**Señores**

**JUZGADO TERCERO (3°) ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA – CAQUETÁ**

**j03adminfencia@cendoj.ramajudicial.gov.co**

| | |
|---|---|
| **REFERENCIA:** | CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA |
| **RADICACIÓN:** | 18-001-33-33-003-**2020-00401**-00 |
| **MEDIO DE CONTROL**: | REPARACIÓN DIRECTA |
| **DEMANDANTE**: | ENITH MOTTA MURCIA Y OTROS |
| **DEMANDADO**: | CLÍNICA MEDILASER S.A. Y OTROS |
| **LLAMADO EN GARANTÍA:** | ALLIANZ SEGUROS S.A. |

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS S.A.,** sociedad comercial legalmente constituida, con domicilio en Bogotá, D.C., identificada con NIT 860.026.182 - 5, conforme al certificado de existencia y representación legal; encontrándome dentro del término legal correspondiente, me permito **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida por **ENITH MOTTA MURCIA Y OTROS** en contra de la **CLÍNICA MEDILASER S.A. Y OTROS**, así como a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la citada entidad a mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los fundamentos y precisiones que se hacen a continuación, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, así como las que contiene el llamamiento en garantía que nos ocupa, en los siguientes términos:

## I. OPORTUNIDAD

En primer lugar, debe precisarse que el presente escrito se presenta dentro de la oportunidad correspondiente, atendiendo a que el auto que admitió el llamamiento en garantía fue notificado por estado del 04 de diciembre de 2023 y el mismo aun no ha sido notificado personalmente a mi representada.

Sin embargo, en concordancia con el inciso cuarto del artículo 199 y el artículo 225 del CPACA, mi prohijada cuenta con quince (15) días para contestar la demanda y el llamamiento en garantía formulado, que si se cuentan desde que se notificó la admisión del llamamiento en garantía por estado del día 4 de diciembre de 2023, fenecerían el día 19 de enero de 2024, por lo que nos encontramos en oportunidad.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

## CAPÍTULO I
## CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

### I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

**FRENTE AL HECHO 1:** Este hecho contiene varias situaciones fácticas a las que me referiré de manera separado, en los siguientes términos:

- Respecto a: *"El señor MARTIN HERNANDEZ AVILA, siendo afiliado en el régimen subsidiado a la entidad promotora de salud ASMET SALUD EPS SAS con servicio para el Caquetá, ingreso al servicio de urgencias de la ESE SOR TERESA DE ADELE en su sede hospitalaria del municipio de Cartagena del Chaira, el día 12-06-2018, se anota paciente con ahogo y asfixia, desgano, cansancio, se sospecha de falla cardiaca y se remite a centro médico de tercer nivel, para el caso que nos ocupa la CLINICA MEDILASER DE FLORENCIA CAQUETA":* No me consta por ser un hecho ajeno a mi representada. Sin embargo, de la certificación aportada por ASMET SALUD EPS SAS, se evidencia que el señor MARTIN HERNADEZ AVILA estuvo vinculado con dicha entidad hasta el 15 de junio de 2018. Asimismo, de la historia clínica aportada por la ESE SOR TERESA ADELE, se logra constatar que el paciente ingresó a dicho centro hospitalario el 12 de junio de 2018 por el siguiente motivo de consulta:

  > *"PACIENTE DE 45 AÑOS QUIEN ASISTE ACOMPAÑADO DE LA ESPOSA ENID MOTTA QUIEN REFIERE QUE EL SEÑOR SE ENCONTRABA SOLO EN LA FINCA HACIA LAS 4 AM PRESENTÓ DESALIENTO Y SENSACIÓN DE FATIFA Y SED (…)".*

  De igual manera, quedó registrado que el paciente había consultado previamente con un médico particular, el Dr. Ruíz, quien remitió al señor HERNÁNDEZ ÁVILA a la ESE SOR TERESA ADELE y este centro médico, a su vez, ordenó su remisión a la CLÍNICA MEDILASER, al requerir el servicio de UCI ante un diagnóstico de taquicardia auricular inapropiada, síndrome coronario agudo y sincope.

- Respecto a: " (…) *pero la medicación dada no es la indicada para pacientes con sospecha de injuria cardiaca, señor JUEZ no se ordenó en la primera atención dada al paciente ningún laboratorio, así mismo a su ingreso no se hizo estudio de gases arteriales y venosos para mirar su compromiso respiratorio, riesgo de falla ventilatoria, equilibrio acido base( medida interna de órganos y metabolismo), cuando la patología del paciente así lo requería, es una falla en la atención dada al paciente por omisión médica, no hubo*



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*seguimiento ni monitoria permanente desde que ingreso hasta el señor MARTIN HERNANDEZ AVILA hasta que se le remite a la clínica MEDILASER de Florencia Caquetá":* No me consta por ser un hecho ajeno a mi representada. Aun así, es importante resaltar que la ESE SOR TERESA ADELE es un centro hospitalario de primer nivel y, por tal razón, una vez ingresó el paciente a sus instalaciones y fue revisado por el médico de turno, se ordenó su remisión a un hospital de mayor nivel de complejidad, en razón a los servicios médicos requeridos. De hecho, el hospital hubiera obrado negligentemente de haber ordenado un tratamiento médico al paciente, a pesar de no contar con los equipos tecnológicos y humanos para atender su padecimiento. Por lo anterior, no es cierto que la ESE SOR TERESA ADELE haya incurrido en omisión médica alguna.

- Respecto a: "(…) *llama atención señor JUEZ, que este es un paciente joven, con actividad laboral en el campo, sin patología previa, ingresa con cuadro sincopal, es decir presentaba mareo y pérdida de conciencia momentánea, al consultar primer nivel de atención en la ESE SOR TERESA DE ADELE en su sede HOSPITALARIA del municipio de CARTAGENA DEL CHAIRA, sospechan en síndrome coronario y remiten como tal, no se le practica ningún tipo de imágenes diagnósticas, y se remite a nivel 3, desde el comienzo en que se le brinda atención medica al paciente este presentaba hipotensión, o tensión baja, y taquicardia, o frecuencia cardiaca alta, que son signos de shock, ósea choque den las condiciones físicas del paciente, señal critica con riesgo de muerte":* No me consta por ser un hecho ajeno a mi representada. Sin embargo, no es cierto que el paciente careciera de antecedentes de importancia, pues en las notas de la historia clínica de la CLÍNICA MEDILASER quedó consignado que presentó un trauma en cadera derecha diez días antes de la atención, el cual no fue revisado, ni atendido por un centro médico. Además de lo anterior, conviene precisar que precisamente la ausencia de antecedentes de importancia torna el diagnóstico mucho más complejo, toda vez que ante la inexistencia de antecedentes, es necesario descartar múltiples padecimientos que pudiesen ocasionar los síntomas presentados.

**FRENTE AL HECHO 2:** No me consta por ser un hecho ajeno a mi representada. Aun así, de la historia clínica obrante en el expediente, se constata que el señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA ingresó a la CLÍNICA MEDILASER S.A. el día 12 de junio de 2018, a las 5:16 p.m., con las siguientes condiciones médicas:

> *"Paciente de 45 años de edad con cuadro clínico de episodio psicopal, con posterior sensación de palpitación, disnea, diaforesis ingresa a ips primaria donde toman electro con evidencia de taquicardia sinusal, se administra manejo antisquemico, pero no es tolerado y sufre emesis durante su recorrido en ambulancia presenta aumento de frecuenta*



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*cardiaca/150lxm) por lo que se suministra 50 mg de metoprolol a su ingreso diaforetico con disnea, con constante vitales normales.*

***a su ingreso hipotenso con taquicardia sinusal, diaforetico tolerando el decubito, con disnea electro cardiograma ekg r-r regulares, no bloqueos no signos de isquemia o necrosis.***

*paciente niega síntomas respiratorios, niega dolor torácico, niega, fiebre, y otro síntoma asociado sin comorbilidades, refiere episodio sincopal mientras se encontraba ordeñando con recuperación medianamente rápida.*

***se solicita tac d tórax para descartar patología pulmonar + paraclínicos de ingreso monitorización constante con valoración por cardiología****".*

Así pues, vemos que el paciente ingresó al centro hospitalario hipotenso, con taquicardia sinusal, diaforetico y con disnea, por lo que se solicitó TAC de tórax para descartar patología pulmonar, paraclínicos y valoración por cardiología. Además, se ordenó el suministro de medicamentos como clopidogrel, atorvastatina, acetil, heparina, ranitidina, metoclopramida y metoprolol, mismos que actúan frente a síntomas cardiovasculares, coágulos y estomacales.

Una hora más tarde, se le valoró por un profesional de medicina general quien, a efectos de descartar otras posibilidades, le ordenó estudios para verificar si padecía tromboembolia pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda o consumo de AINES. Dicha actuación se ajustó a los más altos estándares de oportunidad y eficiencia, teniendo en cuenta que ante la inexistencia de antecedentes de importancia y por los síntomas presentados, los médicos tratantes ordenaron una serie de exámenes para determinar la causa de tales síntomas, incluyendo TAC de tórax, paraclínicos y valoraciones para descartar TEP, IRA y consumo de AINES.

Aproximadamente a las 10:00 p.m. del mismo día, el paciente presentó un paro cardiaco con resucitación exitosa, lo cual evidencia las malas condiciones generales en las que ingresó al centro hospitalario, tal y como quedó consignado en la respectiva nota de la historia clínica, así:

*"**paciente persiste en malas condiciones generales***

*se realizó reanimación hídrica manteniendo cifras tensionales limítrofes sin embargo persistiendo con respiración acidótica por tanto se realiza gasometría arterial de urgencia-control evidenciando acidosis metabólica severa con Ph pH 7.19 PCO2 14 PO2 100 HC3 5.3 BE-20.3 Na 127 K 6.5 Lactato 11.2 por tanto se inician medidas para acidosis metabólica severa e hiperpotasemia. Se traslada a reanimación y se inicia norepinefrina para garantizar cifras tensionales en rangos aceptable y evitar hipotensión durante secuencia de intubación, una vez se garantiza un ambiente seguro para realizar intubación orotraqueal se realiza secuencia de intubación rápida con éxito en el primer intento.* ***Posteriormente se verifica bradicardia severa se inician maniobras de reanimación básicas y avanzadas se comprueba ritmo de paro asistolia****, se inicia protocolo de línea isoeléctrica y se inician maniobras de RCCP con RCE a los 15 minutos".*



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Una vez atendidos los percances señalados y antes de su traslado a UCI, se decidió realizar paso de catéter mahurkar y terapia dialítica ante la sospecha de tromboembolia pulmonar vs bacteriemia oculta.

A las 10:00 p.m. del 12 de junio de 2018, el paciente fue valorado por la profesional en nefrología, quien lo valoró y encontró en malas condiciones clínicas, con deshidratación moderada y ligera palidez cutáneo mucosa, por lo que continuó la sospecha de TEP e indicó que padecía acidosis metabólica e hipercalcemia resistentes al tratamiento. Con base en lo anterior, ordenó tratamiento por diálisis de urgencia, lo cual se llevó a cabo a las 11:42 p.m.

De otra parte, a las 2:15 a.m., el señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA fue examinado por el Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano, profesional en medicina interna, por lo que desde ya se advierte que no es cierta la afirmación planteada en este hecho consistente en que no se solicitó valoración por medicina interna, pues en la historia clínica se logra constatar que dicho profesional valoró al paciente a unas pocas de horas de su ingreso, quien lo encontró en las siguientes condiciones:

> *"**Paciente que en forma súbita presenta síncope**. Recupera estado de conciencia con sensación de disnea y palpitaciones. Acude a nivel uno donde se evidencia taquicardia sinusal. Lo refieren a este centro hospitalario y en el transporte presenta taquicardia extrema recibiendo Metoprolol sin respuesta. Ingresa agitado con disnea y taquicardia. Niega dolor torácico previo, tos u otros síntomas respiratorios. Señala que ocho días previos, trauma en cadera derecha con limitación funcional. **Durante su estancia en urgencias los estudios informan acidosis metabólica severa con hiperkalemia**; progresivamente empeora la disnea la cual no responde adecuadamente a oxigenación. Por tal motivo se IOT y presenta Paro Cardiorrespiratorio; RCP exitoso a los 30 minutos. Se procede a informar a la familia, la necesidad imperante de pasar Mahurkar y realizar procedimiento dialítico. Se encuentra actualmente bajo ventilación mecánica, sedación y presores.*
>
> *(…)*
>
> *REVISION DE IMAGENES DIAGNOSTICAS 1. Rx de Caderas: normales 2. TAC de Tórax Simple: **Congestión Pulmonar- Derrame Pericárdico***
>
> *Derrame pericárdico aproximado de 500 ml. SE AVISA CIRUGIA PARA VENTANA PERICARDICA URGENTE".*

Como se observa, el paciente fue valorado por medicina interna y, con fundamento en los resultados del TAC de tórax y paraclínicos, se encontró que presentaba un derrame pericárdico aproximado de 500 ml y acidosis metabólica severa. De acuerdo con lo anterior, se sospechó sepsis o embolismo pulmonar por su trauma previo de cadera, haciendo énfasis en que se trataba



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

de un paciente con franca inestabilidad hemodinámica. Así las cosas, es claro que el paciente ingresó y continuaba con muy malas condiciones generales, con resistencia al tratamiento, de modo tal que pese a las diligentes y oportunas actuaciones del centro médico, el señor HERNÁNDEZ ÁVILA no respondía favorablemente.

Según la historia clínica, a las 2:30 a.m. se realizó la ventana pericárdica con el fin de atender el derrame pericárdico presentado por el paciente. Durante el procedimiento, presentó bradicardia, AESP y asistolia, por lo que se inició RCP y, una vez normalizado el ritmo cardiaco, se incidió en el pericardio obteniendo aproximadamente 450 cm de líquido rojo. Una vez finalizado al procedimiento, **se explicó a la esposa la gravedad del caso, quien manifestó entender adecuadamente.** Así pues, vemos que hasta esta instancia el paciente tenía malas condiciones generales, al punto que había presentado dos (2) situaciones cardiacas que requirieron de reanimación, y fue por tal razón que se advirtió a los familiares sobre la gravedad de la condición del señor HERNÁNDEZ AVILA.

Por otro lado, no se observa el fundamento técnico ni científico de la afirmación contenida en el hecho, según la cual el paciente requería valoración inmediata por cardiología, toda vez que como bien se ha venido señalando, aun no había un diagnóstico preciso respecto a la enfermedad del paciente, por lo que se le ordenaron múltiples exámenes a efectos de descartar diferentes patologías, no sólo cardiacas. De tal manera, se priorizó su valoración por medicina interna y nefrología, a efectos de descartar posibles patologías renales o pulmonares.

Aun así, el 13 de junio de 2018, a las 9:30 a.m., el paciente fue valorado por el profesional de cardiología, quien realizó las siguientes manifestaciones:

> *"Actualmente a la valoración, **paciente en muy mal estado general**, con evidencia de drenaje hemático franco por drenaje de mediastino (aprox 400cc) y pericardio (aprox 250cc) en 5 horas, con requerimiento de triple soporte vasopresor, bajo ventilación mecánica invasiva. Se decide entonces realizar ecocardiograma transesofágico para descartar presencia de alteraciones a nivel de cavidades y/o valvulares, que mostró aurícula íntegra, buena función ventricular, derrame pericardio de predominio posterior mínimo, integridad del ventrículo y de la aurícula derecha normal.*
>
> *En primera instancia se interpreta como sangrado médico, se inicia corrección de tiempos de coagulación de control, y se solicita hematocrito de drenaje pericárdico y mediastínico para evaluar origen de sangrado, continuamos atentos a evolución, **mal pronóstico a corto plazo con alto riesgo de complicaciones incluyendo la muerte.** A la espera de revaloración por cirugía general con el fin de determinar si hay requerimiento de reintervención ante persistencia de sangrado mayor".*

Como vemos, una vez valorado por cardiología, **se indicó que el paciente estaba en muy malas**



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

**condiciones generales y mal pronóstico a corto plazo, con alto riesgo de muerte.** Adicionalmente, se recordó que el paciente presentó un derrame pericárdico de origen por establecer, de modo tal que hasta dicho momento no existía certeza respecto al padecimiento del paciente y, por obvias razones, no era posible establecer si se trataba de patologías cardiacas, renales, respiratorias o de cualquier otra índole. De tal manera, no había razones científicas para afirmar que el paciente requería valoración inmediata por cardiología, como erradamente lo señaló la parte actora.

**FRENTE AL HECHO 3:** No me consta por ser un hecho ajeno a mi representada. No obstante, conforme a la historia clínica obrante en el expediente, el 12 de junio de 2018 se registró la anotación descrita en este hecho, aun cuando no corresponde a la hora indicada, pues la nota antecede de la aclaración de que se trata de una *"nota retrospectiva",* por lo que el análisis realizado por la Dra. Sandra Patricia Alarcón Calderón, médica general, se llevó a cabo con antelación a su registro en la historia clínica.

Por otro lado, no es cierto que haya falla administrativa del centro hospitalario ante la ausencia de camas en UCI, pues pese a que en ese momento no fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, se decidió realizar paso de mahurkar y terapia dialítica en la unidad de urgencias, es decir que se le aplicó el tratamiento requerido en el lugar donde se encontraba, tal y como quedó anotado en la historia clínica, así:

> *"Se informa a servicio de nefrología al UCI 2 no hay disponibilidad de camas al momento en UCI por lo cual y* ***pensando en el bienestar del paciente se decide realizar paso de mahurkar y terapia dialítica en la unidad de urgencias, dado que es el problema actual evidenciado que pudo ser la causa del paro****, en cuanto al causal se su estado actual no es claro, ante paciente joven que no supera los 50 años de edad sin antecedentes patológicos previos de importancia, antecedente reciente de trauma en cadera en mi primer opción tendría sospecha de TEP. Hasta el momento dadas sus condición crítica se intentará estabilizar para continuar estudios".*

Con relación a que el paciente no había sido valorado por especialista, debe advertirse que fue examinado por la Dra. María Elizabeth Ardila Cárdenas, especialista en nefrología, a las 10:00 p.m. y, además, el paso de mahurkar y terapia dialítica fueron realizados por un especialista en medicina interna, de manera que no es cierta dicha afirmación y carece de todo sustento científico.

**FRENTE AL HECHO 4:** No me consta por ser un hecho ajeno a mi representada. Aun así, es necesario aclarar que conforme a la historia clínica, el paciente fue valorado por nefrología a las 10:00 p.m., pues la anotación de las 11:28 p.m. fue una nota retrospectiva en la que se aclaró que la atención había sido a las 10:00 p.m. Ahora bien, no es cierto que el drenaje pericárdico



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

fuera prioritario en el momento de dicha valoración, por cuanto solo hasta que el paciente fue valorado por el profesional de medicina interna, a las 2:15 a.m., se encontró que presentaba un derrame pericárdico, conforme a la respectiva lectura de los resultados del TAC de tórax. De tal manera, la venta pericárdica fue realizada tan solo 15 minutos después de que se ordenó por el profesional de medicina interna, por lo que tal actuación no puede calificarse de manera diferente a oportuna y diligente.

**FRENTE AL HECHO 5:** No me consta por ser un hecho ajeno a mi representada, además de contener apreciaciones subjetivas que deberán ser acreditadas con los medios probatorios pertinentes y suficientes. Así las cosas, no es cierto que el drenaje pericárdico se haya realizado de manera extemporánea, pues como se advirtió en el pronunciamiento anterior, fue hasta el momento en que se analizaron los resultados del TAC de tórax que se encontró el derrame pericárdico, examen diagnóstico que, por demás, fue ordenado tan pronto ingresó el paciente a urgencias.

De esta manera, a las 2.15 a.m., el paciente fue valorado por medicina interna, en donde realizaron la siguiente anotación:

> *"REVISION DE IMAGENES DIAGNOSTICAS*
> *1. Rx de Caderas: normales*
> *2. TAC de Tórax Simple:* ***Congestión Pulmonar- Derrame Pericárdico***
>
> ***Derrame pericárdico aproximado de 500 ml. SE AVISA CIRUGIA PARA VENTANA PERICARDICA URGENTE".***

Como se observa, solo hasta este momento se halló el derrame pericárdico, frente la cual se ordenó realizar ventana pericárdica. Dicho procedimiento se efectuó a las 2:30 a.m. por el cirujano general Daniel Eduardo Hernández Solarte, quien consignó en la historia clínica lo siguiente:

> *"Paciente a quien se le diagnostica taponamiento cardiaco en UCI, según criterios clínico e imagenológico. Procedo a realizar ventana pericárdica para drenaje del derrame.*
> *Inicio procedimiento a las 2+30 am mediante incisión de piel y TSC. Paciente muy obeso con dificultad anatómica y técnica por el escenario, pues es en su cama de UCI en la que se realiza el procedimiento. Durante el procedimiento presentó bradicardia con pulso, se inician protocolos y a los pocos segundos realiza asistolia. Se inicia RCP, según protocolo.*
> *A los 11 minutos sale a ritmo sinusal;* ***con ritmo se incide el pericardio obteniendo aproximadamente 450 cm de líquido de aspecto vinoso (sangre antigua)****, se recuperó actividad cardiaca y los presores se declararon. Tiempo final del procedimiento 3: 27 am.".*

En virtud de lo anterior, el centro hospitalario actuó con diligencia y oportunidad, pues tan pronto se estableció el derrame pericárdico, se procedió de conformidad realizando el procedimiento de



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

ventana pericárdica, obteniendo 450 cm de líquido de aspecto vinoso.

**FRENTE AL HECHO 6:** No me consta por ser un hecho ajeno a mi representada. Ahora bien. antes de hacer referencia a las manifestaciones contenidas en este hecho, es necesario señalar que previo a la valoración por cardiología, el paciente fue valorado por el especialista en anestesiología, quien registró lo siguiente:

> *"Paciente quien persiste en condición Crítica, aun inestable hemodinámicamente con requerimiento de triple soporte vasopresor para garantizar perfusión tisular Presenta elevación de azoados, se aumenta LEV, ante procedimientos de la madrugada se decide iniciar piperacilina tazobactam. ante cuadro clínico no claro se decide ordenar doppler de miembros inferiores para descartar posible tromboembolismo pulmonar. Continúa seguimiento estricto por Cirugía general control de gases arteriales en 3 hrs + acido láctico.* ***Paciente de mal pronóstico alta probabilidad de muerte Se ha informado a sus familiares sobre su condición crítica y pronostico".***

En este sentido, al día siguiente a su ingreso, el paciente no presentaba mejoría y aun continuaba con condiciones críticas de salud, tanto así que se advirtió a los familiares sobre una alta probabilidad de muerte. De tal manera, se observa que el paciente llegó con malas condiciones de salud y continuaba con ellas, resistiéndose al tratamiento aplicado por los profesionales médicos.

De otra parte, como se ha venido advirtiendo, no hay fundamento científico de la afirmación deprecada por la parte actora, según la cual el paciente debía valorarse de inmediato por cardiología, pues ninguna de las sospechas iniciales dirigía un diagnóstico cardiaco, por el contrario, había sospecha de TEP e IRA, de modo que fue valorado previamente por nefrología y medicina interna. Así pues, el cardiólogo señaló que el paciente presentó derrame pericárdico de origen por establecer y, además, que tenía un mal pronóstico a corto plazo con alto riesgo de complicaciones, incluyendo la muerte. Para ese momento, se encontraba a la espera de revaloración por cirugía general con el fin de determinar si hay requerimiento de reintervención ante persistencia de sangrado mayor.

Con posterioridad, fue valorado por el profesional en anestesiología, quien refirió engrosamiento septal interlobulillar asociado a derrame pericárdico, por tal motivo, se examinó por cirugía general hallando lo siguiente:

> *"Paciente con p.o inmediato de pericardiotomia para drenaje de derrame pericárdico más descompresión de taponamiento cardiaco.*
> *Sospecha clínica de Tuberculosis pericárdica.*
> *paciente en mal estado general con pronóstico ominoso.* ***Ha estado experimentando producción hemática por drenes tanto endopericárdico como mediastinal aprox/te***



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

> ***650 ml en 9 hrs. Tiene ecocardiograma transesofágico sin evidencia de lesión o herida cardiaca reciente. Llama la atención el gasto hemático relativamente alto y el aspecto el cual al momento es de sangre no vinosa o " vieja" sino fresca****; por lo tanto, se hace necesario nueva exploración mediastinal e investigar si hay lesión de tejidos blandos mediastinales prepericárdicos con sangrado activo u otras causas. Se advierte que dependiendo de los hallazgos operatorios puede legar a requerir toracotomía anterolateral o posterolateral o esternotomía, exploración de grandes vasos del tórax, cardiografías, angiografías, angio-oclusiones, toracotomías adicionales, neumectomias, derivaciones vasculares, tórax abierto, entre otras.*
> *Autorizo el traslado a quirófano, previo consentimiento informado firmado".*

Así pues, el cirujano general halló que el paciente estaba experimentando producción hemática y la sangre derramada era fresca, por lo que el derrame pericárdico que requirió una nueva intervención quirúrgica no estaba relacionado con la ventana pericárdica realizada, sino a producción hemática con origen desconocido. El respetivo drenaje se realizó por intervención quirúrgica en horas de la tarde del mismo 13 de junio de 2018.

Con todo, vemos que el paciente presentaba nuevos derrames pericárdicos que, una vez descubiertos, eran drenados por el cirujano general. Además, conviene precisar que el paciente estaba en condiciones críticas de salud con pronóstico de muerte, por lo que su fallecimiento el día 15 de junio de 2018 sólo puede ser atribuible a su condición médica.

**FRENTE AL HECHO 7:** No es un hecho, son apreciaciones subjetivas y sin fundamento científico respecto de la atención médica recibida por el señor HERNÁNDEZ AVILA en la CLÍNICA MEDILASER. Sin embargo, debe señalarse que pocas horas después de su arribo al centro médico, el paciente fue valorado por un especialista en nefrología y en medicina interna. Luego de ello, también fue examinado por un profesional en anestesiología y cardiología, por lo que no es cierto que no fuera valorado por ningún especialista, *contrario sensu,* la atención recibida fue integral y se manejó con personal interdisciplinario, tal y como se evidencia de la historia clínica.

Por otro lado, tampoco es cierto que no haya sido interpretada la tomografía ordenada. De hecho, el Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano, especialista en medicina interna, analizó los resultados del TAC de tórax simple, encontrando *"derrame pericárdico"* y, una vez verificado dicho hallazgo, se trasladó el paciente a una sala de cirugía para el respectivo drenaje. Así pues, vemos que no hubo ninguna demora frente al derrame pericárdico, toda vez que este fue verificado por el médico internista en la valoración del 13 de junio de 2023, 2:15 p.m. y, tan solo 15 minutos después, se inició la ventana pericárdica con el objeto de drenar el líquido presente en el pericardio.

En los mismos términos, tampoco hubo fallas ante la no disponibilidad de camas UCI, pues los servicios requeridos por el paciente en ese momento, esto es, ventilación mecánica, paso de



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Mahurkar y diálisis fueron realizados en la sala de urgencias en la que se encontraba, no existiendo ningún inconveniente en la realización de dichos procedimientos. De igual forma, como se adujo en el acápite anterior, el paciente persistía con sangrado pericárdico pese a los drenajes que, en múltiples ocasiones, se le practicaron. Así, los especialistas que valoraron al señor HERNÁNDEZ AVILA concluyeron que los derrames pericárdicos presentados eran de origen desconocido y que el paciente estaba experimentando producción hemática, por lo que los sangrados no tuvieron relación alguna con las intervenciones practicadas por la CLÍNICA MEDILASER.

Por último, tampoco hubo fallas con relación a la falta de diagnóstico e imágenes diagnósticas, pues como se advirtió previamente, al momento del ingreso, al paciente se le ordenaron un TAC de abdomen y exámenes paraclínicos, entre otros estudios para descartar TEP, IRA y consumo de AINES.

**FRENTE AL HECHO 8:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ALLIANZ SEGUROS S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, cabe aclarar que en múltiples ocasiones se le advirtió a los familiares del paciente el alto de riesgo de muerte y la condición crítica en la que se mantenía el señor HERNÁNDEZ AVILA, por lo que su lamentable fallecimiento es producto única y exclusivamente de las malas condiciones generales en las que llegó al centro hospitalario.

## II.PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO** a que se declare administrativamente responsable a la parte pasiva por los perjuicios presuntamente causados a los demandantes, en la medida que la CLÍNICA MEDILASER S.A. actuó con diligencia y oportunidad en la atención del señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA, tanto así que desde su arribo al centro hospitalario se le ordenaron múltiples exámenes diagnósticos y fue valorado por distintos especialistas, recibiendo así una atención integral y de calidad. Sin embargo, pese a las maniobras del personal médico, la condición del paciente fue tan crítica desde su llegada a la clínica que ello le ocasionó el fallecimiento pocos días después de su ingresó a la unidad de urgencias. De tal modo, al no cumplirse los elementos de la responsabilidad administrativa, es imposible una declaratoria en este sentido contra las entidades demandadas.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO** a que se condene a la CLÍNICA MEDILASER S.A. y las demás demandadas a pagar a los demandantes la suma pretendida por perjuicios morales, al ser consecuencial de la primera pretensión y, adicionalmente, por no encontrarse reunidos los elementos de la responsabilidad administrativa, especialmente la falla en el servicio, toda vez que está plenamente demostrada la eficiencia y oportunidad con la que fue atendido el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA en la CLÍNICA MEDILASER, en la medida que una vez llegó al centro médico se le ordenaron exámenes de diagnóstico para determinar su patología y, pese a su resistencia al tratamiento, se le continuó atendiendo de manera integral con múltiples especialistas y equipos médicos. De tal manera, al no encontrarse reunidos los elementos de la responsabilidad, es absolutamente improcedente el reconocimiento de perjuicios.

De otro parte, debe precisarse que no hay prueba de la calidad de compañera permanente de ENITH MOTTA MURCIA, pues no obra escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que haya declarado su unión marital con el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA. De tal manera, no es procedente el reconocimiento de ningún perjuicio a su favor.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO** a que se condene a la CLÍNICA MEDILASER S.A. y las demás demandadas a pagar a los demandantes la suma pretendida por lucro cesante, al ser consecuencial de la primera pretensión y, adicionalmente, por no encontrarse reunidos los elementos de la responsabilidad administrativa, especialmente la falla en el servicio, toda vez que está plenamente demostrada la eficiencia y oportunidad con la que fue atendido el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA en la CLÍNICA MEDILASER, en la medida que una vez llegó al centro médico se le ordenaron exámenes de diagnóstico para determinar su patología y, pese a su resistencia al tratamiento, se le continuó atendiendo de manera integral con múltiples especialistas y equipos médicos. De tal manera, al no encontrarse reunidos los elementos de la responsabilidad, es absolutamente improcedente el reconocimiento de perjuicios.

En suma, no hay prueba de la causación de perjuicio material alguno, concretamente, que se hayan dejado de percibir ingresos como consecuencia del hecho dañoso. Lo anterior, considerando que no hay prueba de que el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA se dedicara en vida a la agricultura y, mucho menos, que devengara un salario mínimo como lo manifiesta la parte actora. Así las cosas, ante la inexistencia de presunción en la materia, es claro que deberá negarse esta pretensión indemnizatoria.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO** a que se condene a la CLÍNICA MEDILASER S.A. y las demás demandadas a pagar a los demandantes la suma pretendida por daño a la vida en relación, al ser consecuencial de la primera pretensión y, adicionalmente, porque este perjuicio fue eliminado de la jurisprudencia contenciosa y subsumido en el daño a la salud, el cual únicamente se reconoce a la víctima directa. De esta manera, es imposible su



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

reconocimiento ante casos de fallecimiento.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO** a que se condene al pago de intereses, por ser una consecuencia prevista en la ley y, además, supone la existencia de condena ejecutoriada, sin embargo, en el presente caso, no se cumplen los presupuestos para la declaratoria de responsabilidad administrativa, tornando imposible una condena a favor de los demandantes.

## III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

En primer lugar, se advierte que las excepciones contenidas en el presente escrito se ocuparán en señalar la inexistencia de falla en el servicio y, por consiguiente, de relación de causalidad entre la actividad médica desplegada por la CLÍNICA MEDILASER y el daño cuya indemnización pretenden los demandantes, atendiendo a que su actuación siguió los parámetros de la *lex artis* y los protocolos médicos, tanto así que una vez ingresó el paciente a las instalaciones, se le ordenaron exámenes paraclínicos y un TAC de tórax para determinar el origen de sus padecimientos. A su vez, se ordenó un seguimiento constante con múltiples especialistas que brindaron un tratamiento adecuado y oportuno a los síntomas presentados, sin embargo, la condición crítica del paciente fue la causante de su fallecimiento.

Igualmente, es necesario señalar que ninguna de las hipótesis planteadas por la parte actora para atribuir responsabilidad administrativa a la CLÍNICA MEDILASER tiene asidero técnico o científico, pues el paciente tuvo múltiples valoraciones con especialista y, asimismo, los resultados del TAC de tórax fueron oportunamente interpretados, tanto así que una vez se conoció de los mismos, se procedió con la ventana pericárdica para atender el derrame pericárdico hallado. De igual manera, no hubo ninguna demora respecto al derrame pericárdico, bajo el entendido que este se descubrió al momento de conocer los resultados del TAC de tórax y, tan pronto se diagnosticó, se procedió con la intervención quirúrgica. Por otra parte, tampoco hubo negligencia ante la no disponibilidad de camas UCI, teniendo en cuenta que los servicios requeridos por el paciente fueron oportunamente brindados en la sala de urgencias. Por último, no hubo ninguna falla en el servicio con relación a los múltiples derrames pericárdicos presentados, en la medida que la condición médica del paciente hacía que experimentara producción hemática y, es por tal motivo que eran necesarias las intervenciones a las que fue sometido

Con todo lo anterior, es evidente la ausencia de falla en el servicio y de nexo de causalidad entre la actuación de las entidades demandadas y el fallecimiento del señor MARTÍN HERNANDEZ AVILA.



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

1. **EXCPECIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA**

Coadyuvo las excepciones propuestas por la CLÍNICA MEDILASER sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

2. **INEXISTENCIA DE FALLA DEL SERVICIO POR PARTE DE LA CLÍNICA MEDILASER S.A.**

Partiendo de los elementos configurativos de la responsabilidad, en el presente caso no se acredita falla en el servicio por parte de la CLÍNICA MEDILASER, considerando que esta entidad prestó un oportuno y adecuado servicio médico al señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA, dado que una vez ingresó al centro hospitalario, a pesar de su condición crítica, le fueron ordenados exámenes paraclínicos y un TAC de tórax para descartar patologías que pudieran generar los síntomas presentados. Asimismo, fue valorado por diferentes especialistas en medicina interna, nefrología y cardiología, entre otros, a efectos de determinar con precisión el origen de sus padecimientos, sin embargo, tal y como quedó anotado en la historia clínica, el paciente se resistía a los tratamientos y, lamentablemente, pese a las acciones oportunas del personal médico, falleció debido a la condición crítica que presentaba desde el momento de su ingreso.

Con miras a aclarar este punto, es necesario recordar que en el artículo 90 superior se encuentran los elementos que configuran la responsabilidad administrativa, en los siguientes términos: "*El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas".*

A partir de tales presupuestos, el Consejo de Estado ha desarrollado los requisitos para atribuir responsabilidad extracontractual como lo son: i) el daño antijurídico, ii) la atribución o imputación y, iii) la culpa del agente en la causación del hecho dañoso. En el caso de la responsabilidad administrativa, estos elementos pueden dividirse en el daño antijurídico, la imputación fáctica (nexo de causalidad) y la imputación jurídica, que a su vez se refiere a los títulos de imputación creados por la jurisprudencia contenciosa, esto es, falla en el servicio, daño especial y riesgo excepcional.

Entonces, para determinar si a la CLÍNICA MEDILASER le es imputable el daño padecido por los demandantes, es necesario acudir a los elementos constitutivos de responsabilidad antes aludidos, a saber: que haya un daño antijurídico y que este sea imputable a una acción u omisión de una autoridad.

Así las cosas, el juicio de imputación parte de la acreditación de dos esferas, una fáctica y una



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

jurídica, esto es, la existencia de un daño cierto, consolidado, injustificado, que no se tenga la obligación o el deber de soportar, y una acción u omisión de la administración que materialice un deber jurídico de responder por el daño, de acuerdo con los distintos títulos de imputación.

Para el caso concreto, los demandantes alegan que existió una falla en servicio por parte de las entidades demandadas, título jurídico de imputación por excelencia que hace parte del régimen subjetivo de responsabilidad, por lo que para su acreditación es necesario verificar las obligaciones a cargo de la entidad y, consecuentemente, su incumplimiento por impericia, negligencia o culpa.

Además que, actualmente, la jurisprudencia del Consejo de Estado tiene establecido que la responsabilidad médica se encuentra dentro del régimen de falla probada del servicio, por lo que, *"(…) en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados todos los elementos que la estructuran, esto es, el daño y su imputación por razón de la actividad médica, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, como la prueba indiciaria"*[1].

En otra oportunidad, el Consejo de Estado advirtió:

> *"La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance"*[2].

De esta manera, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia

[1] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Rad. 76001-23-31-004-2007-00539-01 del 28 de octubre de 2019, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.
[2] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Rad No. 30102 del 05 de marzo de 2015.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico.

No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes, es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas 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"*[3].

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".*

Así mismo, el Consejo de Estado, en sentencia del 13 de noviembre de 2014, se pronunció en de la siguiente forma:

> *"(…) En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio".*

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones

[3] Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, ahora resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado.

De este modo, el Consejo de Estado ha sido claro al establecer:

> *"(…) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdice que el servicio se desarrolló diligentemente; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño.*
>
> *(…)*
>
> *se limita a demostrar que su conducta fue diligente y que el daño sufrido por la víctima no fue producto de inatención o de atención inadecuada; ello implica, finalmente, deducir que el riesgo propio de la intervención médica, que no permiten que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentaron y fueron los causantes del daño. Por tal razón, se ha dicho que la prueba de la ausencia de culpa no puede ser nunca en realidad una prueba perfecta, en la medida en que lo que se evidencia, mediante la demostración de la diligencia y el adecuado cumplimiento de las obligaciones en la entidad médica, es simplemente que el daño no ha tenido origen en su falla, sin que tenga que demostrarse exactamente cuál fue la causa del daño recibido por el paciente, pues si se exigiera esta última demostración, se estaría pidiendo la demostración de una causa extraña, que es la causal de exoneración propia de los regímenes objetivos de responsabilidad"*[4].

De forma similar, la Corte Suprema de Justicia expuso que:

> *"La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia"*[5].

Una vez aclarado lo anterior, es menester precisar el contenido obligacional al que están

[4] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de abril de 1997. CP. Carlos Betancourt Jaramillo, Expediente 9467.
[5] Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende, esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

> *"ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario**. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional**."*

Entonces, no puede perderse de vista que, además de la imperiosa necesidad de acreditar la falla en el servicio en materia de responsabilidad médica, las obligaciones derivadas del acto médico son de medio, más no de resultado, atendiendo a que estas dependen en gran medida de la respuesta biológica de los pacientes al tratamiento ofrecido y a considerables condiciones que se escapan del control del profesional de medicina.

Como vemos, la parte actora tiene el deber de demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es, (i) daño, (ii) imputación fáctica, (iii) imputación jurídica y, adicionalmente, un cuarto elemento relacionado con el régimen jurídico de responsabilidad aplicable a la responsabilidad médica correspondiente a iv) la negligencia o impericia del actuar médico. Sin embargo, lejos de probar dichos elementos, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la CLÍNICA MEDILASER se sujetó a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar el servicio de atención en salud al señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA.

Veamos entonces cuáles fueron las actuaciones recibidas por el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA en la CLÍNICA MEDILASER, a efectos de desvirtuar la presunta falla en el servicio en que incurrió este centro médico. Así pues, el señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA ingresó a la CLÍNICA MEDILASER S.A. el día 12 de junio de 2018, a las 5:16 p.m., con las siguientes condiciones médicas:

> *"Paciente de 45 años de edad con cuadro clínico de episodio psicopal, con posterior sensación de palpitación, disnea, diaforesis ingresa a ips primaria donde toman electro con evidencia de taquicardia sinusal, se administra manejo antisquemico, pero no es tolerado y sufre emesis durante su recorrido en ambulancia presenta aumento de frecuenta cardiaca/150lxm) por lo que se suministra 50 mg de metoprolol a su ingreso diaforetico con disnea, con constante vitales normales.*
> ***a su ingreso hipotenso con taquicardia sinusal, diaforetico tolerando el decubito,***



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

***con disnea electro cardiograma ekg r-r regulares, no bloqueos no signos de isquemia o necrosis.***

*paciente niega síntomas respiratorios, niega dolor torácico, niega, fiebre, y otro síntoma asociado sin comorbilidades, refiere episodio sincopal mientras se encontraba ordeñando con recuperación medianamente rápida.*

***se solicita tac d tórax para descartar patología pulmonar + paraclínicos de ingreso monitorización constante con valoración por cardiología****".*

Así pues, vemos que el paciente ingresó al centro hospitalario hipotenso, con taquicardia sinusal, diaforetico y con disnea, por lo que se solicitó TAC de tórax para descartar patología pulmonar, paraclínicos y valoración por cardiología. Además, se ordenó el suministro de medicamentos como clopidogrel, atorvastatina, acetil, heparina, ranitidina, metoclopramida y metoprolol, mismos que actúan frente a síntomas cardiovasculares, coágulos y estomacales.

Una hora más tarde, se le valoró por un profesional de medicina general quien, a efectos de descartar otras posibilidades, le ordenó estudios para verificar si padecía tromboembolia pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda o consumo de AINES, tal y como se constata en la siguiente anotación de la historia clínica:

**ANALISIS**

Paciente de 45 años sin antecedentes patológicos de importania referidos
Hace 1 semana trauma en cadera derecha durante cabalgata, posterior dolor y limitación funcional, acudió a sobandero, aún así ha persistido con molestias en dicha zona.
Cuadro actual de 1 semana de evolución caracterizado por disconfort torácico, disnea, escalofrios, astenia y hoy episodio sincopal precedido de palpitaciones, por lo cual remiten
Signos vitales Ta 95/44mmHg Fc 115lpm Fr 26rpm SatO2 93%
Cc mucosa oral húmeda, escleras anictericas. Cuello simétrico, sin adenopatias, no ingurgitación yugular.
neurológico alerta, glasgow 15/15 sin focalizaciones neuro motoras, no signos meningeos
torax simétrico, murmullo vesicular conservado, no agregados, taquipenia, dificultad respiratoria, rscs ritmicos sin soplos
abdomen abundante panículo adipsoo, no dolroso, no irritación periotoneal, no megalias, ruidos intestinales positivos
extremidades sin edemas, buena perfusión distal
piel mucosas secas, anicterico

Gases arteriales: Ph 7.33 PCO2 14 PO2 111 Na 130 K 5.4 Glucosa 153 Lactato 10.9 CHO3 -7.4 BE-18.5

Amplio estudios para descartar posibilidades como TEP IRA por rambomiolisis o consumo deAINES ante antecedentes de trauma. Pendiente reorte de estudios. Ajusto manejo

Dicha actuación se ajustó a los más altos estándares de oportunidad y eficiencia, teniendo en cuenta que ante la inexistencia de antecedentes de importancia y por los síntomas presentados, los médicos tratantes ordenaron una serie de exámenes para determinar la causa de tales síntomas, incluyendo TAC de tórax, paraclínicos y valoraciones para descartar TEP, IRA y consumo de AINES.

Aproximadamente a las 10:00 p.m. del mismo día, el paciente presentó un paro cardiaco con resucitación exitosa, lo cual evidencia las malas condiciones generales en las que ingresó al centro hospitalario, tal y como quedó consignado en la respectiva nota de la historia clínica, así:

*"**paciente persiste en malas condiciones generales***



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*se realizó reanimación hídrica manteniendo cifras tensionales limítrofes sin embargo persistiendo con respiración acidótica por tanto se realiza gasometría arterial de urgencia-control evidenciando acidosis metabólica severa con Ph pH 7.19 PCO2 14 PO2 100 HC3 5.3 BE-20.3 Na 127 K 6.5 Lactato 11.2 por tanto se inician medidas para acidosis metabólica severa e hiperpotasemia. Se traslada a reanimación y se inicia norepinefrina para garantizar cifras tensionales en rangos aceptable y evitar hipotensión durante secuencia de intubación, una vez se garantiza un ambiente seguro para realizar intubación orotraqueal se realiza secuencia de intubación rápida con éxito en el primer intento.* ***Posteriormente se verifica bradicardia severa se inician maniobras de reanimación básicas y avanzadas se comprueba ritmo de paro asistolia****, se inicia protocolo de línea isoeléctrica y se inician maniobras de RCCP con RCE a los 15 minutos".*

Una vez atendidos los percances señalados y antes de su traslado a UCI, se decidió realizar paso de catéter mahurkar y terapia dialítica ante la sospecha de tromboembolia pulmonar vs bacteriemia oculta.

Sobre el particular, cabe precisar que si bien no había disponibilidad de camas UCI para este momento, los procedimientos anteriormente descritos fueron realizados satisfactoriamente en la sala de urgencias, por lo que no hubo ninguna negligencia ante la no disponibilidad de camas UCI, por el contrario, ante dicha situación, los médicos tratantes actuaron hábilmente al realizar los servicios requeridos en el lugar donde se encontraba el paciente. Aun así, tan pronto hubo disponibilidad de camas UCI, se dio traslado al paciente para continuar su atención desde dicho espacio.

A las 10:00 p.m. del 12 de junio de 2018, el paciente fue valorado por la profesional en nefrología, quien lo valoró y encontró en malas condiciones clínicas, con deshidratación moderada y ligera palidez cutáneo mucosa, por lo que continuó la sospecha de TEP e indicó que padecía acidosis metabólica e hipercalcemia resistentes al tratamiento. Con base en lo anterior, ordenó tratamiento por diálisis de urgencia, lo cual se llevó a cabo a las 11:42 p.m. Aun así, previamente la médica general había diagnosticado acidosis, de modo que el paciente ya venía con tratamiento para ello consistente en solución inyectable de bicarbonato de sodio.

De otra parte, a las 2:15 a.m., el señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA fue examinado por el Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano, profesional en medicina interna, quien lo encontró en las siguientes condiciones:

*"**Paciente que en forma súbita presenta síncope**. Recupera estado de conciencia con sensación de disnea y palpitaciones. Acude a nivel uno donde se evidencia taquicardia sinusal. Lo refieren a este centro hospitalario y en el transporte presenta taquicardia extrema recibiendo Metoprolol sin respuesta. Ingresa agitado con disnea y taquicardia. Niega dolor torácico previo, tos u otros síntomas respiratorios. Señala que ocho días*



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*previos, trauma en cadera derecha con limitación funcional.* ***Durante su estancia en urgencias los estudios informan acidosis metabólica severa con hiperkalemia****; progresivamente empeora la disnea la cual no responde adecuadamente a oxigenación. Por tal motivo se IOT y presenta Paro Cardiorrespiratorio; RCP exitoso a los 30 minutos. Se procede a informar a la familia, la necesidad imperante de pasar Mahurkar y realizar procedimiento dialítico. Se encuentra actualmente bajo ventilación mecánica, sedación y presores.*

*(…)*

*REVISION DE IMAGENES DIAGNOSTICAS 1. Rx de Caderas: normales 2. TAC de Tórax Simple:* ***Congestión Pulmonar- Derrame Pericárdico***

***Derrame pericárdico aproximado de 500 ml. SE AVISA CIRUGIA PARA VENTANA PERICARDICA URGENTE".***

Como se observa, el paciente fue valorado por el profesional de medicina interna, quien además de examinarlo, revisó las imágenes diagnósticas previamente ordenadas, encontrando que presentaba un derrame pericárdico aproximado de 500 ml y acidosis metabólica severa. De acuerdo con lo anterior, se sospechó sepsis o embolismo pulmonar por su trauma previo de cadera, haciendo énfasis en que se trataba de un paciente con franca inestabilidad hemodinámica. Conforme a lo anterior, tan pronto se descubrió el derrame pericárdico gracias a la lectura de los resultados del TAC de tórax, el medico internista remitió al paciente a cirugía general para realizar la ventana pericárdica.

Por lo anterior, no hubo falla en el servicio con relación a la atención del derrame pericárdico, todo lo contrario, una vez fue descubierta dicha patología, se actuó oportunamente, tanto que la ventana pericárdica se llevó a cabo tan solo 15 minutos de la atención realizada por el profesional de medicina interna. Al respecto, conviene aclarar que un derrame pericárdico puede diagnosticarse mediante ecocardiograma, electrocardiograma o una tomografía computarizada[6], por lo que no era posible diagnosticar derrame pericárdico antes de la lectura de los resultados del TAC de tórax que, incluso, fue ordenado por sospecha de TEP.

Según la historia clínica, a las 2:30 a.m. se realizó la ventana pericárdica con el fin de atender el derrame pericárdico presentado por el paciente. Durante el procedimiento, presentó bradicardia, AESP y asistolia, por lo que se inició RCP y, una vez normalizado el ritmo cardiaco, se incidió en el pericardio obteniendo aproximadamente 450 cm de líquido rojo. Una vez finalizado al procedimiento, **se explicó a la esposa la gravedad del caso, quien manifestó entender adecuadamente.**

6 Consultado en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pericardial-effusion/diagnosis-treatment/drc-20353724



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Así pues, vemos que hasta esta instancia el paciente tenía malas condiciones generales, al punto que había presentado dos (2) situaciones cardiacas que requirieron de reanimación, y fue por tal razón que se advirtió a los familiares sobre la gravedad de la condición del señor HERNÁNDEZ AVILA.

Ahora bien, previo a la valoración por cardiología, el paciente fue valorado por el especialista en anestesiología a las 6:55 a.m. del 13 de junio de 2018, quien registró lo siguiente:

> *"Paciente quien persiste en condición Crítica, aun inestable hemodinámicamente con requerimiento de triple soporte vasopresor para garantizar perfusión tisular Presenta elevación de azoados, se aumenta LEV, ante procedimientos de la madrugada se decide iniciar piperacilina tazobactam. ante cuadro clínico no claro se decide ordenar doppler de miembros inferiores para descartar posible tromboembolismo pulmonar. Continúa seguimiento estricto por Cirugía general control de gases arteriales en 3 hrs + acido láctico.* ***Paciente de mal pronóstico alta probabilidad de muerte Se ha informado a sus familiares sobre su condición crítica y pronostico".***

En este sentido, al día siguiente a su ingreso, el paciente no presentaba mejoría y aun continuaba con condiciones críticas de salud, tanto así que se advirtió a los familiares sobre una alta probabilidad de muerte. De tal manera, se observa que el paciente llegó con malas condiciones de salud y continuaba con ellas, resistiéndose al tratamiento aplicado por los profesionales médicos relacionados con la acidosis metabólica e hipercalcemia.

Posteriormente, a las 9:30 a.m., el paciente fue valorado por el profesional de cardiología, quien realizó las siguientes manifestaciones:

> *"Paciente de 47 años de edad,* ***quien ingresa remitido de primer nivel en malas condiciones generales****, con requerimiento de soporte inotrópico, por presentar cuadro sincopal aspcoad a sensación de palpitacioens y episodio emético, por lo cual es remitido. Presenta además, trauma en cadera derecha hace aproximadamente 10 días al caer de caballo, niega antecedentes de importancia. Durante su traslado se administró dosis de betabloqueador por hallazgo de taquicardia y disconfort.*
>
> *Enzimas cardíacas de ingreso negativas, función renal comprometida, con gases arteriales con academia metabólica severa, hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, línea roja normal con plaquetas en límite inferior, perfil hepático con transaminasas elevadas posiblemente secundario a bajo gasto, tiempos de coagulación de ingreso con leve prolongación, dimero D elevado e hiperlactatemia.*
>
> *Durante atención inicial, requirió aseguramiento de la vía aérea e inicio de vasopresor, durante procedimiento presenta parada cardíaca con asistolia presentando posterior RCE a los 11 minutos,* ***una vez estabilizado ante acidemia metabólica fue valorado por el***



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

> ***servicio de nefrología quienes indicaron inicio de terapia dialítica para lo cual se realizó paso de catéter mahurka***. *Se considera además, cursa con taponamiento cardíaco por derrame pericárdico de origen a establecer por lo que se pasa a quirófano para realizar ventana pericárdica, con drenaje del mismo obteniendo 450cc de líquido hemático de aspecto "vinoso" dejando drenajes de mediastino y pericardio*.
>
> *Actualmente a la valoración,* ***paciente en muy mal estado general****, con evidencia de drenaje hemático franco por drenaje de mediastino (aprox 400cc) y pericardio (aprox 250cc) en 5 horas, con requerimiento de triple soporte vasopresor, bajo ventilación mecánica invasiva. Se decide entonces realizar ecocardiograma transesofágico para descartar presencia de alteraciones a nivel de cavidades y/o valvulares,* ***que mostró aurícula íntegra, buena función ventricular, derrame pericardio de predominio posterior mínimo, integridad del ventrículo y de la aurícula derecha normal****.*
>
> *En primera instancia se interpreta como sangrado médico, se inicia corrección de tiempos de coagulación de control, y se solicita hematocrito de drenaje pericárdico y mediastínico para evaluar origen de sangrado, continuamos atentos a evolución,* ***mal pronóstico a corto plazo con alto riesgo de complicaciones incluyendo la muerte.*** *A la espera de revaloración por cirugía general con el fin de determinar si hay requerimiento de reintervención ante persistencia de sangrado mayor".*

Como vemos, una vez valorado por cardiología, **se indicó que el paciente estaba en muy malas condiciones generales y mal pronóstico a corto plazo, con alto riesgo de muerte.** Adicionalmente, se recordó que el paciente presentó un derrame pericárdico de origen por establecer, de modo tal que hasta dicho momento no existía certeza respecto al padecimiento del paciente y, por obvias razones, no era posible establecer si se trataba de patologías cardiacas, renales, respiratorias o de cualquier otra índole. De tal manera, no había razones científicas para afirmar que el paciente requería valoración inmediata por cardiología, como erradamente lo señaló la parte actora.

Igualmente, de dicha valoración conviene precisar que se practicó un ecocardiograma en el que se halló nuevamente un derrame pericárdico, no obstante, este derrame no tiene relación alguna con el previamente hallado y drenado, tanto así que -como se señalará- la sangre drenada presentaba una consistencia distinta a la que se drenó en la primer ventana pericárdica. A la misma conclusión llegó el perito en su dictamen, al afirmar:

> *"Rta/* ***No se puede atribuir a un proceder médico o manejo por parte del personal de salud la causa del derrame pericárdico ya que se debe a cualquier proceso patológico que cause inflamación tiene la posibilidad de generar un incremento en la producción de líquido pericárdico (exudado).*** *Un mecanismo alternativo de acúmulo de líquido pericárdico es la disminución en la absorción, debido a una 10 presión sistémica venosa aumentada, resultado de insuficiencia cardíaca congestiva o hipertensión*



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*pulmonar (trasudado). En la siguiente tabla se muestra las causas potenciales para derrame pericárdico"*[7]*.*

Con posterioridad, fue valorado por el profesional en anestesiología, quien refirió engrosamiento septal interlobulillar asociado a derrame pericárdico, por tal motivo, se examinó por cirugía general hallando lo siguiente:

*"Paciente con p.o inmediato de pericardiotomia para drenaje de derrame pericárdico más descompresión de taponamiento cardiaco.*
*Sospecha clínica de Tuberculosis pericárdica.*
*paciente en mal estado general con pronóstico ominoso.* ***Ha estado experimentando producción hemática por drenes tanto endopericárdico como mediastinal aprox/te 650 ml en 9 hrs. Tiene ecocardiograma transesofágico sin evidencia de lesión o herida cardiaca reciente. Llama la atención el gasto hemático relativamente alto y el aspecto el cual al momento es de sangre no vinosa o " vieja" sino fresca****; por lo tanto, se hace necesario nueva exploración mediastinal e investigar si hay lesión de tejidos blandos mediastinales prepericárdicos con sangrado activo u otras causas. Se advierte que dependiendo de los hallazgos operatorios puede legar a requerir toracotomía anterolateral o posterolateral o esternotomía, exploración de grandes vasos del tórax, cardiografías, angiografías, angio-oclusiones, toracotomías adicionales, neumectomias, derivaciones vasculares, tórax abierto, entre otras.*
*Autorizo el traslado a quirófano, previo consentimiento informado firmado".*

Así pues, el cirujano general halló que el paciente estaba experimentando producción hemática y la sangre derramada era fresca, por lo que el derrame pericárdico que requirió una nueva intervención quirúrgica no estaba relacionado con la ventana pericárdica realizada, sino a producción hemática con origen desconocido. El respetivo drenaje se realizó por intervención quirúrgica en horas de la tarde del mismo 13 de junio de 2018. Con todo, vemos que el paciente presentaba nuevos derrames pericárdicos que, una vez descubiertos, eran drenados por el cirujano general.

A la mañana siguiente, se realizó la siguiente anotación respecto a las condiciones presentadas por el paciente:

*"Paciente quien persiste en condición Crítica, aun inestable hemodinámicamente con requerimiento de triple soporte vasopresor para garantizar perfusión tisular. Aun continua con coagulograma abierto por lo cual se indica nuevamente la inminencia de reposición de hemoderivados ( PFC y plaquetas) Persiste con azoados hacia al alza, consideramos necesidad de hemodiálisis pero por inestabilidad hemodinámica a pesar de soporte presor se pospone por ahora,* ***considero como medida heroica iniciar pulso de corticoide en***

7



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

***espera de respuesta presora. Continúa seguimiento estricto por Cirugia general gases arteriales + ionograma de control en la tarde. Paciente de mal pronóstico alta probabilidad de muerte Se ha informado a sus familiares sobre su condición crítica y pronostico".***

Como se observa, a pesar de las diferentes valoraciones por medicina interna, nefrología y cardiología, el paciente persistía en condición crítica, tanto así que tenía pronóstico con alta probabilidad de muerte, lo cual fue debidamente informado a sus familiares. Así las cosas, fue este misma condición la que se mantuvo durante toda su instancia y que, lamentablemente, produjo su fallecimiento.

Acto seguido, fue valorado nuevamente por cardiología, quien refirió lo siguiente:

*"El día de ayer, se llevó a segundo tiempo quirúrgico para evaluar presencia de líquido pericárido con disminución de hallazgo en el mismo, hoy presenta disminución en la producción de dren con aproxiamdamente 150cc en 18 hrs. Paraclínicos de control con elevación progresiva en niveles de azoados, con acidemia metabólica severa, hiperkalemia y anuria,* ***en quien no ha sido posible el inicio de la etrapia de reemplazo renal indicada previamente por el servicio de nefrología dada inestabilidad hemodinámica.*** *Reporte de hemograma con disminución de leucocitosis y neutrofilia, niveles de hemoglobina y hematocrito nromales, trombocitosis. Dimero D elevado, además de tiempos de coagulación prolongados.* ***Por parte de neustro servicio, continuamos con manejo expectante a la espera de evolución del paciente, a la espera de transfusión de 9UI de plasma. Pornóstico a corto plazo malo con alto riesgo de complicaciones incluyendo la muerte, se declara en estado crítico. Familiares enterados de estado actual".***

Así pues, tanto la profesional en nefrología, como el cardiólogo, ordenaron un tratamiento sintomático a efectos de estabilizarlo hemodinámicamente, sin embargo, el paciente se resistía al tratamiento y, por tal razón, se mantenía su pronóstico con alto riesgo de muerte. La nefróloga realizó una valoración similar, en los siguientes términos:

*"Paciente en condición crítica estado post reanimación , persiste francamente inestable hemodinámicamente con triple terapia presora para garantizar metas de perfusión.* ***Persiste mala perfusión distal y acidosis metabólica****. Bajo sedación e intubación orotraqueal, estado neurológico no valorable. Persiste coagulopático ha recibido hemoderivados.* ***Hoy con mayor deterioro de pruebas de función renal, acidosis metabólica e hiperpotasemia refractaria y oligoanuria****, en urgencia dialítica por lo cual en miras de mejorar el medio interno se realizará diálisis con la prescripción más adelante descrita. Continúa manejo en UCI de acuerdo a indicaciones de Intensivista y Cardiología, en acompañamiento nuestro para manejo de soporte dialítico.* ***Paciente de mal pronóstico y alto riesgo de muerte, su familiar ha sido informado****".*



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Vemos entonces que los médicos tratantes siempre pretendieron estabilizar al paciente y disminuir los síntomas presentados como la acidosis metabólica -frente a la cual el paciente nunca presentó mejoría pese al tratamiento- y sus malas funciones renales. Aun así, como se mantuvo a lo largo de la historia clínica, el paciente presentaba franca inestabilidad hemodinámica.

Su valoración para el tercer día en UCI no tuvo mayores cambios, pues se mantuvo su condición crítica e inestabilidad hemodinámica. Igualmente, presentaba resistencia a los tratamientos ordenados, dado que frente al coagulograma abierto se realizó transfusión de PFC, sin que tuviera mejoría alguna al día posterior. Las valoraciones por nefrología y cardiología tampoco fueron sustancialmente distintas, continuando con el mal pronóstico a corto plazo con alta probabilidad de muerte.

Lamentablemente, el 15 de junio de 2018 en horas de la tarde el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA falleció al presentar hipotensión progresiva y disminución de ingreso de volúmenes a pear de presiones inspiratorias.

Con todo, se tiene entonces que el paciente llegó en malas condiciones al centro hospitalario, remitido por la ESE SOR TERESA DE ADELE, presentando cuadro clínico de episodio sincope, taquicardia sinusal y disnea. Una vez ingresó, se ordenó TAC de tórax para descartar patología pulmonar y paraclínicos, además de valoración por cardiología. Se mantuvo al paciente en la sala de urgencias hasta el día siguiente que hubo disponibilidad de camas UCI, sin embargo, allí mismo se realizó el paso de mahurkar y terapia dialítica, por lo que no hubo necesidad de traslado inmediato a UCI.

De igual manera, el paciente fue valorado por nefrología y medicina interna, siendo este último profesional quien analizó los resultados del TAC de tórax encontrando derrame pericárdico, por lo que de inmediato se pasó a sala de cirugías y, tan solo 15 minutos después, se practicó la ventana pericárdica. Al día siguiente, el paciente presentó nuevamente un derrame pericárdico con origen desconocido, el cual fue descubierto por un ecocardiograma practicado por el profesional en cardiología, frente al cual también se practicó la correspondiente ventana pericárdica, en la que se encontró que el paciente estaba experimentando producción hemática. En las subsiguientes valoraciones por especialistas, el pronóstico se mantuvo en malo con alta probabilidad de muerte, pese a los múltiples tratamientos ordenados por los médicos tratantes y que pueden ser verificados en la historia clínica. Así, a pesar de los esfuerzos de los profesionales, la condición crítica del paciente conllevó a su fallecimiento.

Así las cosas, la CLÍNICA MEDILASER atendió al paciente con los más altos estándares de oportunidad e integralidad brindándole un tratamiento con diferentes especialistas, quienes



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

atendieron sus padecimientos al momento en que se presentaban, como los procedimientos de diálisis y las ventanas pericárdicas, además del tratamiento con bicarbonato de sodio para la acidosis metabólica. Por lo anterior, no hay ninguna falla en el servicio médico dispensado por la CLÍNICA MEDILASER, tal y como concluyó el perito en el dictamen pericial aportado por dicha entidad, así:

> *"El enfoque del paciente realizado desde el momento de su ingreso a la institución (Clínica Medilaser) es acorde a la sintomatología descrita y presentada, ya que aborda estudios paraclínicos como química sanguínea, imagenológica y formulación médica para tratar de lograr estabilización en el paciente.*
>
> *La historia clínica y los procedimientos realizados al paciente en cada uno de los momentos en que se va desarrollando la evolución del paciente y la obtención de resultados clínicos, paraclínicos e imagenológicos se fueron resolviendo dentro del momento en que se presentaron tales como a su ingreso solicitud de tac de tórax por características de la sintomatología pensando en un diagnóstico de TEP, solicitud de estudios de química sanguínea, inicio de reanimación hídrica y formulación posterior paciente con deterioro clínico acidosis metabólica severa con hiperkalemia; progresivamente empeora la disnea la cual no responde adecuadamente a oxigenación. Por tal motivo se IOT y presenta Paro Cardiorespiratorio; RCP exitoso a los 30 minutos. Se procede a informar a la familia, la necesidad imperante de pasar Mahurkar y realizar procedimiento dialítico el cual también se inicia, con el reporte de tac de tórax evidenciando derrame pericárdico se informa a cirugía general quienes realizan ventana pericárdica. Así se puede continuar dando resolución a cada situación buscando estabilización y mejoría en pro del paciente.* ***Por lo anterior no considero que hay inoportunidad en el manejo médico.***
>
> *(…)*
>
> *Como se ha descrito en preguntas anteriores la atención considero fue oportuna ya que desde el ingreso del paciente a la Clínica Medilaser se prestó una atención de calidad, oportuna teniendo en cuenta la sintomatología y la evolución del paciente tratando de resolver la inestabilidad presentada desde el sitio de remisión apoyándose en medidas diagnósticas, quirúrgicas, clínicas y paraclínicas quien a pesar de todo lo realizado se lleva a un desenlace fatal".*

En virtud de lo anterior, es viable concluir que la CLÍNICA MEDILASER actuó de acuerdo con la lex artis y de su actuación no se desprende falla en el servicio médico, por lo que dicho elemento está ausente y no es posible atribuir responsabilidad a dicho centro hospitalario.

**3. INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y EL ACTUAR DE LA CLÍNICA MEDILASER**



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Como se advirtió en el acápite anterior, la causa del fallecimiento del paciente fue su propia condición crítica, misma que se mantuvo desde el ingreso del señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA a la CLÍNICA MEDILASER hasta su muerte. Así, pese a que el servicio prestado por dicho centro médico fue integral, oportuno y adecuado, tanto que siempre se buscó la estabilidad hemodinámica del paciente y atender la sintomatología presentada, la condición de salud del señor llevó a su fallecimiento, pues se resistía a los tratamientos y durante su estancia mantuvo su pronóstico malo con alta probabilidad de muerte. De esta manera, es evidente la ausencia de causalidad entre la actuación desplegada por la CLÍNICA MEDILASER y el fallecimiento del paciente.

Antes de proceder con las razones que dan cuenta de la ausencia de nexo de causalidad para que pueda predicarse responsabilidad de a CLÍNICA MEDILASER es necesario advertir que el Consejo de Estado ha reconocido que la imputación se fundamenta en la teoría de la causalidad adecuada, que pregona como causa adecuada aquella idónea en la producción del daño, contrario a teorías como la equivalencia de condiciones o causa más próxima. Así las cosas, se ha dicho:

> *"Respecto del nexo causal entre la conducta y el daño, debe existir certeza de la relación que existe entre un hecho antecedente y un resultado, de forma tal que de no existir o haberse presentado aquella, tampoco se hubiese ocasionado este. Para analizar la existencia del nexo causal, el Consejo de Estado ha acogido la teoría de la causalidad adecuada para resolver los asuntos relativos a la responsabilidad extracontractual civil y del Estado […] **[L]a teoría de la causalidad adecuada señala que será el hecho eficiente y determinante para la producción del daño el que habrá de tenerse en cuenta para imputar la responsabilidad, es decir, el que resulte idóneo para su configuración"**[8]**.***

Entonces, la teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado. Doctrina autorizada y reciente confluye en aseverar que para declarar la responsabilidad es necesaria la concurrencia de tres elementos indispensables, a saber:

> *"Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador. El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece*

[8] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. Rad. 50001-23-33-000-2015-00091-01ª del 25 de febrero de 2021, C.P. Hernando Sánchez Sánchez.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*ligado a esta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad"*[9].

Como vemos, la responsabilidad extracontractual del Estado se erige a partir de la teoría de la causa adecuada, en la medida que resulta un sinsentido otorgarle relevancia a cada uno de los hechos previos que dieron lugar a la producción del daño, como en la teoría de equivalencia de condiciones, o atribuirle responsabilidad a la causa más próxima, por lo que solo es jurídicamente relevante aquella causa necesaria, eficiente y determinante para la causación del daño. Por lo anterior, es a partir de este concepto que debe realizarse el análisis de la responsabilidad de las demandadas en lo atinente a la relación de causalidad o imputación, pues sin este requisito no se configuraría la obligación de reparar.

Visto lo anterior, es evidente que no existe nexo de causalidad entre el actuar u omisión de la CLÍNICA MEDILASER y el daño en la humanidad del señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA, en la medida que, como se advirtió previamente, esta institución actuó adecuadamente y conforme a la *lex artis.*

De tal manera, en la historia clínica quedó consignado que el paciente ingresó al centro hospitalario con malas condiciones de salud y, desde el 13 de junio de 2018, el anestesiólogo emitió un mal pronóstico con alta probabilidad de muerte, situación que se reiteró en ocho oportunidades más en las respectivas valoraciones de los diferentes especialistas, quienes continuaron consignando en sus anotaciones: *"Pronóstico a corto plazo malo con alto riesgo de complicaciones incluyendo la muerte, se declara en estado crítico. Familiares enterados de estado actual".*

Igualmente, en una de las anotaciones del 12 de junio de 2018 se advirtió que el paciente presentaba resistencia al tratamiento frente a la acidosis metabólica y a la hipercalcemia. Por tal razón, el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA mantuvo la acidosis metabólica hasta el día de su fallecimiento.

En este sentido, es claro que el paciente ingresó en muy malas condiciones de salud al centro hospitalario, tanto así que tuvieron que reanimarlo en dos oportunidades. Además de lo anterior, estaba experimentando producción hemática con origen desconocido, por lo que se realizaron dos ventanas pericárdicas y, aun así, en la valoración del cardiólogo del 15 de junio de 2018, se consignó que el paciente continuaba con derrame pericárdico leve.

En la misma medida, el señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA mantuvo su diagnóstico de *"pacientes con franca instabilidad hemodinámica",* situación que impidió el inicio de la terapia de

[9] Patiño, Héctor. "Responsabilidad extracontractual y causales de exoneración. Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado colombiano". Revista Derecho Privado N14. Universidad Externado de Colombia. 2008



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

reemplazo renal ordenada por el servicio de nefrología. Así las cosas, a pesar de que el paciente se encontraba con soporte vasopresor desde el día de su ingreso, continuó inestable hemodinaicamente hasta su fallecimiento.

Con todo, es evidente que a pesar de las maniobras de la CLÍNICA MEDILASER por preservar la vida del paciente y estabilizar sus signos vitales, la condición crítica del paciente causó que resistiera a los tratamientos brindados y falleciera. Así también lo consideró el perito en su dictamen, en los siguientes términos:

> *"Entre el fallecimiento del paciente y la atención medica prestada en la Clínica Medilaser no existe un enlace ya que desafortunadamente el paciente desde su traslado del sitio de remisión ya se encontraba con variables las cuales fueron contribuyendo a la inestabilidad y pese a los grandes esfuerzos realizados por todo el personal de salud y la realización de diversos procedimientos para tratar de disminuir la mortalidad del paciente no fue posible".*

En virtud de ello, es clara la ausencia de relación de causalidad entre el fallecimiento del señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA y la actuación de la CLÍNICA MEDILASER, dado que la causa eficiente y adecuada de su muerte fueron los padecimientos que presentaba y la gravedad de su situación. Por lo anterior, ante la enervación de otro de los elementos de la responsabilidad administrativo, deberán negarse las pretensiones incoadas por la parte actora.

## 4. IMPROCEDENCIA DE LOS PERJUICIOS SOLICITADOS A TÍTULO DE LUCRO CESANTE

En el asunto de marras, respecto del lucro cesante, la parte actora no logró acreditar de manera cierta, actual o futura la existencia de este perjuicio, pues no hay prueba de la afectación o menoscabo de un derecho patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir y que no ingresará al patrimonio del demandante. Es más, de la pretensión indemnizatoria por este perjuicio no se evidencia quien fue quien sufrió la afectación, pues se solicitó: *"la remuneración que percibía en vida el señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA, junto con sus prestaciones laborales íntegras con base a este salario",* sin indicar cuál de los demandantes fue quien se vio perjudicado por la supuesta pérdida de la remuneración del fallecido. Por esta razón, es evidente la improcedencia de este perjuicio ante su errónea petición, ya que se desconoce si quien sufrió la afectación o menoscabo del derecho patrimonial fueron los hijos del fallecido, su compañera permanente o los hermanos, mucho menos se acreditó la dependencia económica de alguno de ellos frente al señor HERNÁNDEZ AVILA. Aun así, tampoco se ha logrado acreditar que el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA se dedicara en vida a la agricultura, como tampoco la remuneración que percibía al momento de su fallecimiento, por lo que esta pretensión está llamada a no prosperar.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Sobre el particular, conviene señalar que el Consejo de Estado ha definido el lucro cesante en los siguientes términos:

> *"(…) en cuanto perjuicio, el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual.*
>
> *(…)*
>
> *Vale decir que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afinca en una situación real, existente al momento del evento dañoso, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente*
>
> *(…)*
>
> *Por último, están todos aquellos "sueños de ganancia", como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que* ***conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables".***

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 el que se eliminó 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 esta manera, el lucro cesante solo 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 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.*** *(…)*
>
> *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***



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

***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.****"*[10]

Este pronunciamiento excluye posibilidad alguna de que se presuma el devengo de un salario, de modo tal que la parte actora tiene la carga de acreditar que efectivamente la persona fallecida percibía ingresos mensuales, como consecuencia de una relación laboral o contractual. Sin embargo, en el plenario no obra ninguna prueba documental como certificaciones laborales, documentos contables o cualquier medio probatorio que acredite que el señor se dedicaba a la agricultura para el momento de su fallecimiento y, mucho menos, que devengaba un salario mínimo, por lo que ante la ausencia de prueba es imposible su presunción.

Aunado a lo anterior, tampoco se acreditó la dependencia económica de ninguno de los demandantes para que proceda el reconocimiento de lucro cesante. Así las cosas, al respecto, el Consejo de Estado ha dicho: "*Conforme con el artículo 1614 del C.C., se entiende por lucro cesante la ganancia frustrada o el provecho económico que dejaron de percibir las demandantes como consecuencia de la muerte de su ser querido. En este sentido, es claro que para que exista reconocimiento por este tipo de perjuicio corresponde a* ***la parte actora acreditar la dependencia económica o sustento económico que percibía de la víctima'"***[11] y, si bien existe una presunción jurisprudencial con respecto a los hijos menores de edad, como se advirtió anteriormente, la petición indemnizatoria no busca el reconocimiento del lucro cesante en su favor, lo que evidencia una errónea petición.

En conclusión, no hay lugar al reconocimiento del lucro cesante al no existir prueba de que el señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA percibía un ingreso mensual y, tampoco lo es, al no haberse acreditado la dependencia económica de las víctimas indirectas, por lo que es perfectamente lógico concluir que el reconocimiento del lucro cesante solicitado por el extremo actor es a todas luces improcedente.

## 5. IMPROCEDENCIA DE LOS PERJUICIOS MORALES SOLICITADOS POR ENITH MOTTA MURCIA

Con respecto a la señora ENITH MOTTA MURCIA, no se logró acreditar que fuese la compañera permanente del señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA, pues no se aportó la respectiva acta de matrimonio, así como tampoco se acreditó su calidad de compañera permanente. De tal manera, es improcedente el reconocimiento de perjuicios morales a su favor.

---

[10] Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano.
[11] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Rad. 54001-23-31-000-2002-00167-01 del 05 de marzo de 2021, C.P. José Roberto Sáchica Méndez.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Al respecto, conviene recordar que la Ley 54 del 28 de diciembre de 1990, en el artículo 2, establece lo siguiente:

> *Artículo 2º. Se presume sociedad patrimonial entre compañeros permanentes y hay lugar a declararla judicialmente en cualquiera de los siguientes casos:*
>
> *3. Cuando exista unión marital de hecho durante un lapso no inferior a dos años, entre un hombre y una mujer sin impedimento legal para contraer matrimonio;*
>
> *b) Cuando exista una unión marital de hecho por un lapso no inferior a dos años e impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o de ambos compañeros permanentes, siempre y cuando la sociedad o sociedades conyugales anteriores hayan sido disueltas y liquidadas por lo menos un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.*

En ese orden de ideas, del apartado normativo se extraen dos (2) premisas principales. La primera, es que la unión marital de hecho puede ser declarada judicialmente cuando exista convivencia entre un hombre y una mujer por un lapso no inferior a dos años, sin impedimento legal para contraer matrimonio. La segunda, es la posibilidad de que se declare judicialmente la unión marital de hecho cuando aun existiendo impedimento legal para contraer matrimonio por parte de uno o ambos compañeros permanentes, las sociedades conyugales hayan sido disueltas y liquidadas, cuando menos, un año antes de la fecha en que se inició la unión marital de hecho.

Seguido de lo anterior, establece esa misma ley en el artículo 4:

> *Artículo 4º. La existencia de la unión marital de hecho entre compañeros permanentes, se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos:*
> *1. **Por escritura pública** ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes.*
> *2. **Por Acta de Conciliación** suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido.*
> *3**. Por sentencia judicial**, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los Jueces de Familia de Primera Instancia.*

Nótese que en la norma transcrita, el legislador estableció tarifa legal frente a cómo se acredita la unión marital de hecho. En el caso en concreto no se aportó escritura pública, acta de conciliación y mucho menos por sentencia judicial que declarara la existencia de unión marital de hecho, por lo que no existe prueba de la calidad de compañera permanente de la señora ENITH MOTTA MURCIA, tornando imposible el reconocimiento de perjuicio moral alguno en su favor.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

## 6. IMPROCEDENCIA DE LOS PERJUICIOS A TÍTULO DE DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN

Por otro lado, los demandantes pretenden que se les reconozca como perjuicio inmaterial el *"daño a la vida de relación",* el cual fue eliminado de la jurisprudencia contenciosa y subsumido en el daño a la salud, por lo que a primera vista deberá ser desestimado por el juzgador y analizado de conformidad con las disposiciones de este último perjuicio inmaterial.

Sobre este aspecto, el Consejo de Estado ha definido el daño a la salud como: *"(…) se puede decir que se avanza a una noción más amplia del daño a la salud, que se pasa a definir en términos de alteración psicofísica que el sujeto no tiene el deber de soportar, sin importar su gravedad o duración y sin que sea posible limitar su configuración a la existencia de certificación sobre la magnitud de la misma"*[12].

Ahora bien, con respecto a la acreditación y liquidación de este tipo de perjuicio inmaterial, el Alto Tribunal afirmó:

> *"**La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la victima directa**, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, conforme a la siguiente tabla:*

| GRAFICO<br>REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD | |
|---|---|
| REGLA GENERAL | |
| | |
| **GRAVEDAD DE LA LESIÓN** | **Víctima directa** |
| | SMLMV |
| 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 |

> *Bajo este propósito, el juez debe determinar el porcentaje de la gravedad o levedad de la afectación corporal o psicofísica, debidamente probada dentro del proceso, relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano.*
>
> *Para lo anterior el juez deberá considerar las consecuencias de la enfermedad o accidente que reflejen alteraciones al nivel del comportamiento y desempeño de la persona dentro de su entorno social y cultural que agraven la condición de la víctima. Para estos efectos,*

[12] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sala Plena. Rad. 28804 del 28 de agosto de 2014, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo.



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*de acuerdo con el caso, se podrán considerar las siguientes variables:*

*- La pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente)*
*- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.*
*-La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.*
*- La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.*
*- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.*
*- Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria.*
*- Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.*
*- Los factores sociales, culturales u ocupacionales.*
*- La edad.*
*- El sexo.*
*- Las que tengan relación con la afectación de bienes placenteros, lúdicos y agradables de la víctima.*
*- Las demás que se acrediten dentro del proceso"*[13]*.*

Como vemos, el daño a la salud se reconoce únicamente a la víctima directa y dependiendo de la gravedad o levedad de la lesión y, en la misma medida, atendiendo a criterios como los ya expuestos, esto es, afectaciones a la actividad rutinaria de la víctima que se pudiese acreditar con un dictamen de pérdida de capacidad laboral, el cual no fue aportado dentro del proceso.

En virtud de lo anterior, es evidente la improcedencia del daño a la salud en caso de muerte, en atención a que en estos casos la víctima directa falleció y no puede reconocérsele indemnización alguna por este concepto. Así las cosas, son abiertamente improcedentes las indemnizaciones pretendidas por concepto de daño a la salud.

## 7. GÉNERICA O INNOMINADA

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existió falla en el servicio prestado por la CLÍNICA MEDILASER de la cual pueda derivar responsabilidad administrativa de estas entidades.

Lo anterior, en concordancia con lo señalado en el artículo 282 del Código General del Proceso:

*"Artículo 282. Resolución sobre excepciones. En cualquier tipo de proceso, cuando*

[13] Ibídem.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*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 este sentido, cualquier hecho dentro del proceso que constituya una excepción deberá reconocerse en la sentencia de manera oficiosa.

## CAPÍTULO II
## CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO POR LA CLÍNICA MEDILASER

### I. FRENTE A LOS HECHOS QUE FUNDAMENTAN EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.

**FRENTE AL HECHO 1:** Es cierto. Entre la CLÍNICA MEDILASER S.A. y ALLIANZ SEGUROS se suscribió el contrato de seguro materializado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022208483 / 0 con una vigencia entre el 31 de diciembre de 2017 y el 30 de diciembre de 2018. Asimismo, se pactó como interés asegurado: *"Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados".* Por último, se pactó como asegurado a la CLÍNICA MEDILASER Florencia, Pitalito, Tunja y Neiva, además de fijar el límite asegurado por responsabilidad civil profesional en TRES MIL MILLONES DE PESOS MCTE ($3.000.000.000).

**FRENTE AL HECHO 2:** Es cierto. La CLÍNICA MEDILASER fue demanda por presuntas fallas médicas en la atención dispensada al señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA los días 12 a 15 de junio de 2018, pretendiendo una indemnización en cuantía superior a 1000 SMMLV.

**FRENTE AL HECHO 3:** No es cierto. Si bien existe un vínculo contractual entre estas dos entidades en virtud del cual resultaría procedente el llamamiento en garantía, mi prohijada no está obligada a responder, en la medida que no se ha demostrado la realización del riesgo asegurado, esto es, la responsabilidad profesional del centro hospitalario en la atención del señor MARTÍN HERNÁNDEZ ÁVILA. Por el contrario, como se adujo en el primer acápite, no hay lugar a declarar responsabilidad alguna sobre la parte pasiva, en la medida que el fallecimiento del señor HERNÁNDEZ ÁVILA fue producto enteramente de la condición crítica con la que arribó al centro hospitalario,

**FRENTE AL HECHO 4:** No es un hecho, corresponde a una cita normativa respecto al



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

llamamiento en garantía.

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

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME ATENGO** a lo resuelto por el despacho en el respectivo auto admisorio del llamamiento en garantía.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO** a que se llame a responder a mi representada por las sumas de dinero que se llegaren a reconocer a la parte actora, comoquiera que en el presente asunto no se ha realizado el riesgo asegurado al no haberse acreditado los elementos de la responsabilidad, especialmente la falla en el servicio y el nexo de causalidad.

## III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

1. **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE MI PROHIJADA POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022208483 / 0**

Sin perjuicio de los argumentos antes señalados que descartan una falla en el servicio prestado por la CLÍNICA MEDILASER S.A., debe considerarse que en el ámbito de la libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro y en virtud de la facultad consagrada en el artículo 1056 del Código de Comercio, la compañía aseguradora puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que está expuesto el interés asegurado. De modo que, al suscribir el contrato de seguro, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, de tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes.

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la prerrogativa de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos, las condiciones de amparo y en este sentido, solo están obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes, así:

> *"(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros,la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro*



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

*ordenamiento "de un principio común aplicable a toda clase deseguros de daños y de personas, en virtud del cual* ***se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado"****.*

*Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera enla materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materiade amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de loscontratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (…)*[14]*".*

Entonces, de acuerdo con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las partes intervinientes en el contrato de seguros pactaron que el riesgo asegurado correspondía a "*(…) os perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados",* por lo que la obligación indemnizatoria de mi presentada se configura solo sí se acredita la responsabilidad civil profesional de la CLÍNICA MEDILASER S.A.

Sin embargo, como se logró probar fehacientemente a lo largo del escrito, la CLÍNICA MEDILASER actuó adecuada y oportunamente en la atención brindada al señor MARTÍN HERNANDEZ AVILA, pues ordenó el tratamiento correspondiente a los síntomas presentados, e incluso fue más allá al ordenar múltiples exámenes con el fin de verificar la causa de las patologías presentadas por el paciente. Sin embargo, a pesar de que se garantizó una atención médica oportuna e integral, con diferentes especialistas, el paciente ingresó al centro hospitalario con malas condiciones de salud y su pronóstico era de alta probabilidad de muerte, dado que se resistía al tratamiento ordenado y siempre mantuvo inestabilidad hemodinámica. Así las cosas, el centro hospitalario brindó un servicio médico oportuno y adecuado, con el más alto estándar de calidad, no obstante, fueron las condiciones de salud del paciente las que ocasionaron su fallecimiento.

En conclusión, como no se comprobó que hubiese responsabilidad civil imputable a los médicos

---

[14] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

de la CLÍNICA MEDILASER, riesgo cubierto en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022208483 / 0, tampoco se acreditó la configuración del riesgo asegurado, ni la obligación condicional de asegurador, de manera que no existe deber de indemnizar a cargo de mi representada, así como tampoco hay lugar a hacer efectiva la póliza.

## 2. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022208483 / 0

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"*[15]

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.

Así las cosas, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022208483 / 0, 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.

## 3. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD Y DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022208483 / 0

[15] 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.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Sin perjuicio de lo anterior, y sin que se entienda comprometida mi representada, es necesario manifestar que, bajo la hipótesis en que naciera obligación **ALLIANZ SEGUROS S.A.,** la misma se debe sujetar a lo consignado al tenor literal de la póliza y, por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado. Al respecto, el artículo 1079 del Código de Comercio, establece:

> ***"ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA:*** *El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074".*

La norma antes expuesta es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Supremade Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

> "*Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación,* ***el valor de la prestación a cargo de la aseguradora****, en lo que tiene que ver conlos seguros contra daños,* ***se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado****, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el aseguradoo el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización*"[16]*(Subrayado y negrilla fuera de texto original).*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda, debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la compañía de seguros que represento corresponde a la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza así:

| Coberturas | Límite Asegurado Evento | Límite Asegurado Vigencia |
|---|---|---|
| 1.Predios, Labores y Operaciones | 3.000.000.000,00 | 3.000.000.000,00 |
| 10.RC. Profesional | 3.000.000.000,00 | 3.000.000.000,00 |

[16] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MP. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

En conclusión, conforme con las disposiciones legales, comedidamente le solicito al Despacho considerar que la Póliza contempla unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta en el remoto e improbable evento de declarar la responsabilidad administrativa de la CLÍNICA MEDILASER, que para el caso concretó, está limitado a un valor por evento de TRES MIL MILLONES DE PESOS MCTE ($3.000.000.000).

**4. DEL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD EN LO CONCERNIENTE AL DEDUCIBLE DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022208483 / 0**

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el improbable evento en el que el Honorable Despacho considere que la aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta los siguientes deducibles pactados en el(os) contrato(s) de seguro:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP$5.000.000

En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

> "*Una de tales modalidades, **la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida**, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.*
>
> *En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a "Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes"[17]. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

[17] Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada como obligada en virtud de la aplicación del contrato de seguro, es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 10% del valor de la pérdida y mínimo $5.000.000.

## 5. 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 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"* (Subraya y negrita adrede).

Así las cosas, no debe perderse de vista que, como se señaló en el acápite pertinente, los perjuicios solicitados por los demandantes fueron indebidamente tasados, en la medida que resultan improcedentes los perjuicios por concepto de daño a la salud y lucro cesante, así como los perjuicios morales a favor de la señora ENITH MOTTA MURCIA, por lo que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento al tener un carácter meramente indemnizatorio.



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, deberá declarase probada la presente excepción, y así evitar la contravención del carácter meramente indemnizatorio que reviste el contrato de seguro y un correlativo enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la parte actora.

**6. 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 mejor derecho y respecto a los mismos 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 prohijada.

**7. GENERICA Y OTRAS**

Respetuosamente solicito al señor Juez, declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso de cara al llamamiento en garantía formulado en contra de mi representada, que se origine en la Ley o en el contrato de seguro con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

**OPOSICIÓN A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE**

- **OPOSICIÓN AL DECRETO DE LAS PRUEBAS PERICIALES PSICOLÓGICA Y MÉDICA**

También resulta improcedente el decreto de las pruebas periciales de oficio, comoquiera que el artículo 227 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa del artículo 218 del CPACA, establece que el dictamen pericial puede ser aportado por una de las partes dentro de la oportunidad correspondiente, en este caso, el demandante debió haberlo aportado en la presentación de la demanda o, incluso, anunciarlo y aportarlo dentro del término concedido por el juez. Sin embargo, no ha presentado aun ningún dictamen pericial, resultando improcedente su decreto.

Así mismo, deberá considerarse que el juez tiene facultades oficiosas cuando sean necesarias



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

para esclarecer los hechos objeto de la controversia, por lo que el decreto de esta prueba está sujeta a que persistan dudas sobre los hechos, en caso de que los otros medios de prueba no esclarezcan los mismos. Por lo anterior, solicito comedidamente se desestime dicha solicitud probatoria.

## II. PRUEBAS

- **DOCUMENTALES**

**1.** Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022208483 / 0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A.
**2.** Condicionado general de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022208483 / 0 expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A.

- **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Solicito señor Juez, citar a las personas que integran la parte actora, para realizar interrogatorio de parte sobre los hechos de la demanda, cuestionario que presentaré el día de la diligencia.

- **TESTIMONIALES:**

Me permito solicitar que se decreten los testimonios de los siguientes profesionales, para que depongan lo que le conste respecto a la atención brindada al señor MARTÍN HERNÁNDEZ AVILA en la CLÍNICA MEDILASER:

1. Dra. HAYLIN ANDREA MARIN CASTRO, quien podrá ser citada al correo electrónico hailyn.marin@hotmail.com
2. Dra. SANDRA PATRICIA ALARCON CALDERÓN, quien podrá ser citada al correo electrónico khleopatra@hotmail.com
3. Dr. LUIS GONZALO PLATA SERRANO, quien podrá ser citado al correo electrónico luisplata51@hotmail.com
4. Dra. MARÍA ELIZABETH ARDILA CÁRDENAS, quien podrá ser citada al correo electrónico elitatis@yahoo.com
5. Dr. DANIEL EDUARDO HERNANDEZ SOLARTE, quien podrá ser citado al correo electrónico danielhernandez_28@hotmail.com
6. Dr. SEBASTIAN CAMPBELL QUINTERO, quien podrá ser citado al correo electrónico sebas_campbell@hotmail.com



GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

7. Dr. DIEGO CAMILO BARON LUGO, quien podrá ser citado al correo electrónico dbaronlugo@gmail.com

En la misma medida, ruego respetuosamente al Despacho se me permita tomar la declaración de los testigos que concurran al proceso, prueba que para su declaración se someterá a las reglas impuestas en la Ley 1437 de 2011 y Código General del Proceso.

## III. ANEXOS

1. Los documentos enunciados como pruebas documentales.

2. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS S.A., en donde registra el suscrito como apoderado general de la compañía.

## 3. NOTIFICACIONES

Mi poderdante y el suscrito recibiremos notificaciones en la secretaria de su Despacho o en la Calle 69 No. 4-48, Of. 502 de la ciudad de Bogotá. Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez,

**Cordialmente,**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**
**C.C. No.19.395.114 de Bogotá D.C.**
**T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.**



AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV

GHA ABOGADOS & ASOCIADOS
AV 6ª A # 35N100 of. 212 (Cali) – (+57) (2) 659 40 75
Carrera 11a No 94a - 56 of. 402 (Bogotá) - (+57) (1) 743 65 92
**www.gha.com.co**
JSBV