Señores:
**JUZGADO TERCERO (3) ADMINSITRATIVO ORAL DE IBAGUÉ - TOLIMA**
E. S. D.

| | |
|---|---|
| **ASUNTO:** | ALEGATOS DE CONCLUSIÓN 1° INSTANCIA |
| **MEDIO DE CONTROL:** | REPARACIÓN DIRECTA |
| **DEMANDANTES:** | MARIA DIONEYA GALINDO DE CORTÉS Y OTROS |
| **DEMANDADOS:** | E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA Y OTROS |
| **LLAMADOS EN GTIA:** | ALLIANZ SEGUROS S.A. |
| **RADICACIÓN:** | 73001333300320200018300 |

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA,** mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** manifiesto que, **REASUMO** el poder a mi conferido y encontrándome dentro del término legal, presento los respectivos **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**, solicitando desde ya, que se profiera **SENTENCIA FAVORABLE** a los intereses de mi representada, desestimando las pretensiones de la parte actora y declarando probadas las excepciones propuestas al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía de conformidad con lo siguiente:

## I. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR ALEGATOS.

Una vez surtida la etapa procesal correspondiente a la audiencia de pruebas, conforme a lo establecido en el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011, y al no existir más pruebas por practicar, una vez finalizada la diligencia el día 14 de agosto del 2025 se corre traslado a las partes para presentar sus alegatos de conclusión en primera instancia, dentro de los diez (10) días siguientes a dicha notificación. En consecuencia, el término comenzó a correr el 15 de julio de 2025 y finaliza el **29 de agosto** la misma anualidad. Por lo tanto, se concluye que el presente escrito de alegatos ha sido radicado dentro del término legal establecido para tal fin.

## II. DE LA FIJACIÓN DEL LITIGIO PLANTEADA POR EL DESPACHO

El problema jurídico a resolver en el caso sub judice consiste en determinar si las entidades demandadas son administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios que reclaman los demandantes, como consecuencia de presunta falla en la prestación del servicio médico brindado entre el 11 de abril y el 18 de noviembre de 2018, y específicamente las complicaciones presentadas por la transfusión de sangre realizada el 12 de noviembre de 2018 en Medicadiz, todo lo cual, según la parte demandante, desencadenó el lamentable fallecimiento del señor Alfonso Cortés Orjuela (q.e.p.d.) el 18 de noviembre de 2018 estando internado en el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. de Ibagué. En caso afirmativo, deberá determinarse si la responsabilidad por tales daños recae de manera conjunta y solidaria o individual sobre los demandados.

En caso de determinarse responsabilidad de la parte demandada, también se determinará cuál es la



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
GHA ABOGADOS & ASOCIADOS

relación sustancial entre llamantes y llamados en garantía, y si estos están obligados o no a pagar los perjuicios a los que eventualmente pudiera ser condenado su respectivo llamante.

## III. ALEGATOS QUE ACREDITAN LA AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA

### A. SE ACREDITÓ LA INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO POR PARTE DE LA E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA.

Dentro del presente proceso, y con base en el recaudo probatorio realizado, se acreditó plenamente que la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta no incurrió en una falla del servicio que permita establecer que sus acciones u omisiones hubiesen generado el daño alegado por los accionantes. Contrario a ello, quedó demostrado mediante los medios probatorios pertinentes y conducentes que, durante su ingreso al Hospital Federico Lleras Acosta, el paciente recibió la atención adecuada, inicialmente por un cuadro de hematuria no especificada. Del mismo modo, se probó dentro del plenario que la atención brindada por la E.S.E. fue oportuna y cumplió con los protocolos médicos aplicables al caso en concreto.

En primer lugar, como fundamento de este alegato, resulta indispensable destacar los testimonios rendidos por los médicos Francisco Donaldo Melo Aguilar (urólogo) y Juan Carlos Ovalle Novoa (especialista en urgencias). Con sus declaraciones quedó acreditado que el paciente presentaba un cuadro clínico de hematuria avanzado de aproximadamente tres semanas, circunstancia que fue corroborada tanto en la historia clínica como en las citas de control a las que asistió meses antes de su fallecimiento. Ello permitió establecer con certeza la evolución de su estado de salud y descartar que la situación obedeciera a una omisión en la atención por parte de la entidad demandada.

En ese contexto, se observó que el 11 de abril de 2018 el señor Alfonso Cortés Orejuela fue atendido en consulta externa de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta por antecedente de hematuria, siendo valorado oportunamente por el servicio de urología y ordenándosele los exámenes pertinentes, los cuales no evidenciaron alteraciones de gravedad. Posteriormente, el 22 de mayo de 2018, en control realizado en la Clínica Medicadiz, el especialista Francisco Donaldo Melo Aguilar le *diagnosticó "trastorno vascular renal derecho con sospecha de trombosis arterial"*, diagnóstico debidamente sustentado en los estudios o exámenes que se le fueron realizados. Más adelante, el 18 de julio de 2018, ingresó nuevamente por urgencias a la Clínica Medicadiz, donde fue valorado por el médico de turno y se le practicó una cistoscopia con resultado normal. Sin embargo, una semana después presentó hematuria severa con coágulos, razón por la cual se le diagnosticó alto riesgo y, de manera inmediata, se ordenó la realización de una angiografía diagnóstica y terapéutica, así como su hospitalización.

De lo anterior, se tiene que en cuanto respecta a la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, el paciente recibió en todo momento la atención médica necesaria y adecuada frente a su condición clínica, con diagnósticos oportunos, estudios especializados y procedimientos pertinentes para determinar y manejar la causa de su patología. Esta circunstancia quedó acreditada en el proceso a través de la historia clínica, las citas de control, los exámenes practicados y, de manera especial, con los testimonios de los médicos tratantes, quienes confirmaron que la atención brindada por dicha institución se ajustó a los protocolos médicos y a la *lex artis*, descartando así la existencia de una falla en el servicio atribuible a la E.S.E.



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

Hospital Federico Lleras Acosta.

En ese orden de ideas, se concluye que la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta no incurrió en acción u omisión alguna que pueda considerarse determinante del daño alegado por los demandantes. Por el contrario, se advierte que el señor Alfonso Cortés Orejuela contaba con antecedentes médicos que requerían seguimiento y controles periódicos, los cuales, sumados a su condición clínica, contribuyeron al deterioro progresivo de su estado de salud. Así lo confirmaron de manera categórica los médicos tratantes, quienes señalaron dos aspectos decisivos: (i) el paciente ingresó con un cuadro de hematuria avanzada que comprometía gravemente su estado general y que pudo incidir directamente en el desenlace fatal; y (ii) la transfusión sanguínea que no se practicó de forma inmediata no garantizaba su supervivencia, puesto que, según lo manifestó el doctor Melo Aguilar, al momento del ingreso el paciente se encontraba hemodinámicamente estable.

De igual forma, en el evento de que se pretenda atribuir responsabilidad a la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta por la no realización inmediata de una segunda transfusión sanguínea durante su última atención, tal consideración carece de fundamento. Ello obedece a que, al momento de su ingreso, el paciente ya presentaba un estado avanzado de afectación en su salud y, aun así, dentro de la institución se le brindó la atención necesaria, se procuró su estabilización para la práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y se dispuso la transfusión correspondiente conforme a la evolución clínica observada.

Frente a la presunta falla del servicio que se pretende atribuir a mi asegurada, es preciso señalar que la jurisprudencia del Consejo de Estado ha establecido que la responsabilidad médica se enmarca dentro del régimen de falla probada del servicio, en este sentido se ha indicado:

> (…) 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 ha mencionado que:

> 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 este modo, conforme al criterio jurisprudencial citado y a la valoración de las pruebas recaudadas en el proceso, quedó acreditado que la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta no incurrió en ninguna acción u omisión determinante del daño alegado por los demandantes. Por el contrario, esta defensa insiste en

[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.



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

que se demostró que el señor Alfonso Cortés Orjuela presentaba antecedentes médicos de larga data —entre ellos hematuria macroscópica, anemia recurrente, trombosis de vena renal derecha y antecedente de cáncer de próstata—, lo que evidencia que su estado de salud ya se encontraba seriamente comprometido y en un evidente deterioro progresivo.

Es importante destacar que la mayor parte de las atenciones y controles médicos fueron practicados en la Clínica Medicadiz, entidad responsable del manejo de su patología de base. No obstante, cada vez que el paciente acudió a la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, recibió atención médica oportuna, diligente e integral. Se probó en el plenario que fue valorado por especialistas, se ordenaron y practicaron exámenes diagnósticos pertinentes, se procuró su estabilización clínica y se dispusieron los procedimientos requeridos, incluida una transfusión sanguínea, conforme a la evolución de su cuadro clínico.

En ese sentido, reiteramos que, las declaraciones de los galenos son concluyentes al precisar que el paciente ingresó con un deterioro avanzado de su estado general, lo cual resultaba decisivo en su pronóstico. Y que se debe tener de presente, que la transfusión que no llegó a practicarse no constituía, por sí sola, una medida que garantizara su supervivencia, en tanto que al momento de su ingreso a urgencias se encontraba hemodinámicamente estable. Tales afirmaciones refuerzan la inexistencia de una conducta omisiva atribuible a la E.S.E., y permiten concluir que las causas del deceso se relacionan directamente con la complejidad y la gravedad de las patologías preexistentes del paciente, y no con una eventual falla en la prestación del servicio.

**B. SE ACREDITÓ LA INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y EL ACTUAR DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA.**

Dentro del proceso, se logró acreditar la inexistencia del nexo de causalidad entre la conducta desplegada por la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta y el daño alegado por la parte demandante. Estos, si se tiene en cuenta que con las pruebas obrantes dentro del plenario se precisó que la E.S.E. actúo en estricto apego a la lex artis ad hoc, brindando al paciente señor Alfonso Cortés Orjuela una atención médica integral y acorde con su estado de salud. No se demostró en ningún momento que existiera una omisión o una actuación negligente atribuible al hospital que hubiera determinado la producción del daño.

Como primera medida, según lo expuesto en la historia clínica y lo manifestado por los galenos tratantes, se tiene que el paciente ingresó a la institución en un estado de hematuria avanzada, cuadro que ya comprometía de manera grave su estado general de salud. Tal situación, según los mismos profesionales, obedecía a un proceso que se había instaurado y mantenido durante varias semanas, generando un deterioro progresivo del organismo antes de recibir atención hospitalaria. Desde el punto de vista médico y como se ha expuesto en la literatura relacionada, es importante precisar que un cuadro de estas características representa un alto riesgo vital, pues la pérdida sanguínea sostenida y la afectación sistémica que conlleva (anemia severa, compromiso hemodinámico, riesgo de insuficiencia renal aguda e infecciones asociadas) reducen de manera considerable las posibilidades de recuperación y supervivencia, incluso si se proporciona una atención médica ajustada a la lex artis.[3]

[3] O'Connell, K., & O'Connor, M. (2020). *Evaluation and management of hematuria in the emergency department*. emDocs. Recuperado de https://www.emdocs.net/evaluation-and-management-of-hematuria-in-the-emergency-department/



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

En el caso concreto del señor Alfonso Cortés Orjuela, la historia clínica documenta que ingresó con un cuadro de hematuria avanzada, lo que comprometía gravemente su estado general. Este hallazgo no constituye en sí mismo un diagnóstico definitivo, sino que corresponde a un síntoma de una patología subyacente que estaba generando la pérdida sanguínea. La hematuria severa, como se ha señalado en la literatura médica, no es una entidad aislada, sino la manifestación de un proceso patológico de base, que puede deberse a condiciones tan graves como un trauma urológico, un tumor de vías urinarias, una infección severa o una coagulopatía[4]. En este caso particular, los antecedentes clínicos del paciente y la evolución de su cuadro apuntaban a la existencia de una patología neoplásica de base en el tracto urinario, la cual ocasionaba episodios de sangrado masivo.

En consecuencia, las declaraciones de los galenos permiten concluir que el desenlace fatal no puede atribuirse de manera directa a la actuación del personal médico, sino que responde principalmente a la gravedad intrínseca del cuadro clínico y al tiempo de evolución previo al ingreso hospitalario, factores determinantes que por sí mismos disminuyen de forma crítica el pronóstico del paciente.

Ahora bien, frente al argumento relacionado con el procedimiento transfusional y la aplicación de los protocolos correspondientes a las reacciones adversas, se observa que la parte accionante no logró demostrar dentro del proceso, en primer lugar, que la transfusión efectuada en MEDICADIZ haya sido la causa directa y exclusiva del daño alegado. En segundo lugar, respecto a la atención brindada en la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, no se acreditó por parte del demandante la existencia de una acción u omisión atribuible a esta entidad que hubiera tenido incidencia en el desenlace fatal del paciente.

En el caso del señor Alfonso Cortés Orjuela, es importante destacar que, antes de su deceso, ya se le había practicado un procedimiento de transfusión sanguínea en días previos, procedimiento realizado en la institución MEDICADIZ. Posteriormente, cuando el paciente fue remitido a la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, se le brindó atención conforme a las condiciones clínicas con las que ingresó, efectuándose las valoraciones médicas pertinentes. En esta institución no se llevó a cabo ninguna transfusión sanguínea; sin embargo, atendiendo su diagnóstico y la historia clínica de la atención previa, se programó la realización de una nueva transfusión. Cabe resaltar que, para ese momento, el paciente se encontraba clínicamente estable, circunstancia que fue corroborada por el personal médico tratante y que permite evidenciar que en la E.S.E. se actuó dentro de los parámetros médicos adecuados, sin que se advierta irregularidad alguna atribuible a la entidad.

Así las cosas, frente al nexo causal el Consejo de Estado ha manifestado:

> En materia del llamado nexo causal, debe precisarse una vez más que este constituye un concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño. Otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación supone, prima facie, un estudio en términos de atribuibilidad material (imputatio facti u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar –acción u omisión–, que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es jurídicamente hablando, porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación.[5]

[4] Kellum, J. A., Lameire, N., & Aspelin, P. (2012). *Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) clinical practice guideline for acute kidney injury*. Kidney International Supplements, 2(1), 1–138. https://doi.org/10.1038/kisup.2012.1
[5] Consejo de Estado, Sección Tercera, Sent. del 10 de agosto de 2005, Exp. 1999-02261-01, M.P. Ruth Stella Correa



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

Así las cosas, la parte actora fundamentó sus alegaciones en una supuesta omisión del seguimiento postransfusional, señalando un presunto desconocimiento del Protocolo para el Reporte de Reacciones Adversas a la Transfusión del Instituto Nacional de Salud. No obstante, se demostró que esta afirmación carece de respaldo técnico y científico, pues dicho protocolo no establece un procedimiento detallado ni paso a paso sobre cómo debe realizarse el seguimiento, limitándose únicamente a señalar que esta etapa forma parte de la cadena transfusional, sin fijar parámetros obligatorios ni taxativos sobre su metodología.

En este sentido, no puede imputarse al Hospital Federico Lleras Acosta el incumplimiento de una obligación inexistente, ni derivar responsabilidad alguna por la presunta omisión de un protocolo que, en estricto rigor, no fija cargas normativas concretas. Pretender lo contrario equivaldría a imponer a la institución sanitaria deberes desproporcionados e inciertos, ajenos a los lineamientos técnicos vigentes.

En consecuencia, quedó acreditado que no existió relación de causalidad entre la atención brindada en el Hospital Federico Lleras Acosta y el fallecimiento del señor Alfonso Cortés Orjuela. Por el contrario, se demostró que el paciente padecía patologías graves, crónicas y de larga evolución, las cuales determinaron el progresivo deterioro de su estado de salud y constituyeron la causa eficiente del desenlace fatal. El análisis del nexo causal permite concluir que el deceso obedeció a dichas enfermedades preexistentes, sin que el seguimiento postransfusional alegado pudiera tener incidencia determinante en el resultado, máxime cuando este procedimiento no estaba contemplado como una obligación normativa a cargo de la institución hospitalaria. En este sentido, desde la perspectiva de la imputación jurídica, no es posible atribuir responsabilidad al hospital, toda vez que el daño no se deriva de su actuación sino de la condición clínica subyacente del paciente, razón por la cual el presupuesto del nexo causal no se encuentra configurado en el caso concreto.

Se descarta la existencia de un nexo causal entre la conducta atribuida a la entidad y el daño reclamado, razón por la cual no es posible imputarle responsabilidad alguna. Así las cosas, resulta claro que la carga de la prueba recae sobre quien alega la existencia de un hecho dañoso, conforme a lo dispuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso. Al respecto, el Consejo de Estado, en sentencia del 9 de mayo de 2011, precisó que:

> Cabe recordar que la carga de la prueba consiste en una regla de juicio, que le indica a las partes, la responsabilidad que tienen para que los hechos que sirven de sustento a las pretensiones o a la defensa, resulten probados; en este sentido, en relación con los intereses de la demandante, debe anotarse que quien presenta el libelo demandatorio sabe de antemano cuáles hechos le interesa que aparezcan demostrados en el proceso y, por tanto, conoce de la necesidad de que así sea, más aún tratándose del sustento mismo de la demanda y de los derechos que solicita sean reconocidos. Sobre la carga de la prueba esta Corporación explicó1: "En procesos contenciosos o controversiales como el presente, el juez no puede adoptar decisiones que no estén fundadas en las pruebas debidamente allegadas al proceso, ni le corresponde descargar a las partes de sus deberes probatorios.

Así las cosas, debe resaltarse que la carga de la prueba, entendida como una regla de juicio, impone a las partes la responsabilidad de demostrar los hechos en los que sustentan sus pretensiones o defensas. En ese sentido, quien presenta una demanda conoce de antemano cuáles son los hechos que le interesa acreditar y, por tanto, le corresponde aportar al proceso los medios probatorios necesarios para respaldarlos, máxime cuando se trata del fundamento esencial de sus reclamaciones. Sobre este punto, el Consejo de Estado ha reiterado que, en los procesos contencioso-administrativos, el juez no puede adoptar decisiones que no estén debidamente soportadas en pruebas legal y oportunamente allegadas al



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

expediente, ni le corresponde asumir las cargas probatorias que competen a las partes.

En el caso sub examine, la parte demandante no logró acreditar de manera seria, objetiva ni suficiente la existencia de un hecho dañoso atribuible a la entidad demandada. En consecuencia, no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, razón por la cual se concluye que no estaba legitimada en la causa por pasiva. Esta conclusión se sustentó en los criterios jurisprudenciales reiterados por el Consejo de Estado, según los cuales **el nexo causal no puede presumirse, sino que debe demostrarse con claridad**, circunstancia que en este caso no se configuró.

## C. ACREDITACIÓN DE LA IMPROCEDENCIA DEL PAGO DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS

- *Reparos Frente a los Perjuicios Morales*

En lo que respecta a las pretensiones indemnizatorias por concepto de perjuicios morales, es preciso señalar que la parte demandante no aportó prueba idónea que permitiera acreditar de manera objetiva la existencia del daño alegado ni su magnitud. La mera manifestación del dolor o sufrimiento no constituye prueba suficiente para su reconocimiento judicial, ya que, conforme a los lineamientos jurisprudenciales vigentes, la existencia del perjuicio moral debe ser debidamente demostrada, aun tratándose de un daño de naturaleza inmaterial.

Sobre este aspecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado, en sentencia del 28 de agosto de 2014, fijó criterios orientadores para la tasación de perjuicios inmateriales en el marco de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa. En dicha providencia, se establecieron rangos indemnizatorios con base en la intensidad del daño y el grado de parentesco o cercanía con la víctima, precisando que el monto máximo reconocible por concepto de perjuicio moral, tanto en casos de muerte como de lesión grave, puede ascender hasta cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por persona afectada.

Sin embargo, en el presente caso no se acreditó el perjuicio con medios probatorios eficaces, por tanto, las pretensiones en este aspecto carecen de sustento probatorio suficiente, lo cual impide acceder a su reconocimiento conforme a los principios de reparación integral y responsabilidad objetiva en el marco del derecho contencioso administrativo.

- *Reparos Frente al Daño Fisiológico o a la Vida en Relación*

Los demandantes solicitan el reconocimiento del daño a la vida de relación; sin embargo, dicha pretensión resulta improcedente, pues esta categoría ha sido absorbida por la jurisprudencia bajo la noción de "*daño a la salud*". De acuerdo con el Consejo de Estado, este perjuicio corresponde a una afectación psicofísica que únicamente puede ser reconocida a la víctima directa, siempre que se acredite mediante pruebas técnicas idóneas, tales como dictámenes de pérdida de capacidad laboral o informes médicos que demuestren la magnitud de la lesión.

En el caso concreto, no procede la indemnización por cuanto la víctima directa, el señor Alfonso Cortés Orjuela, falleció, lo que excluye la posibilidad de reconocer un daño a la salud, pues este solo aplica a personas vivas que padecen directamente la afectación. Además, no existen pruebas técnicas que demuestren la magnitud de una afectación previa al fallecimiento, y la jurisprudencia ha reiterado que este



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

perjuicio no puede extenderse a familiares. En consecuencia, las pretensiones de MARIA DIONEYA GALINDO DE CORTÉS y demás demandantes deben ser rechazadas por carecer de sustento jurídico y probatorio.

## IV. ALEGATOS RESPECTO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA E.S.E. POR EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA

### A. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022198072 / 0 POR NO HABERSE REALIZADO LA RECLAMACIÓN DENTRO DE SU VIGENCIA

Dentro del plenario, con el análisis de las condiciones del contrato de seguro, se acreditó la falta de cobertura temporal de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022198072/0. Ello, por cuanto la póliza fue expedida bajo la modalidad *Claims Made,* la cual exige el cumplimiento de dos presupuestos para la efectividad de los amparos: (i) que el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad, y (ii) que la reclamación se presente dentro de dicha vigencia. En el caso concreto, si bien el siniestro aconteció dentro de la vigencia de la póliza, la reclamación no se efectuó en ese mismo periodo, lo que implica el incumplimiento del segundo presupuesto y, en consecuencia, la imposibilidad de hacer efectivo el amparo.

Frente a este argumento, la Corte Suprema de Justicia en su Sala Civil ha esclarecido las condiciones para que las pólizas, bajo la modalidad *Claims Made* de la siguiente manera:

> Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 *ejusdem* es suficiente para la configuración del siniestro, empero, **si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido**, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual.
>
> En efecto, en el esquema basado en la ocurrencia, el débito surge de la configuración del hecho dañoso en vigencia del contrato de seguro, sin consideración a que la reclamación se surta luego de la expiración del respectivo pacto.
>
> **Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado**, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso"

Así las cosas, está acreditado que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022198072/0 tuvo vigencia del 11 de diciembre de 2017 al 10 de diciembre de 2018, con retroactividad desde el 18 de febrero de 2015. Igualmente, se acreditó que el fallecimiento del señor Alfonso Cortés Orjuela ocurrió el 18 de noviembre de 2018, de modo que el siniestro sucedió dentro del periodo de cobertura de la póliza, cumpliéndose así el primer presupuesto para que surja la obligación indemnizatoria de la aseguradora. Sin embargo, la reclamación no fue presentada dentro de la vigencia de la póliza. Esta se efectuó mediante la solicitud de conciliación extrajudicial radicada el 22 de abril de 2020, en la que se convocó al Hospital Federico Lleras Acosta. Dicha solicitud se entiende como reclamación en los términos previstos en la póliza; pero, al haberse presentado con posterioridad a su vigencia, no se cumplió con este



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

requisito.

En este sentido, es importante traer a colación el artículo 1077 del Código de Comercio que indica:

> **ARTÍCULO 1077. <CARGA DE LA PRUEBA>.** Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.
>
> El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.
>
> En el caso de los seguros paramétricos o por índice, la ocurrencia del siniestro y su cuantía quedarán demostrados con la realización del índice o los índices, de acuerdo con el modelo utilizado en el diseño del seguro y definido en el respectivo contrato.

Lo anterior implica que, mediante la solicitud de conciliación, se está reclamando un hecho determinado y, adicionalmente, se está cuantificando el valor de los perjuicios ocasionados. Por ende, corresponde al asegurado aportar evidencia que acredite tanto la ocurrencia del siniestro como la magnitud de las pérdidas sufridas, mientras que el asegurador debe demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad, de conformidad con las reglas establecidas en la ley y en el contrato de seguro aplicable.

Del mismo modo, el parágrafo del artículo 99 y el articulo 101 de la Ley 2220 del 2022 indica:

> **ARTÍCULO 99**. ***Utilización de medios electrónicos.***
>
> (…)
>
> **PARÁGRAFO 1.** Las comunicaciones a las entidades públicas de todos los niveles y las privadas que cumplan funciones administrativas serán realizadas al buzón de correo electrónico de que trata el artículo 197 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo o la norma que lo sustituya o modifique. Los convocantes deberán proporcionar el canal digital para los efectos señalados en el presente artículo, sin perjuicio de poder realizar notificaciones o comunicaciones al correo electrónico de que trata el numeral 2 del artículo 291 del Código General del Proceso o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Las comunicaciones a las personas jurídicas o naturales privadas serán realizadas al buzón de correo electrónico que aparece registrado en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio.
>
> **ARTÍCULO. 101.** ***Petición de convocatoria de conciliación extrajudicial.*** La petición de convocatoria de conciliación extrajudicial podrá presentarse en forma individual o conjunta, física o electrónica, ante el agente del Ministerio Público, y deberá contener los siguientes requisitos:
>
> (…)
>
> 12. Constancia de que a la convocada le fue enviada copia íntegra de la petición de convocatoria de conciliación al buzón electrónico de notificaciones judiciales. En el caso de personas no obligadas a contar con buzón electrónico, deberá acreditarse remisión que corresponda.

De acuerdo con lo anterior, es deber del convocante remitir la solicitud de conciliación a los convocados. En el caso concreto de una E.S.E., esta cuenta con un canal digital específico para recibir notificaciones, lo que permite cumplir de manera fehaciente con la obligación de notificación y asegura la validez de la convocatoria al procedimiento de conciliación.

En este contexto, debe entenderse que, en cumplimiento de dichos requisitos, el Hospital fue notificado de la presentación de la solicitud de conciliación en la misma fecha, es decir, el 22 de abril de 2020, y que desde ese momento tuvo pleno conocimiento de los hechos reclamados, con la finalidad de poder ejercer oportunamente los derechos derivados de la póliza de seguros correspondiente.



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

Bajo este entendido, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022198072 / 0 carece de cobertura temporal en el caso que nos ocupa al no haberse realizado la reclamación dentro de su vigencia y, en esta medida, no se configuró la obligación indemnizatoria de ALLIANZ SEGUROS S.A.

**B. SE ACREDITÓ LA INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO LEGAL DE SEIS MESES CONTADOS A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DEL AUTO QUE ADMITE EL LLAMAMIENTO**

En el presente caso, quedó plenamente acreditada la ineficacia del llamamiento en garantía realizado por la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, dado que, si bien la admisión del llamamiento se produjo el día 9 de octubre de 2021, la notificación al convocado se efectuó únicamente el 16 de febrero de 2023, es decir, transcurridos más de seis meses desde la expedición del auto, plazo límite previsto por la norma para la notificación.

En este sentido, el artículo 66 del Código General del Proceso establece lo siguiente:

> **Artículo 66. Trámite -** Si el juez halla procedente el llamamiento, **ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz**. La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior.
>
> El llamado en garantía podrá contestar en un solo escrito la demanda y el llamamiento, y solicitar las pruebas que pretenda hacer valer.
>
> En la sentencia se resolverá, cuando fuere pertinente, sobre la relación sustancial aducida y acerca de las indemnizaciones o restituciones a cargo del llamado en garantía.
>
> PARÁGRAFO. No será necesario notificar personalmente el auto que admite el llamamiento cuando el llamado actúe en el proceso como parte o como representante de alguna de las partes.

De acuerdo con lo anterior, al haberse notificado fuera del término legal de seis meses, el llamamiento en garantía es ineficaz, careciendo de efectos jurídicos frente a mi representada, lo que impide que el Hospital pueda exigir responsabilidades derivadas de dicho procedimiento. En este sentido, resulta igualmente improcedente cualquier afectación de los amparos contenidos en la póliza de seguros, dado que la ineficacia del llamamiento imposibilita que se configure un escenario válido para reclamar la cobertura o hacer efectivos los derechos derivados de la misma.

**C. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022198072 / 0 POR CUANTO NO SE MATERIALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO.**

A lo largo del presente proceso ha quedado plenamente demostrado que no se configuró el riesgo asegurado en los términos establecidos en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022198072/0. En consecuencia, no existe obligación alguna por parte de mi representada de asumir responsabilidad indemnizatoria frente a los hechos alegados en la demanda. De conformidad con las Condiciones Generales de la póliza, esta solo puede hacerse exigible cuando se demuestre el supuesto previsto, a saber: *"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*



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

*dentro de los predios asegurados".*

En este sentido, la obligación indemnizatoria de mi representada únicamente surge en caso de acreditarse la responsabilidad civil profesional del Hospital Federico Lleras Acosta. Sin embargo, en el presente asunto, tal circunstancia no se probó. Como quedó expuesto en la contestación de la demanda y fue plenamente corroborado con las pruebas decretadas y practicadas, no existe responsabilidad que pueda ser atribuida a la E.S.E. por los hechos materia de discusión. Por tanto, al no configurarse la responsabilidad civil profesional del hospital, resulta improcedente cualquier pretensión indemnizatoria en contra de mi representada.

Por el contrario, quedó plenamente demostrado que la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta actuó conforme a los criterios de la *lex artis ad hoc*, brindando al paciente una atención adecuada, oportuna y pertinente para su diagnóstico y tratamiento. Las pruebas recaudadas evidencian que el personal médico desplegó las actuaciones exigidas por la ciencia y la técnica médica disponibles, ajustándose a los protocolos y estándares vigentes, razón por la cual no es posible imputar responsabilidad alguna a la institución demandada. En consecuencia, al no haberse acreditado la configuración del riesgo cubierto por la póliza, y no existir responsabilidad del asegurado conforme a los hechos materia de demanda, mi representada no está legal ni contractualmente obligada a asumir las consecuencias patrimoniales de los perjuicios reclamados.

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

> **ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO**. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.

Al no existir un hecho generador de responsabilidad atribuible al asegurado, no se configura el siniestro que daría lugar a la obligación indemnizatoria por parte de la aseguradora, razón por la cual resulta improcedente la afectación de la póliza de responsabilidad civil profesional en este caso. En este sentido, la póliza en cuestión no podrá verse afectada, ya que no ha surgido la obligación condicional que da lugar al deber indemnizatorio a cargo de mi representada, pues el siniestro, en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, es inexistente.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se concluye que no se ha configurado la obligación condicional en cabeza de mi representada, toda vez que no se acreditó la ocurrencia del riesgo asegurado en los términos pactados en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022198072/0

**D. APLICACIÓN DEL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO Y DEDUCIBLE PACTADO DENTRO DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Frente al límite del valor asegurado se tiene que en el caso improbable de que se determine que la póliza cubre los hechos y el riesgo asegurado se ha materializado, mi representada no podrá ser condenada a pagar una suma superior al valor asegurado estipulado en el contrato. Aunque se demuestre que los daños reclamados son mayores, el monto a pagar no podrá exceder la suma asegurada.

De acuerdo con el artículo 1079 del Código de Comercio, la responsabilidad del asegurador está limitada a la cantidad pactada en la póliza. Por lo tanto, cualquier indemnización debe respetar este límite,



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

independientemente de la magnitud de los daños reclamados. Con el fin de otorgar mayor claridad al Despacho respecto del seguro emitido por la compañía aseguradora en lo que concierne a la aceptación de responsabilidad, es preciso señalar que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022198072/0, establece un límite máximo asegurado discriminado así:

| Coberturas | Límite Asegurado Evento | Límite Asegurado Vigencia |
|---|---|---|
| 1.Predios, Labores y Operaciones | 1.000.000.000,00 | 1.000.000.000,00 |
| 10.RC. Profesional | 1.000.000.000,00 | 1.000.000.000,00 |
| 22.Gastos Médicos | 50.000.000,00 | 100.000.000,00 |

Adicionalmente, en el contrato de seguro convenido se pactó un deducible, el cual corresponde a una porción del siniestro que debe asumir por cuenta propia el asegurado. De esta manera, en la mentada póliza se contempló un deducible así:

DEDUCIBLES

TODA Y CADA PERDIDA 20% DE LA PÉRDIDA MINIMO 15 SMMLV

Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que el asegurado tiene que asumir el valor del deducible que, para el caso, corresponde al 20% del valor de la pérdida indemnizable y como mínimo 15SMMLV. De esta manera, la póliza en cuestión establece un límite de valor asegurado y un deducible que deben ser respetados. Incluso si se determinara que existe falta de cobertura o alguna otra excepción aplicable, la responsabilidad de mi representada no podrá exceder el límite asegurado ni el deducible acordado.

## E. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

El contrato de seguro de daños se basa en el principio de indemnización, cuyo propósito es proteger los bienes o el patrimonio de una persona frente a los riesgos cubiertos. La indemnización resultante no debe superar el valor asegurado ni convertirse en una fuente de ganancia para el asegurado.

En este sentido, los seguros están diseñados exclusivamente para compensar las pérdidas sufridas, no para proporcionar beneficios adicionales. En el caso en cuestión, la falta de prueba sobre la ocurrencia del perjuicio y la cuantía de la pérdida impide cualquier pago. Si se realizara un pago sin una adecuada justificación, se violaría el principio de indemnización pura del contrato de seguro, lo que resultaría en un enriquecimiento indebido de los demandantes. Es esencial recordar que el seguro no debe servir como una fuente de ganancia, sino exclusivamente para la reparación del daño real sufrido.

## F. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD EN LAS OBLIGACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADORA, DADO QUE LA OBLIGACION DE LA COMPAÑÍA ES A TITULO DE REEMBOLSO.



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

La obligación de la compañía aseguradora se deriva exclusivamente del contrato de seguro, el cual se rige por la autonomía de la voluntad privada y no está vinculada a la eventual responsabilidad civil del asegurado establecida en el artículo 2341 del Código Civil. Existen dos responsabilidades diferenciadas: la del asegurado, que surge de la ley en caso de atribuírsele responsabilidad, y la de la aseguradora, que está limitada a las condiciones pactadas en el contrato de seguro, conforme a los artículos 1036 y siguientes del Código de Comercio.

En Colombia, la solidaridad de las obligaciones solo se origina por un pacto expreso entre las partes, según lo dispuesto en el artículo 1568 del Código Civil, que señala:

> (...) En general, cuando se ha contraído por varias personas o para varias, la obligación de una cosa divisible, cada deudor está obligado únicamente a su parte o cuota en la deuda, y cada acreedor tiene derecho a su parte o cuota en el crédito. Sin embargo, por convención, testamento o disposición de la ley, puede exigirse a cada deudor o por cada acreedor el total de la deuda, y en tal caso, la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en los que no la establece la ley (...)

Por lo tanto, es claro que las obligaciones de las compañías aseguradoras emanan exclusivamente del contrato de seguro y no de las obligaciones discutidas en el fondo del asunto. En consecuencia, no es posible establecer una obligación indemnizatoria solidaria a cargo de mi representada. En este caso, la aseguradora solo estará obligada al pago del siniestro una vez el asegurado haya cumplido con el pago de la condena, dado que la obligación de la aseguradora es de carácter indemnizatorio bajo la modalidad de reembolso. Es decir, la aseguradora responderá frente a su asegurado reembolsando los valores que este haya desembolsado previamente para cumplir con la obligación impuesta.

## G. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

Sin que con el planteamiento de este alegato 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.

## H. PAGO POR REEMBOLSO

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



Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

## V. PETICIONES

En mérito de lo expuesto, de manera respetuosa, ruego al Despacho:

1. Se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda en lo que compete a nuestro asegurado y consecuencialmente, negar las pretensiones formuladas en el escrito del llamamiento en garantía.

2. **DESVINCULAR** a la compañía **ALLIANZ SEGUROS S.A.** por cuanto la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022198072/0 **no presta temporal** para hacerse efectiva dentro el presente proceso.

3. En el remoto evento en que los argumentos esbozados en el presente escrito no fueran de su convencimiento, solicito respetuosamente que se tengan en cuenta todas y cada una de las condiciones de la póliza, descritas en la contestación a la demanda y en el llamamiento en garantía, y reiteradas en esta oportunidad procesal, **como las exclusiones, límite y deducible** pactado.

Cordialmente,

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

**LNM**