

Señores

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ - SALA CIVIL.**

**M.P. Sandra Cecilia Rodríguez**

E.S.D

**PROCESO:** VERBAL  
**RADICADO:** 11001310303820210017402  
**DEMANDANTE:** ESPERANZA BOTERO ALVAREZ Y OTROS  
**DEMANDADOS:** CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA Y OTROS  
**LLAMADA EN GARANTIA:** EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, e identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 expedida del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición apoderado general de **EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, tal y como se encuentra acreditado en el expediente, comedidamente concuro a su Honorable Despacho dentro del término oportuno para **PRESENTAR ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA**, dentro del término legal previsto para ello, solicitando respetuosamente al honorable Tribunal Superior Del Distrito Judicial De Bogotá - Sala Civil, **CONFIRMAR** la sentencia de primera instancia del 21 de abril del 2025, proferida por el Juzgado Treinta y Ocho (38) Civil Del Circuito de Bogotá, por medio de la cual se negaron las pretensiones de la demanda, dentro del proceso del asunto. Lo anterior con fundamento en los siguientes términos:

#### **I. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR.**

Es importante destacar que las obligaciones derivadas del contrato de seguro suscrito entre Compensar E.P.S y de Equidad Seguros Generales O.C., están condicionadas al cumplimiento de los presupuestos legales y contractuales, los cuales, en este caso, no se encontraron configurados. Se demostró de manera concluyente la inexistencia de la obligación indemnizatoria de Equidad Seguros Generales O.C. derivada del contrato de seguro suscrito con Compensar E.P.S, pues no se concretó el riesgo asegurado, teniendo en cuenta que no fue posible acreditar la responsabilidad civil médica que la parte accionante le imputó al extremo demandado, aspecto que resultó claro porque, el demandante no logro determinar el componente subjetivo, es decir comprobar la culpa (negligencia, descuido, impericia), por parte del personal médico que atendió al Sr. CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), toda vez que no logro demostrar, (i) que la causa de la muerte del Sr. Arango se debiera única y exclusivamente a la no realización de un vaciado gástrico que evitar la broncoaspiración, cuestión que es desechada de manera tajante por el juzgado de primera instancia, al advertir que el paciente, presentaba otras condiciones de salud que limitaba la

oportunidad de recuperación, como lo era, la edad, la evolución de días 8 días de evolución con presentando varios días de estreñimiento y dolor abdominal, y la evidencia de otras enfermedades como EPOC y asma y (ii), no se demostró que existiera protocolos que tuvieran como necesario la realización de un vaciado gástrico.

Es decir, contrario a lo probanza que pretendía la parte demandante; lo que si efectivamente se logró probar fue la diligencia y premura con la que fue atendido el sr. CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), quien se le dio intervención dentro de las 12 horas que arribo a la atención médica y adicionalmente se demostró que, a diferencia a lo que afirma el apoderado de la parte demandante, no era necesario realizar el procedimiento del vaciado gástrico, toda vez que, conforme a lo consultado con los familiares del paciente, hoy demandantes, estos habían sido enfáticos en afirmar que el paciente previo a ingresar al hospital estaba en ayuno. Por último, no se logró evidenciar, con base a los medios probatorios que la broncoaspiración fuera proveniente del tracto digestivo, por lo que era posible que proviniera de los pulmones.

Ahora bien, en cuanto a los argumentos expuestos por el apoderado de la parte demandante, para sustentar su apelación, debemos mencionar que no se evidencia que el juez de primera instancia, haya faltado en su deber de valoración probatoria al dictar la sentencia que recurre, por lo que carece de argumentos y méritos para que la misma sea revocada.

Por todo lo anterior, se solicita respetuosamente al Honorable Tribunal Superior Del Distrito Judicial De Bogotá - Sala Civil, que dentro del marco de las materias objeto de discusión en el recurso de alzada, se ratifique la decisión de primera instancia en la que se absolvió al extremo demandando y consecuentemente a la Equidad Seguros Generales O.C.

## **II. FUNDAMENTOS POR LOS CUALES LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA DEBE SER CONFIRMADA.**

Para tratar el presente ítem, comenzaremos por referirnos a los argumentos presentados por el juez de primera instancia para determinar cómo probada la ausencia de falla medica en la presentación del servicio que se le brindo al sr. CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE (Q.E.P.D) y por ultimo a las condiciones de salud que tenía el sr. ARANGO OLARTE, las cuales que impide que se tenga como cierto que el nexo causal de la broncoaspiración se haya debido exclusivamente a la falta de un vaciado gástrico.

- **INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA.**

Como quedó evidenciado en el recaudo probatorio realizado en el trámite de la presente demanda, es claro la CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA, actuó de manera diligencia y pronta desde el

primer momento en que el sr. CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), prueba de esta atención inmediata es que la atención medica prestada y la intervención quirúrgica de emergencia se dio dentro del lapso de 12 horas desde que llego a la Clínica Universidad La Sabana, en donde se encuentra claramente documentado que se le realizaron las siguientes atenciones:

- Fue diagnosticado oportunamente con hernia umbilical.
- Se instala cánula nasal y se le suministra oxígeno.
- Se pasa solución salina.
- Se entrega consentimiento informado y se explica al acudiente del paciente.
- Se monitorean constantemente los signos vitales del señor ARANGO OLARTE.
- Se realizan radiografías de torax y estómago
- Se le autorizan y aplican los medicamentos necesarios.
- Se autoriza procedimiento quirúrgico.
- Se adelantaron las acciones necesarias para salvaguardar su vida e integridad al momento del paro cardiorrespiratorio, reanimación y demás que finalmente desencadenó en su muerte.

La atención médica, fue realizada con la mayor prontitud posible, toda vez que como se refiere en la historia clínica y en los testimonios médicos, la condición medica que presentaba el sr. ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), corría con el grave riesgo de que el tejido afectado se necrosara y se originara una peritonitis, por lo que era cataloga como una urgencia quirúrgica.

Tal era el estado de gravedad que el mismo cirujano, el medico JUAN CARLOS BISBAL MORALES. que lo valoro al sr. ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), en su testimonio declaro lo siguiente:

**PREGUNTA:** *Dr. ¿Era Prioritaria esa cirugía al señor Carlos Arango?*

*Sí*

**PREGUNTA:** *O había otra forma de tratar esa obstrucción.*

**RESPUESTA:** *No era una hernia, Eh, una hernia gigante, era una hernia evidente a los ojos de cualquier persona, una hernia grande que incluía que llegaba ocupaba todo el escroto, o sea el testículo era completamente anormal a la simple vista de cualquier persona.*

*(...) Llegamos hasta allá porque solamente logramos incidir piel, pero era evidente que era una hernia encarcelada. Inguino Escrotal. O sea, desde la ingle hasta el testículo. Y recuerdo, creo que recuerdo que era una hernia de más de 20 cm,*

**era completamente observable**, que tenía una hernia y pues Claro, después de tantos días de un encarcelamiento, pues todo.

No obstante, a pesar, que los profesionales de la salud realizaran la atención en el menor tiempo posible y disponerse de todo el andamiaje institucional para la realización de dicha cirugía, lastimosamente, se presentó un desenlace fatal, que fue la muerte por presencia la bronco aspiración que presento el sr.ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), evento, que corresponde a un riesgo inherente al proceso anestésico, y del cual fue comunicado al paciente y su esposa, hoy demandante, por medio del consentimiento informado, tal y como se hace referencia en el siguiente extracto de la historia clínica:

Técnica general y sedación: complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, laringoespasma, broncoespasmo, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognitivas y psicomotoras, arritmias, convulsiones, paro cardiorrespiratorio y muerte.

La anterior afirmación, posteriormente es confirmada por JUAN CARLOS BISBAL MORALES de igual manera, se le pregunta si la broncoaspiración es riesgo inherente al procedimiento y esto responde:

**“PREGUNTA:** Si este riesgo de broncoaspiración es un riesgo inherente a este tipo de procedimientos en pacientes que se encuentran con obstrucción intestinal.

**RESPUESTA:** Sí es un riesgo.”

Frente a lo anteriormente referido es claro que la broncoaspiración resulta ser un riesgo inherente el cual es frente y a pesar de que se realice la medida para evitar su producción, la rapidez con que presenta, no permite en muchos casos evitarla, llevando a los pacientes a este tipo de desenlaces.

Ahora bien, resulta importante señalar que aparte de en la valoración del procedimiento médico, que realizo el Dr. Jhon Jairo Rodríguez Forero, Médico general, especialista en anestesiología y reanimación, y subespecialista en Medicina crítica y Cuidado Intensivo, en el dictamen médico aportado por la demanda EPS COMPENSAR, también hizo referencia al uso obligatorio o no de las sondas gástricas, a los que contesto lo siguiente:

**“6. Partiendo de su respuesta anterior señale, si de acuerdo con las guías y protocolos médicos, en el caso del señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE (q.e.p.d.) era mandatorio el uso de sonda nasogástrica.**

**RESPUESTA:** Desde el punto de vista anestésico, no es mandatorio el paso de sonda gástrica para la aplicación de la técnica anestésica, bien sea general o

**regional.** Su uso hace parte de las medidas descritas en prevención de broncoaspiración tales como intubación orotraqueal despierto, uso de antieméticos y procinéticos antes de la inducción anestésica, indicación de secuencia de intubación rápida, así como el uso de anestesia regional con el fin de preservar los reflejos de preservación de la vía aérea en pacientes sin alteración del estado de conciencia. **En el caso en mención se practicó anestesia intratecal lo cual permite al paciente mantener su estado de conciencia, descrito en hoja de evaluación neurológica como Glasgow 15/15, es decir, tiene la competencia para preservar los reflejos que defienden la vía aérea principalmente el reflejo nauseoso lo cual disminuía el riesgo de aspiración.**

Adicionalmente, a esta observación, el perito también aporta literatura médica, en donde indican el ayuno previo, como una de las medidas previas a la medicación de anestesia, tal y como se evidencia en el siguiente extracto:

**“ESTADO DEL AYUNO PREOPERATORIO**

**El objetivo general de las recomendaciones de ayuno preoperatorio ha sido reducir el riesgo de aspiración pulmonar. La ASA publicó protocolos de práctica relativos al ayuno preoperatorio en personas no parturientas que se someten a procedimientos electivos.**<sup>459</sup> *El período de ayuno recomendado tras la ingestión de fluidos claros para todos los pacientes es de 2h. En general, el volumen de líquido ingerido es menos importante que el tipo de líquido ingerido. En el caso de los recién nacidos y los lactantes, el período de ayuno recomendado es de 4 h después de la leche materna y de 6 h después de la leche de fórmula, la leche no materna y los sólidos. Para los pacientes que no son bebés, se recomienda un período de ayuno de 6 h después de una comida ligera; este período puede tener que aumentarse a 8 h o más si la comida incluye alimentos fritos o grasos. Además de aplicar estos intervalos de ayuno, los protocolos recomiendan que la evaluación preoperatoria incluya la evaluación de la posibilidad de un manejo difícil de la vía aérea, así como los factores que pueden aumentar el riesgo de aspiración (p. ej., trastornos de la motilidad gastrointestinal, diabetes)<sup>1</sup>.*

Con lo anterior, se indica que el uso de la sonda nasogástrica no es mandatorio, y su uso depende de lo que considere necesario el profesional en cuestión, sin embargo, en este caso se hace claro que, para el procedimiento realizado, según lo anunciado por el perito, el riesgo de broncoaspiración por el método de anestesia utilizado podría ser menor, sin embargo, no inexistente.

<sup>1</sup> Duminda, W. Finlayson, E. (2023). Evaluación preoperatoria. Tratamiento anestésico. Capítulo 31. 918-988.

También se añade a la anterior referencia, el hecho que el paciente antes del previo a ingreso a la institución que fue a las 12:53 pm hasta la hora de la intervención que fue 10:50 pm, no había ningún consumido alimento.

Conforme al derrotero probatorio anunciado, es evidente el por qué el Juez de primera instancia concluyó que la atención médica brindada a la paciente fue oportuna y adecuada, cumpliendo con los estándares y protocolos establecidos para el tipo de intervención realizada. No se evidenció ninguna demora injustificada en la prestación del servicio, ni se encontró que la actuación médica haya generado un riesgo adicional o innecesario para la paciente. Este punto es clave, ya que en los casos de responsabilidad médica uno de los factores que pueden generar responsabilidad es la omisión o demora en la atención, lo que no ocurrió en este caso. Por lo tanto, la decisión judicial reafirmó que el actuar de los demandados estuvo dentro de los márgenes de la legalidad y la ética médica.

En este sentido, las Altas cortes han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica<sup>2</sup>.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se refirió en el mismo sentido al decir:

*“Si **bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida<sup>3</sup>. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así mismo, la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 15 de septiembre de 2016, se pronunció de la siguiente forma:

<sup>2</sup> Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero

<sup>3</sup> Corte Constitucional. Sentencia del 05 de abril de 2001. Expediente T-398862. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

***“(…) El médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (…)”<sup>4</sup>***

Pero no únicamente se demostró un actuar diligente y oportuno por parte de las entidades demandadas, sino también que su actuación se rigió a bajo los parámetros de la lex artis; elemento este importante para demostrar una responsabilidad médica, tal y como lo manifiesta en el siguiente estudio doctrinal:

***“En este orden de ideas, para que pueda existir una responsabilidad del médico se requiere la violación de la lex artis, que en definitiva es el parámetro de conducta que debe cumplir un buen profesional. Por lo tanto, en un proceso de esta naturaleza, tendrá siempre que determinarse cuáles son esos cuidados concienzudos y atentos que, en cada caso concreto, el médico haya tenido que dar al paciente conforme a las normas actuales de la ciencia médica, las cuales indican las obligaciones que, dentro del ejercicio profesional, deben seguirse”<sup>5</sup>.***

Finalmente, en el presente caso es evidente que aun cuando la carga probatoria se encontraba en cabeza del demandante, el mismo, no logro demostrar, ni la existencia de falta de diligencia, negligencia ni mucho menos ni impericia; tal como advierte el juzgado cuando menciona:

***“El artículo 167 del Código General del Proceso es certero en señalar que le incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, por lo que no hay prueba o dictamen que señale que hay un protocolo que obligara al anesthesiólogo o a los médicos tratantes de la obligatoriedad de la colocación de la sonda nasogástrica u otros procedimientos y que estos no lo hayan cumplido”<sup>6</sup>.***

Por todo lo anterior está comprobado que la actuación médica fue realizada bajo los principios de diligencia, prudencia y cuidado, cumpliendo con los protocolos establecidos, lo que exime de responsabilidad a los demandados. Además, se destaca que las obligaciones médicas son de medio y no de resultado, lo que implica que el médico debe poner en práctica todos los medios disponibles para ofrecer la mejor atención posible, sin que su responsabilidad se derive de la falta de curación. En este caso, la intervención quirúrgica fue realizada de manera adecuada y en el

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

<sup>5</sup> Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Modulo De Aprendizaje Autodirigido Plan De Formación De La Rama Judicial– *Responsabilidad Médica En La Especialidad Civil*, P. 86.

momento oportuno, lo que garantiza la calidad en el proceso de atención y demuestra que no hubo ningún tipo de negligencia o falla médica atribuible a la institución o al equipo médico.

- **PRESENCIA DE COMORBILIDADES.**

En el debate probatorio llevado a cabo, se logró determinar, que además de la gravedad de la hernia enclaustrada que estaba presentando el Sr. ARANGO OLARTE (q.e.p.d.), existían también otras patologías, como corresponde al diagnóstico previo de EPOC y asma, su edad avanzada, todas estas circunstancias relevantes y determinantes que agravaban el riesgo inherente de broncoaspiración que conlleva el proceso de la anestesia

De la historia clínica del paciente se puede comprobar dichos diagnósticos, como podemos revisar en el siguiente extracto:

<b>SEDE DE ATENCIÓN:</b>	001	PRINCIPAL	<b>Edad :</b> 81 AÑOS	
<b>FOLIO</b>	<b>5</b>	<b>FECHA</b> 10/10/2011 12:53:08	<b>TIPO DE ATENCIÓN</b>	<b>URGENCIAS</b>
<b>TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)</b>				
G-DIARREA O VOMITO CON SIGNOS DE DESHIDRATACION MODERADA A SEVERA -				
<b>OBSERVACIONES</b>				
ES TRAIIDO POR PRESENTAR DETERIORO DE LA CLASE FUNCIONAL NO SE COMUNICA HIPOREXIA VOMITO BILIOSO CAFE NIEGAN SANGRE FRESCA				
DEPOSICIONES DESHIDRATACION GRADO 2				
ALA VALORACION SOMNOLIENTO SIGUE ORDENES PERO NO EMITE PALABRAS				
ANT CRANEOTOMIA 2008 HERNIA INGUINAL IZQUIERDA ASMA				

**Documento:** Historia Clínica – Clínica Universidad De La Sabana , Pagina 3.

		<b>CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA</b>		RHsClxFch	
		832003167 - 3		Pag: 12 de 18	
				Fecha: 31/08/21	
				Getareo: 0	
				* 95111 *	
<b>HISTORIA CLÍNICA No. CC 95111 -- CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE</b>					
<b>Empresa:</b> COMPENSAR POS URG		<b>Afiliado:</b> COTIZANTE NIVEL 1			
<b>Fecha Nacimiento:</b> 15/03/1930	<b>Edad actual :</b> 91 AÑOS	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Grupo Sanguíneo:</b>	<b>Estado Civil:</b> Casado(a)	
<b>Teléfono:</b> 3153480878		<b>Dirección:</b>			
<b>Barrio:</b> CASCO URBANO		<b>Departamento:</b> CUNDINAMARCA			
<b>Municipio:</b> TABIO		<b>Ocupación:</b> NO APLICA			
<b>Etnia:</b> NINGUNO DE LOS ANTERIORES		<b>Grupo Etnico:</b>			
<b>Nivel Educativo:</b> NO DEFINIDO		<b>Atención Especial:</b> OTROS			
<b>Discapacidad:</b> SIN DISCAPACIDAD		<b>Grupo Poblacional:</b> NO APLICA			
<b>Responsable:</b> CARLOS ARANGO OLARTE	<b>Teléfono:</b> 3153480878	<b>Parentesco:</b> Padre o Madre			
MC: DOLRO ABDOMINAL					
IC: PACIENTE DE 81 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISTENSION ABDOMINAL, DOLOR ABDOMINAL DIFUSO Y DEPOSICIONE LIQUIDAS EN DIFERNETES OPORTUNIDADES. EN LOS ULTIMOS DOS DIAS INCREMENTA DOLOR ABDOMINAL, DISTENSION MARCADA, AUSENCIA DE DEPOSICION Y MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO BILIOSO.					
ANTECEDENTE: PATOLOGICOS: HERNIA INGUINAL IZQUIERDA AL PARECE CRONICAMENTE ENCARCELADA. EPOC. FARMACIOLÓGICOS: SERETIDE. QUIRURGICO: HERNIORRAFIA UMBILICAL HACE 15 AÑOS.					

**Documento:** Historia Clínica – Clínica Universidad De La Sabana , Pagina 12.

Frente a estos dos diagnósticos, es la razón por la que el juez determina que existe comorbilidades que aumentaban el riesgo anestésico, lo anterior, basado en el recaudo probatorio, y en especial a la literatura médica aportada por parte del dictamen médico realizado COMPENSAR EPS,

mayormente a lo referido en el texto Evaluación preoperatoria. Tratamiento anestésico. Capítulo 31. 918-988, Duminda, W. Finlayson, E. (2023).

Lo anterior, quiere manifestar que, si bien ya era conocido que en un paciente en condiciones óptimas de igual manera existe el riesgo de broncoaspiración, pues claramente estas enfermedades de base aumentan dicho riesgo, por lo que, aunque el procedimiento medico se lleve en perfectas condiciones, estas situaciones aleatorias, limitan un resultado exitoso, como fue el presente caso.

- **Falta de aprobación del nexo causal.**

El apoderado, ha señalado vehemente desde la demanda, que posterior a la limpieza realizada al paciente, cuando este presento broncoaspiración, provino de una secreción directa del sistema digestivo, no obstante en la valoración probatoria ni en la historia clínica se soporta que ese dicho sea cierto, todo lo contrario, se ha genera aún más duda que dicha secreción no haya sido proveniente del sistema respiratorio, debido a que es plausible dicha posibilidad teniendo presente que el sr. ARANGO OLARTE (q.e.p.d.) que conforme a las enfermedades de EPOC y asma.

Por lo anterior, reiteramos no es posible fallar una responsabilidad médica, cuando inicialmente no ha quedado demostrado la culpa en la atención médica y ahora tampoco se evidencia el nexo causal que pretende estructura el apoderado de la parte demandante, entre el hecho generador y el daño.

Con base a todo lo anterior anunciado, consideramos que el juez en valoración probatoria fue acertado en absolver a las demandadas de las pretensiones presentadas por la parte demandante y en su lugar declarar probadas las excepciones alegadas, toda vez que es clara, que la falla medica no se encuentra probada, toda vez que no existió prueba, ni de negligencia, como tampoco de impericia, es decir no se demostró culpa en la atención medica; de igual manera se logró determinar que a pesar que las entidades demandadas cumplieron a manera cabal con su obligación de medios, lastimosamente las situaciones aleatorias referenciadas, limitaron que el resultado fuera exitoso.

En atención a lo anteriormente referenciado respetuosamente solicitamos a este Honorable Tribunal confirmar la sentencia de primera instancia en todos sus términos, manteniendo a a nuestro asegurado y a **EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, indemne de cualquier pago o condena, conforme a los argumentos expuestos.

- **OPOSICION A LOS REPAROS PRESENTADOS POR LA PARTE DEMANDANTE.**

En los argumentos expuestos, por el apoderado de la parte demandante, se hace referencia de 4 ítems, que nombra de la siguiente manera:(ii) ERROR DEL JUEZ EN LA VALORACIÓN PROBATORIA DE LOS ACTOS DE NEGLIGENCIA, MÉDICA PERPETRADOS EN LA CLÍNICA DE

LA SÁBANA, LOS CUALES ACREDITAN EL NEXO CAUSAL CON SU SUFRIMIENTO DE BRONCOASPIRAR Y MUERTE (iii) ERROR DEL JUEZ EN APRECIAR SIN INTERVENCIÓN CAUSAL PROBADA, HECHOS PARA PROBAR EXCEPCIONES DE LOS DEMANDADOS. Y (IV) DESCONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN ESTE ASUNTO de los cuales haremos referencia a cada uno:

- **(i)ERROR, AL DESVIAR LA SENTENCIA EL NEXO CAUSAL:**

El apoderado insiste en que el nexo causal que provocó la muerte del Sr. ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), correspondió a la no utilización de la sonda gástrica previo al proceso de anestésico y quirúrgico; por otro lado, también refiere que el juez únicamente está determinando la causa de la muerte por la edad avanzada del paciente.

Como bien lo hemos mencionado a lo largo del presente escrito, queda aclarado por medio de los protocolos y guías medicas aportadas con la contestación de COMPENSAR EPS, que el uso de sonda gástrica, no corresponde a un uso obligatorio y mandatario que determine la lex artis, y ha determinado que el solo ayuno es suficiente como preparación pre anestésica, cuestión que ocurre en el presente caso, tal y como se hace referencia en el historia clínica, cuando se hace referencia que los familiar afirman que el paciente se encuentra en ayuno, tal y como se evidencia en el siguiente extracto:

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA		832003167 - 3		RHsClxFch	
				Pag: 15 de 18	
				Fecha: 31/08/21	
				G.etareo: 0	
				*95111*	
<b>HISTORIA CLÍNICA No. CC 95111 -- CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE</b>					
<b>Empresa:</b> COMPENSAR POS URG		<b>Afiliado:</b> COTIZANTE NIVEL 1			
<b>Fecha Nacimiento:</b> 15/03/1930	<b>Edad actual :</b> 91 AÑOS	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Grupo Sanguíneo:</b>	<b>Estado Civil:</b> Casado(e)	
<b>Teléfono:</b> 3153480878		<b>Dirección:</b>			
<b>Barrio:</b> CASCO URBANO		<b>Departamento:</b> CUNDINAMARCA			
<b>Municipio:</b> TABIO		<b>Ocupación:</b> NO APLICA			
<b>Etnia:</b> NINGUNO DE LOS ANTERIORES		<b>Grupo Etnico:</b>			
<b>Nivel Educativo:</b> NO DEFINIDO		<b>Atención Especial:</b> OTROS			
<b>Discapacidad:</b> SIN DISCAPACIDAD		<b>Grupo Poblacional:</b> NO APLICA			
<b>Responsable:</b> CARLOS ARANGO OLARTE	<b>Teléfono:</b> 3153480878	<b>Parentesco:</b> Padre o Madre			
FAMILIARES , REFIEREN QUE EL PACIENTE TIENE <b>AYUNO</b> . EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DIFICULTAD RESPIRATORIA ,SATURACION DE 74 % AL AMBIENTE RAZON POR LA CUAL SE ADMINISTRA OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. LINEA VENOSA PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR SUPERIOR IZQUIERDO VENA CEFALICA PASANDO SOLUCION SALINA NORMAL A 60CC /h HERNIA INGUINAL. SE REvisa CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE ANESTESIA PREVIAMENTE DILIGENCIADOS.22:45 SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA CON HISTORIA CLINICA COMPLETA A SAL A DE CIRUJIA N.1 22:50 SE TRASLADADO PACIENTE ASISTIDAMENTE A MESA QUIRURGICA SE MINORIZAN SIGNOS VITALES FC:60 FR:21 TA:98/62 SAT 91% . CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO. SE ALISTA ANESTESIA REGIONAL , SE COLOCA PACIENTE EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO ,22:55 DR CIFUENTES REALIZA					

**Documento:** Historia Clínica – Clínica Universidad De La Sabana , Pagina 15.

Con lo anterior, se puede determinar, como se hace en la sentencia, que si el paciente tenía un ayuno prolongado, difícilmente la secreción podría venir del sistema digestivo, de igual manera queda la duda, si la secreción no venia directamente del aparato respiratorio, teniendo presente que el ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), sufría de EPOC y asma; en ese sentido el nexo causal, con el cual se pretende vincular la responsabilidad de los demandados es inexistente.

- **(ii) ERROR DEL JUEZ EN LA VALORACIÓN PROBATORIA DE LOS ACTOS DE NEGLIGENCIA, MÉDICA PERPETRADOS EN LA CLÍNICA DE LA SÁBANA, LOS CUALES ACREDITAN EL NEXO CAUSAL CON SU SUFRIMIENTO DE BRONCOASPIRAR Y MUERTE y (iii) ERROR DEL JUEZ EN APRECIAR SIN INTERVENCIÓN CAUSAL PROBADA, HECHOS PARA PROBAR EXCEPCIONES DE LOS DEMANDADOS**

El apoderado de la parte demandante, en estos dos puntos, básicamente hace referencia que según su interpretación del litigio, existían las pruebas suficientes, para acreditar el nexo causal y por consiguiente declarar no probadas las excepciones presentadas por el extremo pasivo, en las que básicamente el juez no realizó la suficiente valoración probatoria, dichas pruebas, corresponde a las siguientes: i) la prueba trasladada del expediente proveniente del Tribunal de Ética Médica, (ii) las declaraciones del anestesiólogo JAVIER CIFUENTES DULCE, (iii) dictamen aportado por la parte demandante. Dr. Camillo Gómez. De las cuales nos pronunciaremos una a una en los párrafos siguientes:

Ahora bien, frente a la valoración del expediente remitido por parte del Tribunal De Ética Médica, el Juez de primera instancia hace claramente su observación al respecto mencionado que es una prueba que se tuvo presente para la valoración del fallo no obstante, refirió que *:"es importante resaltar que el trámite no fue resuelto de fondo por cuanto fue objeto de declaración de prescripción."*

Con lo anterior, es claro que, el expediente del Tribunal De Ética Médica, fue valorado eficientemente por el despacho, sin embargo, debido a que la contradicción ahí derivada, en donde se pretendía indilgar una responsabilidad, no fue resulta, como tampoco el dictamen fue objeto de contradicción en dicha instancia, es claro que el mismo no constituye prueba de responsabilidad, ya que no se produjo una sanción ni una conclusión jurídica sobre la conducta del anestesiólogo. En consecuencia, no puede derivarse de dicho expediente una presunción de culpa médica, ni mucho menos un nexo causal con el fallecimiento del paciente.

Al respecto de las declaraciones del anestesiólogo JAVIER CIFUENTES DULCE, si bien es claro fueron revisadas por el fallador, estas mismas declaraciones fueron revisadas y contratadas, con la historia clínica aportada, el dictamen médico aportado por la parte demandante y los testimonios recaudados, con lo que el mismo juez termino comprobando que no existía prueba concluyente de que la secreción observada proviniera del estómago, ni que el vaciamiento gástrico fuera obligatorio conforme a la lex artis.

Además, se destacó que el paciente presentaba antecedentes de EPOC y asma, condiciones que explican la presencia de secreciones orales sin necesidad de inferir una broncoaspiración por negligencia.

Se debe tener presente que el juez en su sentencia estudia todo los medios probatorios aportados como un todo y que claramente en nuestro rito procesal, no existe una tarifa probatoria, por lo que el medio de convencimiento del juez de viene de la valoración y confrontación en conjunto, por lo que la sola declaración del profesional no es suficiente para tomar como cierta una culpa médica.

Por ultimo frente al dictamen aportado por Dr. Camilo Gómez, el despacho asevero lo siguiente:

*“CAMILO EUSEBIO GÓMEZ CRISTANCHO aportado por la parte demandante (carpeta 01 Demanda Anexos folio 57) se manifestó que **“El paciente recibe una atención oportuna por parte del personal médico de urgencias y es valorado oportunamente por especialistas en cirugía, quienes emiten diagnóstico oportuno e indican el procedimiento requerido por el señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE de acuerdo con sus síntomas y posibles complicaciones de la hernia inguinal, relacionada con estrangulamiento de intestinos.”**”*

*No obstante, si bien, el referido perito, en el interrogatorio efectuado en la audiencia de instrucción y juzgamiento manifestó que la dolencia que presentaba el fallecido señor ARANGO OLARTE **no era urgente de intervenir quirúrgicamente sino que se debió previamente realizar otros exámenes, como un TAC para verificar alguna obstrucción, sin que tal afirmación hubiese sido incluida en su informe,** lo cierto es que todos los testimonios recaudados en el proceso, por el contrario afirmaron que en efecto si se trataba de una urgencia que requería de una intervención quirúrgica inmediata, por cuanto podía necrosarse y originar una peritonitis”*

De la anterior valoración, claramente el Sr. Juez, tomo en cuenta su aporte al debate probatorio, no obstante, es evidente que al momento de la contradicción del dictamen, este perdió coherencia y consistencia en su dicho, siendo entonces no confiable, para tenerlo en cuenta como prueba de responsabilidad médica, sino todo lo contrario, sirviendo como prueba de la ausencia de la misma.

#### **(IV.) DESCONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN ESTE ASUNTO.**

El apoderado insiste en que, no se comparte la idea de que la responsabilidad sea extracontractual, pues la atención médica se dio en el marco de una relación contractual. El paciente fue atendido

por estar afiliado a una EPS, no por iniciativa propia ni por razones humanitarias. Existen dos contratos coligados que fundamentan esta relación: uno entre el paciente y la EPS, y otro entre la EPS y la IPS (Clínica de la Sábana). En consecuencia, al tratarse de una atención derivada de estos contratos, el régimen aplicable es el contractual, y así debe entenderse la reclamación de los familiares por los perjuicios ocasionados por la presunta negligencia médica.

Para este reparo, debemos manifestar que es completamente errado por parte del apoderado de la parte demandante, reiterar que la responsabilidad objeto de debate corresponde a la responsabilidad contractual, toda vez que, es claro que la víctima directa, es quien se encontraba afiliada al servicio de salud, es decir con quien existía un vínculo contractual, no obstante quien presenta la demanda, corresponde a víctima de rebote o indirectas, quienes es evidente no tiene ningún vínculo contractual con la parte demandada, y es por esa razón que nos encontramos ante una responsabilidad extracontractual y no contractual. De todos, modos no se comprende por qué es un argumento para sostener la apelación, cuando finalmente el Sr. Juez, interpreto bien el tipo de responsabilidad que se debía discutir y no correspondió efectivamente a un argumento para haber negado las pretensiones.

En conclusión, el Tribunal debe desestimar los reparos presentados por el apelante, pues no se acreditó la existencia de negligencia o culpa atribuible a la parte demandada. Las pruebas presentadas durante el proceso, incluido el dictamen pericial, no han logrado sustentar las acusaciones de los demandantes. La atención brindada a la paciente fue conforme a los protocolos médicos, y la muerte del señor CARLOS ALBERTO ARANGO OLARTE (Q.E.P.D), fue el resultado de un riesgo inherente al procedimiento anestésico, que no pudo haberse evitado con una actuación médica diferente. Por lo tanto, respetuosamente solicitamos que el Tribunal confirme la sentencia de primera instancia en todos sus términos, ya que la evidencia expuesta respalda que la intervención de los médicos de la **CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA**, fue conforme a los estándares médicos requeridos y que el desenlace fue el resultado de circunstancias fuera del control de los galenos.

### III. PETICIONES

En virtud de lo expuesto, respetuosamente solicito al Honorable Tribunal Superior Del Distrito Judicial De Bogotá - Sala Civil, resolver el Recurso de Apelación interpuesto por la parte demandante, disponiendo lo siguiente:

**PRIMERO. CONFIRMAR** en su totalidad la Sentencia de Primera Instancia proferida el 21 de abril del 2025, por el **JUZGADO TREINTA Y OCHO (38) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**, mediante la cual se absolvió a mi representada **EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, de las pretensiones esbozadas en el llamamiento en garantía.

**SEGUNDO:** De manera subsidiaria y en el remoto evento en que el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ - SALA CIVIL**, profiera condena alguna en contra de mi representada, cualquier decisión entorno a la relación sustancial de **EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, se debe regir o sujetar a todas y cada una de las condiciones generales y particulares de la póliza, la vigencia de la póliza, los amparos otorgados y los límites establecidos.

**TERCERO:** Que se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

#### IV. NOTIFICACIONES

El suscrito, en Cra 11A No. 94A – 23 Of. 201 en Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.