buenas condiciones médicas para practicarse el drenaje de absceso del psoas por lo que tenía que resolverse primero su descompensación, tal y como se observa en la imagen adjunta:

<sup>5</sup> Sentencia del Consejo de estado – Sección Tercera – Subsección B – Rad.08001233300420130035602 (59550). Fecha: 2 de agosto de 2024.

Fecha: 13/01/2020 10:37 - Ubicación: UCI2  
Evolución médica - ORTOPEDIA

ANAMNESIS

Subjetivo: Paciente trasladado a UCI, personal de enfermería reporta ya fue trasladado a UCI, en regulares condiciones generales.  
Objetivo: Paciente con IOT y ventilación mecánica modo AC VC 490 PESO IDEAL 71 KG. FR 14, PEEP 6 FIO2 50 %. En muy regulares condiciones generales.

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico principal - M518 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 11/01/2020, Edad al diagnóstico: 35 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente quien se encuentra por nuestra especialidad en contexto de absceso del psoas izquierdo y espondilodiscitis de L5, con protrusión discal L4-L5 con disminución de la amplitud del canal, protrusión discal central y paramediana izquierda L5-S1 sin efecto compresivo significativo sobre sacro dural, así mismo infección de vías urinarias.

En el momento siendo trasladado a UCI 2, con IOT y en regulares condiciones generales. Se considero una vez resuelta su descompensación clínica aguda debe llevarse a quirófano para drenaje de absceso del psoas. Pendiente valoración por Ortopedia Columna para definir conducta a seguir por espondilodiscitis asociada. Se considera toma de RMN de columna lumbosacra con y sin contraste de manera URGENTE, se pasa paquete como urgencia vital. Debe continuar manejo de sus patologías de base en UCI.

Plan de manejo: - Se solicita RMN de columna lumbosacra como urgencia vital.  
- Seguimiento por especialidad  
- Continúa manejo establecido.

(...)

Para el 15 de enero de 2020, se comentó que el paciente aun continuaba en condiciones críticas con alto riesgo de fallecimiento:

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Paciente de 35 años sin antecedentes patológicos relevantes, hospitalizado en contexto de absceso de psoas izquierdo y destrucción del cuerpo vertebral L5 en relación a espondilodiscitis, protrusión discal L4-L5 con disminución de la amplitud del canal, protrusión discal central y paramediana izquierda L5-S1 sin efecto compresivo significativo sobre sacro dural (lectura de tac), tiene pendiente realización de rmn de columna para con esta definir si requiere conducta quirúrgica, dado que paciente desde ingreso no mostro clinica de absceso de psoas ni deficit neurologico, consideramos que se trata de una espondilodiscitis que ha drenado al psoas por tal motivo se requiere la rmn para caracterizar bien el origen infeccioso y así definir si requiere manejo quirúrgico para drenar colección del psoas abierto o punción guiada por tac o manejo medico (atb) para espondilodiscitis, En caso de no poder realizarse de forma rapida se sugiere punción guiada por TAC, verbalmente el dr molina intensivista informa que clinicamente el paciente ha mejorado reactantes de fase aguda en el momento cursa con hemodinamia sostenida sin soporte vasopresor, acoplado al modo ventilatorio, con sirs dado por taquicardia. Sin picos febriles, control diuretico adecuado, metabolico fuera de metas. y no requiere una intervención urgente hasta que se evalúe de una forma mejor con las ayudas diagnosticas en este caso la RNM, Paciente con pronóstico reservado, alto riesgo de complicaciones y fallecimiento. Debe continuar monitoria UCI.

Es decir que someter a un paciente a un procedimiento sin tener las condiciones para soportarlo y/o resistirlo si se convierte en un verdadero descuido e imprudente procedimiento médico, por lo que la actuación coherente, oportuna, diligente y ajustada de los galenos de a ESE se encuentra ajustada a los protocolos de la lex artis.

Por lo anterior, los argumentos subjetivos señalados por la parte actora carecen por completo de soporte en guías y protocolos que pudieron poner en entredicho el actuar de los aquí demandados, pues nótese que al paciente se le dio un manejo médico con criterios de oportunidad, pertinencia y diligencia, en aras de tratar en debida forma el cuadro clínico que presentaba el paciente, pero dadas sus condiciones críticas de salud era necesario estabilizarlos antes de someterlo a una intervención.

En conclusión, el **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** no atropelló la oportunidad de atención medica que requería el paciente, pues de acuerdo a los protocolos de la lex artis le brindó la atención al señor **Andrés Felipe Olaya Correa**, practicándole los paraclínicos, ayudas diagnósticas, suministrándole el medicamento necesario pero debido a su estado delicado

y su evolución tan desfavorable no se podía intervenir en el tiempo que erradamente acusa el demandante, pues fueron las propias condiciones médicas del paciente las que impidieron realizar el procedimiento antes. Es decir que la supuesta pérdida de la oportunidad o chance que reclama la parte actora no es por ningún motivo atribuible al **Hospital** pues se recuerda, éste cumplió con los protocolos de la *lex artis*.

**B. AUSENCIA DE ELEMENTOS MATERIALES PROBATORIOS QUE ACREDITEN UNA FALLA EN EL SERVICIO ATRIBUIBLE AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.**

De acuerdo a los hechos objeto del presente litigio, la parte actora señala que existió una falla en el servicio porque a su juicio, que no es técnico, “dadas las condiciones en las que arriba el paciente debieron intervenirlo y drenarle el absceso psoas lo más pronto posible”. Sin embargo, es importante precisar que la falla imputada por la parte actora no está probada ni podrá probarse porque no existió, toda vez que el paciente no presentó condiciones buenas de salud para someterse a dicha intervención, pues desde el momento que acudió al Hospital presentó síntomas débiles y poco favorables. Por lo tanto, no existen elementos de juicio para atribuir responsabilidad contra el **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** máxime cuando este cumplió con todos los protocolos establecidos en la *lex artis*.

Al respecto, frente a la falla en el servicio el consejo de Estado ha señalado lo siguiente:

“(…) Para acreditar la falla en la prestación del servicio médico y el nexo causal entre esta y el daño, la parte demandante —quien tiene la carga de probar ese supuesto de hecho (art. 177 del CPC)- puede acudir a todos los medios de prueba, sin dejar de lado que en **materia de responsabilidad médica y hospitalaria adquiere especial importancia el dictamen pericial y los indicios.** La entidad estatal, por su parte, puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado en el servicio, es decir, que su conducta se ajustó a la *lex artis*, o que el daño se originó en una causa externa, como el hecho de la víctima o el hecho de un tercero. (...)”<sup>6</sup>

En ese sentido y de acuerdo a lo señalado por el Consejo de Estado, el **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** no existe dentro del plenario una prueba tan siquiera sumaria que acredite la supuesta falla en el servicio médico, máxime cuando el máximo órgano de cierre ha señalado que cobra de gran importancia los dictámenes periciales e indicios, los cuales ambos brillan por su ausencia dentro del proceso. Por el contrario, de acuerdo a la información que reposa en la historia clínica se evidencia el buen actuar de los galenos que le realizaron todos los paraclínicos exámenes físicos para confirmar el diagnóstico y continuar con lo establecido en el protocolo, así mismo se realizó un tac de columna, se estabilizó al paciente después de varios días de seguimiento constante con especialistas y tomas de múltiples paraclínicos. De este modo y entendiendo que las pretensiones de la parte actora no se encuentran soportadas es factible concluir que no existió omisión y/o falla en el servicio por parte del **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.**

---

<sup>6</sup> Sentencia del Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección C - Rad. 05 001 23 31 000 2011 00082-02 (66642) del 28 de octubre de 2024.

Sobre el particular, cabe precisar que, como ya es de amplio conocimiento, para que exista responsabilidad del Estado a título de falla en el servicio, deberá existir una conducta que infiera daño a otro, así como una relación de causalidad entre estos dos últimos. Dicho lo anterior, la aquí demandada, sólo podrán considerar responsables, en el evento de ser probado que se ejerció u omitió negligentemente una conducta frente a la atención requerida por el señor **Andrés Felipe Olaya Correa** y que la misma, fue la causa eficiente del daño alegado por los demandantes.

Dicho esto, hago especial hincapié en que al **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** no le es imputable el reproche realizado por toda vez que las condiciones actuales del demandante obedecen a causas totalmente ajenas a la voluntad de los galenos. Ahora bien, corresponde a la parte activa determinar si en efecto existió la supuesta omisión y/o falla de los demandados, para que pudiera predicarse, consecuentemente, una falla en el servicio prestado por los estos. Máxime, cuando la misma no es susceptible de presunción, por lo tanto, es indispensable que el actor lo acredite. En otras palabras, se trata de esclarecer si le asiste razón a la parte actora en determinar si las obligaciones a cargo de aquellas entidades fueron efectivamente quebrantadas. Al respecto, la jurisprudencia<sup>7</sup> ha enseñado:

La Sala, de tiempo atrás, ha dicho que la falla del servicio ha sido en nuestro derecho y continúa siendo el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al juez administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.

De este modo, y entendiendo que no existen elementos materiales probatorios que acrediten la supuesta omisión y /o falla en el servicio de la entidad demanda, las pretensiones señaladas en el escrito de la demanda no tienen vocación de prosperidad. En el caso particular del **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** debe decirse que es claro que no hay pruebas que acrediten una falla en el servicio.

En conclusión, no ocurrió una falla en el servicio y por consiguiente responsabilidad en cabeza del **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.**, máxime cuando el paciente no presentó condiciones buenas de salud para someterse a dicha intervención, pues desde el momento que acudió al Hospital presentó síntomas débiles y poco favorables. En consecuencia, ante la ausencia de los elementos necesarios para la configuración de responsabilidad, los hechos deben ser tenidos como no probados y las pretensiones de la demanda necesariamente fracasar.

En ese contexto, solicito respetuosamente al Despacho se sirva declarar probada esta excepción.

### **C. LA OBLIGACIÓN DE LOS MÉDICOS ES DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO.**

La institución médica demandada y los galenos que atendieron al señor **Andrés Felipe Olaya Correa** pese a haber tenido una obligación de **medio únicamente**, le brindaron la asistencia médica integral pues tomaron paraclínicos, realizaron examen físico y atención con médicos especialistas.

---

<sup>7</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Radicación 05001-23-31-000-1994-02077-01(19723), 10 de marzo de 2011. C.P. Stella Conto Diaz Del Castillo.

Ahora, como se ha reiterado a lo largo de este escrito, las complicaciones del paciente no ocurrieron por actuaciones médicas o por hechos humanos, sino por actuaciones totalmente ajenas a estos, pues su patología avanzó de manera rápida y su estado clínico no era el más favorable para intervenirlo. Por lo tanto, a pesar de las condiciones de salud en las que llegó, los galenos realizaron y cumplieron con los protocolos de la *lex-artis*, pues se les brindó la asistencia médica que requerían.

Al respecto, la Corte Constitucional, mediante Sentencia T-345 del 14 de junio de 2013, Magistrada Ponente, Dra. María Victoria Calle Correa, se pronunció indicando:

3.1. En múltiples ocasiones, diferentes Salas de Revisión de esta Corporación han señalado que los usuarios del Sistema de Salud tienen el derecho constitucional a que se les garantice el acceso efectivo a los servicios médicos necesarios e indispensables para tratar sus enfermedades, recuperar su salud y resguardar su dignidad humana. Esto fue recogido por la sentencia T-760 de 2008 en la regla: toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud', pues lo que realmente interesa es si de aquel depende la dignidad y la integridad del peticionario y si el servicio ha sido ordenado por el médico tratante.

En esta línea, la Corte ha resaltado que en el Sistema de Salud, quien tiene la competencia para determinar cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud es, *prima facie*, el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce de primera mano y de manera detallada la condición de salud del paciente.

3.2. La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al concepto del médico tratante se debe a que éste (i) es un profesional científicamente calificado; (ii) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y (iii) es quién actúa en nombre de la entidad que presta el servicio.

En consecuencia, es la persona que cuenta con la información adecuada, precisa y suficiente para determinar la necesidad y la urgencia de un determinado servicio a partir de la valoración de los posibles riesgos y beneficios que este pueda generar y es quién se encuentra facultado para variar o cambiar la prescripción médica en un momento determinado de acuerdo con la evolución en la salud del paciente.

En este orden de ideas, siendo el médico tratante la persona facultada para prescribir y diagnosticar en uno u otro sentido, la actuación del Juez Constitucional debe ir encaminada a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente y a garantizar el cumplimiento efectivo de las garantías constitucionales mínimas, luego el juez no puede valorar un procedimiento médico. Por ello, al carecer del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular podría, de buena fe pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos, tal como podría ocurrir en el caso concreto.

3.3. Por lo tanto, la condición esencial para que el juez constitucional ordene que se suministre un determinado procedimiento médico o en general se reconozcan prestaciones en materia de salud, es que éste haya sido ordenado por el médico tratante, pues lo que se busca es resguardar el principio según el cual, el criterio médico no puede ser remplazado por el jurídico, y solo los profesionales de la medicina pueden decidir sobre la necesidad y la pertinencia de un tratamiento médico.

Por supuesto, hay casos en los que, con mayor evidencia técnica y científica puede controvertirse la posición del médico tratante. Esto fue recogido por la sentencia T-344 de 2002 al establecer que para que el dictamen del médico pueda ser legítimamente controvertido "la opinión de cualquier otro médico no es suficiente. La base de la decisión

negativa contraria a lo prescrito por el médico que ha tratado al paciente debe ser más sólida, por lo que ha de fundarse, por lo menos en: (1) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad, (2) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento solicitado en el accionante”.

De lo anterior, da cuenta la historia clínica allegada con la demanda, la cual evidencia que desde el momento en que el paciente ingresó a la citada institución, se le brindaron todas las atenciones y servicios en salud por ella requerido, desplegando innumerables esfuerzos encaminados a restablecer su salud.

En adición de lo anterior, debe resaltarse que el señor **Andrés Felipe Olaya Correa** fue atendido por profesionales médicos idóneos y calificados, quienes brindaron la atención médica asistencial que le correspondía en forma diligente y oportuna. La labor de los profesionales de la salud y del personal administrativo al servicio de la institución asegurada se desarrolló dentro de lineamientos esperados. En este punto debe destacarse que la medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos y diagnósticos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas, los resultados de los procedimientos médicos no podrán ser predecibles.

En todo caso, insisto en destacar que la atención recibida por el señor **Andrés Felipe Olaya Correa** en la institución médica demandada fue siempre oportuna, de ello da cuenta el libelo genitor donde no se observa censura alguna de su conducta, pues siempre dio cumplimiento cabal de las obligaciones a su cargo que recaían en velar por la estabilización y atención oportuna del paciente.

En conclusión, en un caso como el que nos ocupa, se observa que las entidades demandadas dieron cabal cumplimiento a las obligaciones legales contraídas, porque si bien la obligación médica en general es de medio, ésta exige a los profesionales de la medicina, su ajuste a las normas y protocolos que rigen tal actividad, así pues, es como las citadas instituciones se han ceñido a lo dispuesto por la normatividad aludida de manera que en la atención brindada al señor **Andrés Felipe Olaya Correa** se le practicaron todos los paraclínicos, exámenes físicos y atención especializada que se traduce en el cumplimiento de lo citado en este acápite luego no puede atribuirse ningún tipo de responsabilidad, dado que las entidades demandadas actuaron en cumplimiento de los deberes legales que como tal le asistían.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

**D. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.**

Coadyuvo las excepciones propuestas por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.** sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada, ni comprometan su responsabilidad.

**E. IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES.**

## 6.1 indemnización daños morales.

La tasación propuesta del daño moral es exorbitante y en tal virtud, no puede ser tenida en cuenta por el despacho. La pretensión resulta excesivamente cuantificada al solicitarse la suma de cien (100) SMLMV, para la víctima directa y para aquellos en primer y cincuenta (50) para aquellos de segundo grado de consanguinidad Petición que resulta anti técnica, pues no se aportó un documento o una sola prueba que diera cuenta de las supuestas secuelas psicológicas padecidas por la demandante, como tampoco se acreditó a través de prueba médica o dictamen de PCL que las secuelas que tuvo el señor son equivalentes a las que ostenta una persona que es declarada en estado de invalidez. Por ese motivo, no puede solicitar un reconocimiento superior al máximo en el caso de las lesiones más graves, que son cien (100) SMLMV.

Ahora bien, debe aclararse que la indemnización no puede ser fuente de enriquecimiento para la presunta víctima. En otras palabras, es imperativo que el juez tenga en cuenta que los principios generales del derecho, la legislación y los criterios jurisprudenciales, establecen que la víctima de un hecho dañoso no puede enriquecerse como consecuencia de una indemnización. Por el contrario, la reparación únicamente debe propender por llevar a la persona al estado previo al acontecimiento del hecho. Por lo anterior y sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada, en el evento que el honorable juez considere que sí se reúnen los elementos de la responsabilidad, comedidamente le solicito desestime la tasación exorbitante de perjuicios propuesta por la demandante. En su lugar, se deberán atender fielmente los criterios jurisprudenciales establecidos por el Consejo de Estado que corresponden a lo siguiente:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Por lo tanto, al no existir un porcentaje de la gravedad de la lesión y tampoco elementos materiales probatorios médicos o dictámenes equivalentes que permitan demostrar que las lesiones del señor **Andrés Felipe Olaya Correa** deben cuantificarse superando el máximo baremo fijado por el Consejo de Estado de cien (100) SMLMV para el caso de lesiones. Por lo tanto, no hay lugar al reconocimiento de semejante tasación por daño moral. Sin embargo, deberá el juzgador en todo caso, tener en cuenta los lineamientos señalados por el Consejo de Estado.

Así pues, frente a los perjuicios morales solicitados en el líbello de la demanda, es preciso señalar que el Consejo de Estado, mediante Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales, sostuvo lo siguiente:

“La reparación moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

(...)

Deberá verificarse la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la que determinará el monto indemnizatorio en salarios mínimos. Para las víctimas indirectas se asignará un porcentaje de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado, conforme al cuadro.

**La gravedad o levedad de la lesión y los correspondientes niveles se determinarán y motivarán de conformidad con lo probado en el proceso.**

Nivel No. 1. **Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno-filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes)**. Tendrán derecho al reconocimiento de 100 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%, a 80 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 60 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 40 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 20 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 10 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior a 10%”. (Énfasis propio).

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte demandante. Solicitar (100) smlmv, para la víctima directa y (50) smlmv aquellos de primer y segundo grado de consanguinidad, resulta a todas luces exorbitante. Máxime, cuando no existe documento que acredite la gravedad de la lesión, ni elementos materiales probatorios médicos o dictámenes equivalentes que permitan demostrar la existencia de una secuela.

En conclusión, es inviable el reconocimiento por daño moral en las sumas pretendidas por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es a todas luces excesiva y equivocada. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir de la unificación jurisprudencial del Consejo de Estado. De ese modo, en tanto las sumas solicitadas en las pretensiones de la demanda desconocen los lineamientos establecidos por esa corporación y no se encuentran probados, la consecuencia jurídica es que deben ser desestimadas.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **6.2 Frente al daño a la salud.**

Lo solicitado como daño a la salud es totalmente improcedente y excesivo. Lo anterior, toda vez que no se arrimó una sola prueba que diera cuenta de las supuestas secuelas padecidas por el demandante en razón de la lesión que es objeto de demanda. Así como tampoco se aportó elemento técnico alguno que evidenciara la gravedad de la misma. Por lo cual, al no estar probados estos elementos esenciales, lo alegado en el líbello inicial tendrá que tenerse por desestimado. Adicionalmente, de forma equivocada se solicita la suma de 300 SMLMV para la víctima directa del hecho, asemejado a lo que se reconoce cuando una persona es declara inválida.

Al momento de estimar la solicitud por daño a la salud, se desatendieron completamente los topes máximos de indemnización fijados por el máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativo para la tasación del daño, los cuales son los siguientes:

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL	
Gravedad de la lesión	Víctima directa
	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

En tal virtud, al no existir un documento que pruebe la gravedad de la lesión, la solicitud se encuentra totalmente elevada y desconoce los lineamientos bajo los cuales se reconoce el mismo. Así las cosas, ante la desmesurada solicitud del daño a la salud estimado en 300 SMLMV, para la supuesta víctima directa del hecho, es claro que no podrá proceder tal pretensión, toda vez que es evidente el ánimo especulativo de la errónea tasación de este perjuicio, en tanto el mismo resulta claramente exorbitante e improcedente.

En conclusión, es desacertada la petición de reconocimiento del daño a la salud en la suma pretendida por la parte demandante, toda vez que no existen elementos materiales probatorios que den cuenta de la gravedad de la lesión padecida por el señor **Andrés Felipe Olaya Correa** ni mucho menos que los mismos se asemeja a lo pretendido por una persona que ha sido declarada invalida.

### 6.3 Frente al lucro cesante.

Es menester indicar al despacho que no hay lugar al reconocimiento de indemnización a título de lucro cesante, toda vez que la parte actora pretende el reconocimiento de dicho perjuicio sin cumplir con la carga probatoria correspondiente. En el expediente no milita contrato laboral, desprendibles de pago de salario, transferencia bancaria, afiliación al Sistema General de Seguridad Social, u otro medio probatorio que acredite la vinculación laboral que tenía el señor **Andrés Felipe Olaya Correa** para el momento de los hechos y esta no puede ser susceptible de presunción. Así mismo, no se aportó prueba de la supuesta pérdida de capacidad laboral o un dictamen que acreditara la gravedad de la lesión para la liquidación de lucro cesante futuro, ni tampoco prueba de las incapacidades médicas para liquidar lucro cesante consolidado. Por lo tanto, al no existir elementos materiales probatorios para liquidar este perjuicio material no es procedente su reconocimiento.

El lucro cesante se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica, de contenido pecuniario. Es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir, que no ingresará al patrimonio de la persona. En efecto, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización

por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar.

Esto significa que el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias. Por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso, siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos dejados de percibir.

Ahora bien, se debe mencionar que todas las posibles discusiones que pueden emerger frente al particular fueron zanjadas mediante el más reciente pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado, en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019. Providencia en la que se elimina la presunción según la cual toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, en tanto contraría uno de los elementos del daño, esto es la certeza. De manera que el lucro cesante solo se reconocerá cuando obren pruebas suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

**“La ausencia de petición, en los términos anteriores, así como el incumplimiento de la carga probatoria dirigida a demostrar la existencia y cuantía de los perjuicios debe conducir, necesariamente, a denegar su decreto. (...).**

En los casos en los que se pruebe que la detención produjo la pérdida del derecho cierto a obtener un beneficio económico, lo cual se presenta cuando la detención ha afectado el derecho a percibir un ingreso que se tenía o que con certeza se iba a empezar a percibir, el juzgador solo podrá disponer una condena si, a partir de las pruebas obrantes en el expediente, se cumplen los presupuestos para ello, frente a lo cual se requiere que se demuestre que la posibilidad de tener un ingreso era cierta, es decir, que correspondía a la continuación de una situación precedente o que iba a darse efectivamente por existir previamente una actividad productiva lícita ya consolidada que le permitiría a la víctima directa de la privación de la libertad obtener un determinado ingreso y que dejó de percibirlo como consecuencia de la detención.

**Entonces, resulta oportuno recoger la jurisprudencia en torno a los parámetros empleados para la indemnización del lucro cesante y, en su lugar, unificarla en orden a establecer los criterios necesarios para: i) acceder al reconocimiento de este tipo de perjuicio y ii) proceder a su liquidación.**

**La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante”. (Énfasis propio).**

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual. Descendiendo al caso objeto de estudio, debe manifestarse que el señor **Andrés Felipe Olaya Correa** pretende el reconocimiento del lucro

cesante consolidado y futuro, derivado de las lesiones sin aportar contrato laboral, desprendibles de pago, afiliación al Sistema de Seguridad Social en el régimen contributivo, que acreditara la respectiva vinculación del demandante.

Además, no se aportó prueba de la supuesta pérdida de capacidad laboral o un dictamen que acreditara la gravedad de la lesión para la liquidación de lucro cesante futuro, ni tampoco prueba de las incapacidades médicas para liquidar lucro cesante consolidado. Adicionalmente, la parte actora pretende el reconocimiento de dicho perjuicio sin cumplir con la carga probatoria correspondiente.

En conclusión, al no haberse aportado prueba si quiera sumaria que permita acreditar la ganancia dejada de percibir como consecuencia del supuesto hecho dañoso, no resulta procedente la pretensión impetrada en el líbello genitor, según la cual, debe reconocer y pagarse en favor de la parte actora suma de dinero por concepto de lucro cesante consolidado y futuro, máxime cuando fue este quien se expuso de manera imprudente a la ocurrencia del hecho. Por lo tanto, al no existir elementos materiales probatorios para liquidar este perjuicio material no es procedente su reconocimiento.

#### **F. GENÉRICA O INNOMINADA**

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de la prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el inciso segundo del artículo 187 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo que establece: “

“(…) En la sentencia se decidirá sobre las excepciones propuestas y **sobre cualquiera otra que el fallador encuentre probada**. El silencio del inferior no impedirá que el superior estudie y decida todas la excepciones de fondo, propuestas o no, sin perjuicio de la no reformatio in pejus.” (subrayado y negritas propias).

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### **CAPÍTULO IV. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.**

#### **I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “PRIMERO”:** Es cierto los señores Andrés Felipe Olaya y otros presentaron proceso de reparación directa en contra del **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.**, por la supuesta falla ocasionada en la prestación

del servicio. Sin embargo, lo aquí manifestado no tiene injerencia alguna con el fundamento del llamamiento en garantía que se vinculó a mi prohijada.

**Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “SEGUNDO”:** Es cierto, solo en cuanto a que, entre el **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** y la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** celebraron el contrato de seguro de Responsabilidad Civil documentado en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 , con el objeto de amparar entre otros, la responsabilidad civil médica del Hospital.

Sin embargo, debe aclararse que la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 no ofrece cobertura temporal, toda vez que, **no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es “Claims Made”**. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación radicada el 29 de marzo de 2022 según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 60 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.**

En consecuencia, no es cierto que el contrato de seguros preste cobertura para los hechos objeto del litigio.

**Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “TERCERO”:** Es cierto, solo en cuanto a que la póliza el contrato de seguros fue pactado bajo la modalidad de “claims made” y que los hechos objeto del litigio ocurrieron dentro del periodo de retroactividad del contrato. Sin embargo, este no es el único requisito que se necesita para que se cumpla la modalidad de cobertura pactada. Lo anterior, toda vez que la modalidad es claims made es aquella que ampara la responsabilidad civil derivada de **daños causados a terceros durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad y que sean reclamados por primera vez al asegurado durante la vigencia de la póliza**, es decir se deben cumplir simultáneamente ambos requisitos.

Pero descendiendo al caso en concreto tenemos que no ofrece cobertura temporal, toda vez que, **no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es “Claims Made”**. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación radicada el 29 de marzo de 2022 según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 60 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.**

**Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “CUARTO”:** No es cierto como está planteado. La mera existencia de la póliza y que los hechos eventualmente ocurran dentro de la

vigencia de la póliza no genera un derecho a exigir el desembolso o reembolso del pago de indemnización alguna, toda vez que deben existir unas condiciones particulares y generales pactadas por las partes para solicitar la afectación de la póliza.

Y se reitera, la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 no ofrece cobertura temporal, toda vez que, **no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es "Claims Made"**. Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación radicada el 29 de marzo de 2022 según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 60 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.**

## **II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.**

**Frente a la pretensión única del llamamiento en garantía:** Esta petición ya fue resuelta por el despacho mediante auto interlocutorio No. 052 del 7 de febrero de 2025 el cual decidió aceptar el llamamiento en garantía formulado por el **Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.** contra la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**

## **III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

### **A. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000031.**

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 no ofrece **cobertura temporal**, toda vez que, no se cumplieron los requisitos de la modalidad bajo la cual fue pactada, esto es "Claims Made". Si bien es cierto, los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación radicada el 29 de marzo de 2022 según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 60 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir que **la reclamación al asegurado, se realizó por fuera de la vigencia de la póliza, dejando por fuera la cobertura y el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.** En consecuencia, existe una evidente falta de legitimación en la causa material por pasiva de la compañía aseguradora, por cuanto la póliza vinculada no ofrece cobertura tal y como se ha señalado anteriormente.

Ahora bien, si bien es cierto que entre mi representada y el **Hospital Universitario Del Valle E.S.E.** se celebró el negocio asegurativo documentado en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de

diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, se debe recordar que en dicho contrato de seguro también se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determina que en el seguro de responsabilidad, la cobertura podrá circunscribirse a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

La **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 opera bajo la modalidad de cobertura denominada "Claims Made", en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

COBERTURA:  
AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE  
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ENERO 01 DE 2018 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que en el caso particular, si bien los hechos ocurrieron dentro del período de vigencia pactado en las pólizas, el reclamo al asegurado se materializó con la solicitud de audiencia de conciliación radicada el 29 de marzo de 2022 según constancia de no acuerdo de la Procuraduría 60 Judicial I para Asuntos Administrativos, es decir por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro, razón por la cual no existe a cargo de mi representada obligación de indemnizar, por cuenta de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, pues si bien estuvo vigente para el momento es que se supone ocurrieron los hechos, no lo estuvieron para la fecha en que se hizo la reclamación al asegurado, dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas.

Se concluye, que al no reunirse los presupuestos para que opere la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020 pactada bajo la modalidad de "Claims Made", la cual sirvió como sustento para llamar en garantía a mi representada, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de esta.

Solicito señora Juez declarar probada esta excepción

## **B. LAS EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000031.**

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del contrato de seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo

de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”<sup>8</sup>

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los contratos de seguro. Razón por la cual, es menester señalar que la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, en su página 6 y siguientes señalan una serie de exclusiones, las cuales solicito aplicar expresamente al caso concreto.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones arriba señaladas o las que constan en las condiciones generales y particulares de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

Solicito señor juez declarar probada esta excepción.

### **C. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.**

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

“Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de

---

<sup>8</sup> Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.”

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente: **“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”** (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de perjuicios morales no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.**, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte del hospital que nada tuvo que ver con el lamentable fallecimiento del nasciturus.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias y que la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, no ofrece cobertura por los argumentos antes esbozados, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la misma, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciéndola.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiende a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción, y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

Solicito señor Juez declarar probada esta excepción.

**D. LÍMITES Y SUBLÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES PACTADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000031.**

En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de que pueda llegar a surgir obligación de indemnizar a cargo de la aseguradora, únicamente con ánimo ilustrativo debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se estableció un límite de **DOS MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000.000) como máximo, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada.** La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que

se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031**, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	\$ 2,000,000,000.00
<del>RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL</del>	<del>2,000,000,000.00</del>
<del>TRANSPORTE EN AMBULANCIA</del>	<del>2,000,000,000.00</del>
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	2,000,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2,000,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2,000,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	200,000,000.00

Conforme a lo señalado anteriormente, en este caso en particular, operaría la suma asegurada equivalente a **DOS MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000.000)**. En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción denominada "Límites y sublímites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020, los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

**E. EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-994000000031 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE.**

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de que pueda llegar a surgir obligación de indemnizar a cargo de la aseguradora, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.** y, en este caso para la póliza, se pactó en el de **10.00% del valor de la pérdida como mínimo \$15.000.000.**

El deducible, el cual está legalmente permitido, luego que se encuentra consagrado en el artículo 1103 del Código de Comercio reza que: "(...) *Las cláusulas según las cuales el asegurado deba*

*soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)*

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro. Así entonces, de acuerdo con el contenido de la póliza, se pactó un deducible de la siguiente manera:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 15.000.000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo con lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, el **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que el Hospital sea hallado patrimonialmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas el proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente al **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.**

Por lo expuesto, solicito respetuosamente al Juez, declarar probada esta excepción.

#### **F. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO**

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prolijada.

Solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepción.

### **G. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.**

Esta excepción se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de cada póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil extracontractual vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectaría como resultado de la configuración de una causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la caratula de las mismas.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

### **H. PAGO POR REEMBOLSO**

Sin que el planteamiento de esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegarse a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

“Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma directa a la aseguradora, precisamente porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que

este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que **a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.(...)**" (Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado.)

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

"Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le remolse el monto de la condena que sufre"

Así las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a través de pago directo, **sino por reembolso o reintegro.**

## **I. GENÉRICA O INNOMINADA**

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción del contrato de seguro. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del Código General del Proceso que establece: *"En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda"*.

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse y declararse de manera oficiosa en la respectiva sentencia que defina el mérito del

asunto.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

#### **CAPÍTULO V. MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- **DOCUMENTALES**

1. Poder especial que me faculta para actuar como apoderado especial de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
2. Certificado de existencia y representación legal de la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
3. Copia de la carátula, el condicionado particular y general de la **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-994000000031** cuya vigencia corrió desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 16 de agosto de 2020.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a la demandante, el señor **ANDRÉS FELIPE OLAYA CORREA** para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda.

- **INTERVENCIÓN EN LAS PRUEBAS TESTIMONIALES**

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, solicitamos respetuosamente la posibilidad de interrogar a los testigos solicitados por el **Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.** que lleguen a ser decretadas y así mismo a los testigos solicitados por la parte demandante.

#### **CAPÍTULO VI. NOTIFICACIONES**

A mi procurada y el suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 (Centro Empresarial Chipichape) de la ciudad de Cali (V); correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Cordialmente,

  
**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**  
C.C. No. 49.395.114 de Bogotá  
T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.