

Señores:

**JUZGADO CUARTO (4) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE ARMENIA (Q)**

[j04admctoam@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j04admctoam@cendoj.ramajudicial.gov.co)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>PROCESO:</b>         | REPARACIÓN DIRECTA                          |
| <b>DEMANDANTE:</b>      | MARIA CARREÑO DE QUIGUANAS Y OTROS          |
| <b>DEMANDADO:</b>       | CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDIO S.A.S., Y OTROS |
| <b>LLAMADO GARANTÍA</b> | ALLIANZ SEGUROS S.A.                        |
| <b>RAD. No.:</b>        | 63001-3333-004-2019-00159-00                |
| <b>ASUNTO:</b>          | ALEGATOS DE CONCLUSIÓN                      |

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., Abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la Avenida 6 A Bis # 35N – 100 – Centro Empresarial de Chipichape – Oficina 212 de la ciudad de Cali, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado especial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, identificada con NIT 860.026.182-5, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., y sucursal en Santiago de Cali, conforme se acredita con el certificado de existencia y representación legal obrante en el plenario, por medio del presente **REASUMO** el mandato a mi conferido, y por tanto, encontrándome dentro del término legal procedo a presentar **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN** de primera instancia, solicitando desde ahora mismo que se profiera **SENTENCIA FAVORABLE** para mi representada, desestimando las pretensiones de la parte actora y declarando probadas las excepciones propuestas por mi defendida al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía, de conformidad con los argumentos que enseguida se exponen.

### OPORTUNIDAD

Mediante Auto sin número adiado a 11 de diciembre de 2023, y notificado en estrados derivado de audiencia de pruebas de la misma calenda, el despacho resolvió con fundamento al artículo 181 del CPACA., correr traslado a las partes para presentar los alegatos de conclusión por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de la referida providencia, siendo que dicho término inició el día 12 de diciembre de 2023. Así las cosas, los términos se computan durante los días 12, 13, 14, 15, 18 y 19 de diciembre de 2023, y 11, 12, 15 y 16 de enero de 2024. En ese orden de ideas, se colige que este escrito se presenta dentro de la oportunidad procesal pertinente.

### CAPÍTULO I

#### **I. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR: LO QUE SE DEFINE.**

En atención a la confrontación de los hechos y los cargos planteados en la demanda, los presupuestos del objeto demandado, su contestación, las excepciones formuladas y los pronunciamientos de las llamadas en garantía, se tiene que el problema jurídico a resolver según acta de audiencia inicial,<sup>1</sup> se concreta en:

*“...determinar si se configuró una falla médica hospitalaria en la atención prestada por las demandadas o de alguna de ellas a la señora LISNEDI QUIGUANAS CARREÑO, que conllevara a su fallecimiento, y en caso positivo cuál o las dos deben responder patrimonialmente y por ende si alguna o todos los llamados en garantía deben responder conforme con la relación contractual existente. Las partes manifiestan estar de acuerdo con la fijación del litigio.”*

<sup>1</sup> Llevada a cabo el día 15 de noviembre de 2022.

En dicho sentido, para sostener nuestra posición y que la misma sea relevante para el desenlace del litigio, se formulan los siguientes alegatos.

**II. SUSTENTO FÁCTICO RELATIVO A LA IMPUTACIÓN REALIZADA A LAS ENTIDADES DEMANDADAS, y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A ALLIANZ SEGUROS S.A.**

De conformidad con los hechos de la demanda, se manifiesta que la señora LISNEDI QUIGÜANAS CARREÑO ingresó al hospital del sur el 26 de febrero de 2017 por presentar dolor, distensión abdominal y taquicardia. Los médicos indican que sus síntomas son de apendicitis. Posteriormente se traslada a la Clínica Central del Quindío y el médico tratante de dicha institución descartó la cirugía de apéndice. En dicha institución es revisada por otros médicos y se descartó el diagnóstico de la remisión. Indica que el médico tratante ordenó TAC de abdomen contrastado pero que dicho examen nunca se realizó.

Posteriormente, el día 2 de marzo de 2017 la señora LISNEDI QUIGUANAS CARREÑO volvió a consultar por diarrea teniendo reporte de UROTAC de características normales y se le dio de alta con manejo de antibiótico por posible infección urinaria. Al día siguiente la paciente volvió a consultar en la clínica central del Quindío donde se volvió a ordenar el TAC de abdomen contrastado y se ordenó su hospitalización por alteraciones respiratorias. El día 4 de marzo se diagnosticó obstrucción intestinal y se realizó una laparotomía exploratoria, encontrando que el apéndice cecal de la señora LISNEDI QUIGUANAS CARREÑO estaba perforado. El diagnóstico después del procedimiento fue PERITONITIS FECAL GENERALIZADA SECUNDARIA A APÉNDICE CECAL PERFORADA, y por esta razón la paciente fue ingresada a la UCI con síndrome séptico. En los días subsiguientes a su ingreso a la UCI la paciente presentó un deterioro general de su salud a raíz del choque séptico, teniendo falla en diferentes órganos.

Consecuencia de su afectación de salud, la paciente finalmente fallece el día 27 de abril de 2017 según los cargos de la demanda por una serie de procedimientos médicos errados y que dan lugar al medio de control de reparación directa.

Señalado lo anterior, haremos notar como en este juicio se han desvirtuado las acusaciones traídas por la demandante, pues se ha demostrado, como se verá adelante que las pruebas decretadas y practicadas, tales como los testimonios y las documentales, dan cuenta de que no existió nexo alguno entre la atención médica dispensada, la complicación y los padecimientos posteriores presentados por la señora QUIGUANAS, y las actuaciones de las demandadas que pudieran derivar en que la paciente debiera soportar procedimientos médicos errados; como tampoco acreditan que se hubiera configurado alguna falla en el servicio de salud prestado a raíz de un error de diagnóstico e indebido tratamiento, sino que en su lugar, se evidencia que la atención fue acorde a los protocolos y guías médicas; siendo que los tratamientos suministrados y procedimiento quirúrgicos obedecieron a los parámetros fijados por la lex artis, sin que hayan sido inadecuados tornándose en generadores de perjuicios para los demandantes, pues contrario a ello, se propendió por la integridad de la paciente, la protección de su vida y demás derechos, por lo que no se pregona tampoco la pérdida de oportunidad que se persigue sea declarada.

De otro lado, relativo a la relación aseguraticia entre la CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDIO S.A.S., y mi representada, como se señaló en la contestación al llamamiento en garantía, si bien la asegurada tomó con ALLIANZ SEGUROS S.A., la póliza con nomenclatura No. 021932799/0, se debe demostrar, cómo lo haremos notar en estos alegatos de las documentales de citas, que el objeto del contrato de seguro, sus amparos y la procedencia de la acción indemnizatoria están sujetos a la necesidad de la declaratoria de responsabilidad civil del asegurado para su configuración, y que adicional a ello, desde ya se precisa que no puede accederse a las

pretensiones del llamamiento en garantía, en la medida que el contrato de seguro no ofrece cobertura temporal para el caso de marras por encontrarse la reclamación por fuera de la vigencia contratada atendiendo la modalidad de cobertura “claims made”, sin perjuicio de que no se materializó el riesgo asegurado, lo que también elimina la cobertura material.

En conclusión, el litigio fijado frente al problema jurídico a resolver, deberá ser despachado de manera negativa a los intereses de la demandante, pues la parte actora no logró sostener y demostrar los hechos alegados, ni probar los elementos axiológicos de la responsabilidad que pretendía endilgar, por el contrario, se han desvirtuado sus hechos y las pruebas decretadas y practicadas dan la razón a la parte pasiva en su defensa, como veremos a continuación.

### III. DE LAS PRUEBAS DOCUMENTALES DECRETADAS, PRACTICADAS Y SU INTERPRETACIÓN.

En el curso del presente asunto toman relevancia las documentales concernientes a la historia clínica de la señora LISNEDI QUIGUANAS, expedida por “RED SALUD DE ARMENIA E.S.E.”, así como la creada en la “CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDIO S.A.S.”; Dictamen pericial rendido por la médica ANDREA MARÍA SUAREZ; Dictamen pericial rendido por el médico JULIAN MORALES ECHEVERRY; Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021932799/0, expedida por Allianz Seguros S.A.

- **Sobre la historia clínica de RED SALUD DE ARMENIA E.S.E., y CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDIO S.A.S.:**

Las documentales relacionadas a la historia clínica de la señora QUIGUANAS, permiten realizar un análisis respecto de las condiciones de salud, servicio y tratamiento, así como de los diagnósticos revelados durante las atenciones recibidas y desvirtuar los hechos e imputación del medio de control. Así las cosas, para llegar a una conclusión respecto de este punto se hace necesario citar los siguientes apartes de las documentales en mención:

- Historia Clínica del 26 de febrero de 2017 expedida por Red Salud Armenia E.S.E.:

|   |  |
|---|--|
| <b>DATOS DE AFILIACIÓN</b>                            |  |
| Entidad:  | NUEVA EPS SUBSIDIADO   |
| Plan/Beneficios:                                      | NUEVA EPS REGIMEN SUBSIDIADO/CAPITADO  |
| Régimen:  | Regimen Simplificado   |
| Nivel - Estrato:                                      | SUBSIDIADO NIVEL 1   |
| <b>DATOS DEL INGRESO</b>                              |  |
| FOLIO N° H:   | (Fecha: 26/02/2017 04:56 a.m.)   |
| Responsable:  | Teléfono Resp:   |
| Dirección Resp:                                       | N° Ingreso: 8123076 Fecha: 26/02/17 04:12:25   |
| Finalidad Consulta:                                   | No Aplica  |
| Causa Externa:  | Enfermedad General   |
| Estado del paciente:                                  | Consciente   |
| Llegada del Paciente:                                 | Caminando. Acompañante: HMO  |
| <b>EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN O VIOLENCIA</b> |  |
| Fecha de ocurrencia:                                  | Sitio de ocurrencia:   |
| Notificación:   | <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Servicios de salud   |
| Acontecimiento de Tránsito:                           | Estado de Embriaguez?:   |
| <b>ANAMNESIS</b>                                      |  |
| Motivo de consulta:                                   | DOLOR ABDOMINAL  |
| Enfermedad Actual:                                    | PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR TIPO COLICO A NIVEL DE EPI Y MESOGASTRIO, ASOCIADO A DISTENCIÓN ABOMINAL. SIN MEJORA POR L QUE CONSULTA |
| Revisión por sistemas:                                | NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA  |
| Reconciliación Medicamentosa:                         |  |

- Historia Clínica del 26 de febrero de 2017 expedida por Clínica Central del Quindío S.A.S.:

**HISTORIA CLINICA No. CC 34569365 -- LISNEDI QUIGUANAS CARREÑO**  
**Empresa:** NUEVA EPS SUBSIDIADO **Afiliado:** NIVEL 1  
**Fec. Nacimiento:** 22/04/1972 **Edad actual:** 45 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)  
**Ocupación:** Sin ocupación  
**Dirección:** MZ 8 CASA 8 1 ETAPA VILLA ALEJANDRA **Barrio:** URBANO **Teléfono:** 3113368506  
**Departamento:** QUINDIO **Municipio:** ARMENIA  
**Responsable:** ORFI QUIGUANAS **Teléfono:** 3113368506 **Parentesco:** Familiar

**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO **Edad:** 44 AÑOS  
**FECHA:** 26/02/2017 12:35:30 **TIPO DE ATENCION:** URGENCIAS

**TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)**

TRIAGE III -

**OBSERVACIONES**

REMITIDA DEL HOSPITAL CON DX DE APENDICITIS CCQ 1409

**CLASIFICACION TRIAGE:** 3 TRIAGE III

**SIGNOS VITALES**

**Hora Toma:** 12:36:09

| TAS.    | TAD.   | Media    | FC.    | FR.         | Temp.     | Via Toma  | TALLA     | PULSO   | PVC         | PESO  | Estado      | GLUCOME |        |
|---------|--------|----------|--------|-------------|-----------|-----------|-----------|---------|-------------|-------|-------------|---------|--------|
| mm.Hg.  | mm.Hg. |          | x Min. | x Min.      | oC        | Temp.     | cmts      | x Min.  |             | Kgms  | Hidratación | Gr/dl   | I.M.C. |
| 120     | 80     | 93       | 90     | 18          | 36,00     | Axilar    | 0,00      | 0       | 0           | 0,00  | Hidratad    | 0       | 0,00   |
| Glasgow | Ramsay | Richmond | Escala | Tipo escala | Perímetro | Perímetro | FC. Fetal | Estadio | % Riesgo    | Cod   |             |         |        |
|         |        | Rass     | dolor  | de dolor    | Cefalico  | Abdominal | Renal     | Cardio. | Profesional |       |             |         |        |
| 15      | 0      | 0        | 3      | ADULTO      | 0,00      | 0,00      | 0         | 0       | 0           | MED05 |             |         |        |

**PIEL:** NORMAL

**RESPIRATORIO:** NORMAL

**NEUROLOGICO:** Normal

**% SATURACION O.2.:** 95

**ANALISIS**

PACIENTE REMITID DLE HOSPITAL DE SUR POR CUADRO DE 18 HORAS DE EVOLUCION CONSISTE EN DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO LOCLIZADO EN HIPOGASTRIO NO IRRADIADO, ASOCIADO A EMESIS EN 5 OCACIONES, ULTIMO EPISODIO ANTES DE LA PUESTA S¿DE SONDA NASOGASTRICA, NIEGA FIEBRE, NIEGA DIARREA, PACIENTE QUIEN CONSULTA AL HOSPITAL DEL SUR DONDE TOMAN HEMOGRAMA EN NOTA MEDICADE REMISION REFIEREN LEUCOCITOSIS 16000 NEUTROFILIA 91% RESTO PARAMETROS NORMALES, NO HAY COPIA DE PARACLINICOS EN REMISION. DAN MANEJO CON DIPIRONA HIOSCINA LEV. SONDA NASOGASTRICA Y REMITEN PARA VALORACION POR CX GENERAL CON DX DE APENDICITIS. PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA IRRITATIVA URINARIA, FUM 28 DE ENERO. PACIENTE AL MOMENTO HEMDINAMICAMENTE ETSABLE AFEBRIL, RECIBIO MANEJO ANALGESICO DIPIRONA HIOCINA EN PRIMER NIVEL CUADRO PUDIESE ESTAR ENMASCARADO POR ESO AL EXAMEN FISICO SIGNOS NEGATIVOS. SE DEJA EN OBSERVACION SS PARACLINICOS SS VALORACION POR CX GENERAL, NADA VIA ORAL

**PLAN Y MANEJO**

OBSERVACION

NVO

LEV SSN PASAR A 80 CC HORA

OMEPRAZOL 1 AMP IV AL DIA

SS HEMOGRAMA PCR PARCIAL DE ORINA PRUEBA DE EMBARAZO

SS VALORACION POR MEDICINA INTERNA

CSV AC

**Evolucion realizada por: CRISTIAN ALEJANDRO LOPEZ-Fecha: 26/02/17 12:51:55**

**DIAGNOSTICO** R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Tipo PRINCIPAL

- Ordenes de laboratorio Clínica Central del Quindío S.A.S., del 26 de febrero de 2017:

**HISTORIA CLINICA No. CC 34569365 -- LISNEDI QUIGUANAS CARREÑO**  
**Empresa:** NUEVA EPS SUBSIDIADO **Afiliado:** NIVEL 1  
**Fec. Nacimiento:** 22/04/1972 **Edad actual:** 45 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)  
**Ocupación:** Sin ocupación  
**Dirección:** MZ 8 CASA 8 1 ETAPA VILLA ALEJANDRA **Barrio:** URBANO **Teléfono:** 3113368506  
**Departamento:** QUINDIO **Municipio:** ARMENIA  
**Responsable:** ORFI QUIGUANAS **Teléfono:** 3113368506 **Parentesco:** Familiar

- 1 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS)
- 1 GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O
- 1 PROTEINA C REACTIVA PRUEBA SEMICUANTITATIVA
- 1 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

.- Historia clínica del 27 de febrero de 2017, expedida por la Clínica Central del Quindío S.A.S.:

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO:

1. DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO

REFIERE PERSISTENCIA LEVE DE DOLOR ABDOMINAL Y DESPOSICIONES DIARREICAS LIQUIDAS SIN OTROS SINTOMAS. HA TOLERADO VIA ORAL.

**OBJETIVO**

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES ALERTA ORIENTADO TOLERANDO DECUBITO NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS, TORX SIMERICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS CAMPOS NORMOVENTILADOS NO AGREGADOS, ABDOMEN SIMETRICO PERISTALTISMO POSITIVO BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS CON DOLOR LEVE A LA PALPACION DE HIPOGASTRIO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES MOVILES EUTROFICAS ADECUADA PERFUSION DISTAL. SNC: FUNCION MOTORA Y SENSITIVA CONSERVADA NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA.

**ANALISIS**

PACIENTE VALORADA POR CIRUGIA GENERAL QUIEN DESCARTA ABDOMEN QUIRURGICO, VALORADA POR UROLOGIA QUIEN INTERROGA LITIASIS RENAL YA QUE UROTAC SIN HALLAZGOS ANORMALES. POR ORDEN DE DICHA ESPECIALIDAD CONTINUA EN OBSERVACION CON DIETA Y VER EVOLUCION DE DOLOR PARA DEFINIR SALIDA.

**PLAN Y MANEJO**

- 1. OBSERVACION
- 2. DIETA BLANDA A TOLERANCIA
- 3. SSN 0.9% PASAR A 80 CC HORA
- 4. HIOSCINA COMPUESTA 1 AMPOLLA IV CADA 8 HORAS
- 5. REVALORAR EVOLUCION DE DOLOR PARA DEFINIR SALIDA.
- 6. CONTROL DE SIGNOS VITALES - NOTIFICAR CAMBIOS

**Evolucion realizada por: NATHALY ALDANA DUQUE-Fecha: 27/02/17 22:56:15**

.- Historia clínica del 28 de febrero de 2017, expedida por la Clínica Central del Quindío S.A.S.:

**FECHA**28/02/2017 04:13:24

**TIPO DE ATENCIO**

**URGENCIAS**

**NOTAS ENFERMERIA**

entregamos paciente femenina de 44 años de edad , en camilla con barandas elevadas , conciente ,a lerta , orientada , tranquila , hidratada , con buen patron respiratorio , con dx de dolor abdominal a estudio , con lev pasando ssn a 80 cc hora permebles sin signos de flebitis , manillas de identificacion y riesgo de caida alto , pasa la noche en buenas condiciones , duerme intervalos largos , con signos vitales estables , tiene pendiente revalorar por medico general para definir alta .

**Nota realizada por: LAURA LILIANA HERNANDEZ MONTOYA Fecha: 28/02/17 06:13:22**

.- Atención del 1 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

**FECHA**01/03/2017 21:49:52

**TIPO DE ATENCIO**

**URGENCIAS**

**NOTAS ENFERMERIA**

RECIBIMOS PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION MUJERES EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON LEV PASANDO SSN A 80CC/h PACIENTE ALGICA REFIERE DOLOR ABDOMINAL CON EPISODIOS EMETICOS DE CARACTERISTICAS BILIOSAS EN ABUNDANTE CANTIDAD SE LE INFORMA A LA MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA PASO DE Sonda NASOGASTRICA A LIBRE DRENAJE CON BUEN PATRON RESPIRATORIO SIGNOS VITALES ESTABLES SIN COMPLICACION PENDIENTE REVALORAR POR CIRUGIA GENERAL CON REPORTE DE UROTAC.

**Nota realizada por: DIANA MARCELA CORREA RINCON Fecha: 01/03/17 21:49:53**

*Diana Marcela Correa Rincon*  
Firma Digital Autorizada

**DIANA MARCELA CORREA RINCON**

Reg. 1098307864

ENFERMERIA

- Atención del 2 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

| FECHA  | TIPO DE ATENCIO | URGENCIAS |
|--|-----------------|-----------|
| 02/03/2017 02:06:28  |                 |           |
| <b>EVOLUCION SOAP MEDICO</b>   |                 |           |
| <b>SUBJETIVO</b>   |                 |           |
| IDX:   |                 |           |
| 1. DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO   |                 |           |
| REFIERE PERSISTE DOLOR ABDOMINAL PREDOMINIO FLANCO DERECHO, NIEGA FIEBRE, REFIERE DEPOSICIONES DIARREICAS EN 6 HORAS 4, SIN MOCO NI SNAGRE, ASOCIADO A VOMITO DE CONTENIDO BILIOSO EN UNA OCASION.   |                 |           |
| <b>OBJETIVO</b>  |                 |           |
| TA: 130/70 FC: 88 FR: 18 T: 36 SO2: 95%  |                 |           |
| PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES CONCIENTE ALERTA AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CABEZA NORMOCEFALO, OJOS: PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS ROSADAS ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO: MOVIL NO DOLOROSOS SIN MASA NI ADENOPATIAS, CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS , NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CLARO SIN AGREGADOS, ABDOMEN GLOBOSO LEVE DISTENCION BALDO DEPRESIBLE SIN SIGNOS DE IRRITACIONPERITONEAL, LEVE DOLOR A AL PALPACION PROFUNDA DE FLANCO DERECHO Y FID, BLOMBER NEGATIVO, PERISTALTISMO PRESENTE, EXTREMIDADES SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMA, NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE. GLASGLOW 15/15, FUERZA 5/5, ROT ++/++++. |                 |           |

- Ordenes de laboratorio del 2 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

#### ORDENES DE LABORATORIO

| Cantidad | Descripción  |
|----------|--|
| 1        | <u>HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOSL</u> |
| 1        | <u>PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION</u>                                    |
| 1        | <u>COPROLOGICO</u>   |
| 1        | <u>UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA</u>   |

#### ORDENES DE LABORATORIO

| Cantidad | Descripción   |
|----------|---|
| 1        | <u>HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOSL</u><br>EN 4 DIAS |
| 1        | <u>CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS</u><br>EN 4 DIAS   |
| 1        | <u>PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION</u>   |

- Nota de egreso del 2 de marzo de 2017 de la Clínica Central del Quindío S.A.S.:

| FECHA  | TIPO DE ATENCIO | URGENCIAS |
|--|-----------------|-----------|
| 02/03/2017 17:06:31  |                 |           |
| <b>NOTAS ENFERMERIA</b>  |                 |           |
| PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD QUIEN ES REVALORADA POR MEDICO DE TURNO OBSERVANDO MEJORIA CLINICA Y QUIEN DECIDE DAR DE ALTA CON FORMULA MEDICA AMBULATORIA LA CUAL SE ENTREGA EXPLICADA, Y ORDEN AMBULATORIA PARA TOMA DE LABORATORIOS DE CONTROL EN 4 DIAS, AL EGRESO PACIENTE SE OBSERVA CONCIENTE,ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, SIN DOLOR, EGRESA CON ACOMPAÑANTE FAMILIAR. |                 |           |
| <b>Nota realizada por: JAQUELINE OVIEDO Fecha: 02/03/17 17:30:00</b>   |                 |           |

- Atención del 3 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

---

FECHA 03/03/2017 02:20:51

TIPO DE ATENCIO

URGENCIAS

---

**NOTAS ENFERMERIA**

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE, ORIENTADO ,AFEBRIL, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO CAMINANDO POR MEDIOS PROPIOS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR. POR PRESENTAR DOLOR EN EPIGASTRIO Y MESOGASTRIO EMESIS DE CONTENIDO BILIOSO ADINAMICA PALIDA ALGICA ES VALORADO POR EL MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA TTO PACIENTE QUE REFIERE NO SER ALERGICO A NINGUN MEDICAMENTO POR LO TANTO SE CUMPLEN LAS ORDENES MEDICAS, SE CANALIZA VENA CON PREVIA ASEPSAI SE DEJA CON LEV PERMEABLES SE BRINDA EDUCACION DE MANILLAS DE IDENTIFICACION, RIESGO DE CAIDA, SEGURIDAD DEL PACIENTE BARANDAS ELEVADAS, SE CONTINUA VIGILANDO EVOLUCION. P/ DEFINIR CONDUCTA

**Nota realizada por: KAREN VIVIANA CARDONA GALINDO Fecha: 03/03/17 02:20:52**

- Atención del 4 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

---

FECHA 04/03/2017 12:23:34

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

---

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

Ingreso UCI

Paciente de 44 años sin antecedentes personales de importancia, quien consulta a hospital del Sur el 26/02/2017 por cuadro clínico de aproximadamente 18 horas de evolución consistente en dolor abdominal de instauración progresiva que inicia en epigastrio irradiación a fosa iliaca derecha asociado a varios episodios eméticos, paraclínicos con leucocitosis y neutrofilia, por lo cual es remitida a esta institución, valorada por cirugía general quien considera que en ese momento no cursa con cuadro abdominal quirúrgico, ante la presencia de hematuria y uroanálisis patológico realizan UROCTAC reportando como hallazgo incidental coledocitis, presenta evolución clínica estable sin picos febriles, abdomen no defendido por lo que se da egreso el 02/02/2017 manejo para ITU con Ciprofloxacina. Reconsulta 24 horas después por empeoramiento del dolor abdominal asociado a hiporexia, valorada nuevamente por cirugía general quien solicita radiografía de abdomen encontrando obstrucción mecánica de origen a determinar, inician cubrimiento antibiótico empírico con Ampicilina/Sulbactam, durante su estancia en sala general progresa con mal patrón respiratorio, oximetrías de pulso bajas, en contexto de síndrome séptico, es llevada a laparotomía exploratoria de urgencia encontrando peritonitis fecal generalizada secundaria a apendice cecal perforada, se realiza lavado de cavidad y dejan laparostomizada, gases arteriales prequirúrgicos con acidosis metabólica no compensada. Monitividad por el cual es comentada y aceptada en la unidad. Al ingreso en malas condiciones generales taquicardia en sinusal, medio interno con acidosis metabólica no compensada, hiperlactatemia. Se aporta soporte ventilatorio mecánico, toma de policultivos y se escala manejo antibiótico.

- Atención del 5 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

---

FECHA 05/03/2017 11:11:08

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

---

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

Justificación No pos de Propofol

Paciente femenina de 44 años, críticamente enferma por choque séptico secundario a peritonitis fecal por apendicitis perforada; en el momento con requerimiento de soporte vasopresor, soporte ventilatorio, con alteración de la función renal, anúrica, acidosis metabólica hiperlactatemia; se beneficia de monitoria hemodinámica con sistema VolumView que proporciona parámetros volumétricos y hemodinámicos (GC, VS, RVS y VVS), valiosos para la toma de decisiones en estecaso, con este fin debe permanecer bajo sedación para que dichos parámetros sean confiables, la sedación adecuada no se ha logrado con infusión de fentanyl, cual hace necesaria iniciar iinfusión de propofol, que tiene menor riesgo de delirium y menor impacto hemodinámico que otros fármacos tipo benzodicepinas.

- Atención del 6 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

---

FECHA 06/03/2017 13:58:51

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

---

#### NOTAS ENFERMERIA

entrego paciente en la unidad con RASS de 0 pupilas isocoricas reactivas con TOT coenactado a ventilacion mecanica en modo AC con una fio2 del 35% y peep de 10, con cateter central periferico al paso de SSN a 100cc/h, fentanyl a 10cc/hora, norademalina a 8cc/Hora, propofola 10cc/hora hidrocortisona 4cc/hora, potasio a 20cc/hora, paciente que pasa la mañana hemodinamicamnete estable con abdomen laparotomizado se relaiza curacion queda cubierto con materila etseril y faja se realiza aseo bucal, se realiza baño en cama bien tolerada, cambios de posicion, lubricacion de piel, queda con sabanas bien tendidas sin arrugas, elimina por sonda vesical volumen es adecuados paicnete colaboradora queda con monitoria continua y barandas elevadas glucometrias estables.

**Nota realizada por: DIANA CAROLINA MONTOYA MORA Fecha: 06/03/17 13:58:52**

- Atención del 7 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

---

FECHA 07/03/2017 06:51:48

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

---

#### NOTAS ENFERMERIA

paciente durante la noche sin complicación con escala de rass de -1 con tot conectada a ventilación mecanica en modo A/C con fio2 del 35% acoplada a la ventilación mecanica con spo2 por encima de 90% normotenso normocardica afebril, con cateter central periferico pasando infusión de ssn a 10cc/hr, fentanyl a 10cc/hr, noradrenalina a 5cc/hr, propofol a 10cc/hr, hidrocortisona a 4cc/hr, con sog por la que se le administra nutrición enteral hasta las 6hr, se deja cerrada por posible paso a cx para lavado quirurgico, con monitoria minimamente invasiva de gasto cardíaco, con abdomen laparostomizado se le realiza curación se observa limpia bordes palidos hidratados con bolsa de viaflex se deja nuevamente cubierta con compresas esteriles y abdomen fajado, se observa con edema generalizado en la noche se le realiza cambios de posición baño en cama higiene oral cuidados con piel no se observan zonas de presión queda con medias de gradiente de presión, eliminando por sonda vesical volumen es adecuados no hace deposición se sangra para laboratorios de cotrol reporte en historia clinica, ultima glucometria de 175mg/dl

**Nota realizada por: ISABEL CRISTINA VARGAS ZAPATA Fecha: 07/03/17 06:51:50**

- Atención del 8 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

---

FECHA 08/03/2017 18:32:43

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

---

#### NOTAS ENFERMERIA

Ingresa paciente a sala de cirugia 2 en camilla barandas elevadas en compañía de auxiliar de enfermeria y anestesioologo, monitorizada, conciente, afebril, entubada, bajo ventilacion mecanica, con sonda orogastrica a libre drenaje, con cavafix en miembro superior derecho pasado lactato de ringer, con linea arterial en miembro superior derecho, cateter de mahurca inguinal derecho cubierto con aposito+fixomull, con abdomen abierto cubierto con viaflex, con faja de tela abdominal, con sonda vesical a cistoflo funcional, pasando primera unidad de globulos rojos, se ubica en mesa quirurgica, signos vitales: Tension Arterial: 132/79mm/Hg Frecuencia Cardiaca:102 por minuto Saturacion:98% Doctor Alvarez. Induce anestesia general con150 microgramos de fentanyl intravenosos, 50 miligramos de propofol intravenoso, 3 miligramos de vecuronio intravenosos Jefe Sergio realiza lavado en area quirurgica con clorexhidina espuma, previa tecnica aseptica, Doctora Tovar inicia procedimiento quirurgico, lavado peritoneal, realiza lavado con 3000 cc de solucion salina tibia. Recuento completo de compresas. 17+20 Doctora Tovar termina procedimiento quirurgico sin complicacion, queda herida abierta, cubierta con viaflex esteril, y faja de tela abdominal, se traslada paciente a UCI en camilla, barandas elevadas, en compañía de anestesioologo y auxiliar de enfermeria, monitorizada, somnolienta, afebril, se entrega historia clinica completa a Jefe de enfermeria de UCI.

**Nota realizada por: JESSICA ALEJANDRA GALVIS CASTAÑEDA Fecha: 08/03/17 18:32:45**

.- Atención del 9 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 09/03/2017 13:47:47

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

#### NOTAS ENFERMERIA

Entrego paciente en la unidad en cama, con RASS de 0, afebril, pupilas isocóricas reactivas, normotensa, normocárdica, hidratada, bien perfundida, con ventilación mecánica por tot en modo AC peep 8 fio2 35% spo2>90%, con sonda orogastrica permeable para tto medico, a libre drenaje, por la cual dreno material bilioso en moderada cantidad, con cateter central permeable para tto medico, pasando hartman a 10cc/h fentanyl a 10 cc/h NTP a 62 cc/h, potasio a 30 cc/h por bomba de infusion, con linea arterial permeable y funcional, abdomen abierto con biaflex, cubierta con material esteril y faja de tela, se observa salida escasa de material cerosanguinolento, con sonda vesical a cystoflo permeable por la cual elimino volúmenes adecuados, no hizo deposición, moviliza sus extremidades, hemodinamicamente estable, se realizo baño en cama, higiene oral, cambios de posición y cuidados con piel, presenta edema generalizado marcado, paciente con monitoria de gasto cardíaco minimamente invasiva, se dejan sabanas secas bien tendidas y limpias.

**Nota realizada por: JESSICA VIVIANA MONTOYA CASTRO Fecha: 09/03/17 13:47:49**

.- Atención del 10 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

#### ANALISIS

PACIENTE HOSPITALIZADO POR MÚLTIPLES COMPLICACIONES DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. LA EVOLUCIÓN CLÍNICA SIGUE SIENDO ESTACIONARIA POR EL COMPROMISO SEPTICO ANTES MENCIONADO. VIENE MEJORANDO LA DISFUNCIÓN CARDIORRENAL & HEMATOLOGICA. PERMANECE ESTABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA CARDIOPULMONAR & EN DESTETE DE SOPORTES. VIENE MODULANDO LOS SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA & PENDIENTES DE LOS CULTIVOS. POR EL MOMENTO SIN CAMBIOS EN EL ACTUAL ESQUEMA DE ANTIMICROBIANOS (SOLO MEROPENEM). SE INDICA INICIAR EL RETIRO DE DISPOSITIVOS, POR LA POSIBILIDAD DE NUEVAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS. SE INSISTE EN OPTIMIZAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS PROPIOS DE TERAPIA RESPIRATORIA. SE REALIZAN AJUSTES EN EL MANEJO VENTILATORIO & SE DEBE FAVORECER MODOS ESPONTANEOS. FAVOR MANTENER EL APORTE NUTRICIONAL PARENTERAL -YA- FORMULADO A LAS DOSIS INDICADAS. FAVOR HACER LOS CONTROLES METABOLICOS EN FORMA ESTRICTA & AJUSTES CON ESQUEMA DE INSULINA. REQUIERE INCREMENTAR LAS INTERVENCIONES POR PARTE DE TERAPIA FÍSICA DE REHABILITACIÓN. ES NECESARIO MANTENERLA SEMISENTADA (TODO EL DIA) e INCENTIVAR LAS ACTIVIDADES MOTORAS EN CAMA. SE INSISTE EN REALIZAR LOS CUIDADOS DE LA PIEL POR PARTE DE ENFERMERIA & EVITAR ESCARAS. PENDIENTE LA CONDUCTA QUIRÚRGICA (RE-LAPAROTOMIA) POR PARTE DE CIRUGÍA GENERAL. REQUIERE DE TRANSFUNDIR CONCENTRADO GLOBULAR & LUEGO MONTAR HEMODIALISIS. SE REALIZAN ALGUNOS AJUSTES EN EL ACTUAL PLAN TERAPEUTICO. EL PRONOSTICO DE SOBREVIVENCIA ES MUY RESERVADO.

.- Atención del 11 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 11/03/2017 17:29:03

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

#### EVOLUCION SOAP MEDICO

##### SUBJETIVO

Paciente con sedoanalgesia, sin soporte vasoactivo, nutrición parenteral, con tot n°7.0, permeable, fijo en comisura en 21cms, con soporte ventilatorio en modo ac por volumen, fio2:35%, vc:400, peep:6, otros parámetros registrados en hoja correspondiente, hemodinámicamente estable en el momento, sao2:98%. C/p murmullo vesicular conservado disminuido en bases. Tto: realizo drenaje postural, vibración de tórax, aceleración de flujo e higiene bronquial obteniendose secreciones mucoides en escasa cantidad. Tto bien tolerado sin complicaciones. Cambio a modo cpap, con parámetros registrados en hoja correspondiente, realizando adecuados volúmenes y frecuencias hasta el momento.

.- Atención del 11 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 12/03/2017 23:24:21

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

paciente con tot fijo en 21 cms, con soporte ventilatorio en modo cpap, parametros registrados en hoja correspondiente, acoplada, asiste al ventilador, bajo efectos de sedo analgesia, hemodinamicamente estable en el momento, ausculto mv disminuido en bases, realizo terapia respiratoria e higiene bronquial obteniendo secreciones mucoides en escasa cantidad, por boca sialorrea mucoide, cambio fijacion y dejo tot en 21 cms, tto tolerado.

++cambio sonda de succion cerrada y nariz de camello por cumplir el tiempo recomendado para su uso.++

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

**PLAN Y MANEJO**

Evolucion realizada por: LUZ ADRIANA ARBELAEZ ARIAS-Fecha: 12/03/17 23:24:25

.- Atención del 13 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 13/03/2017 18:41:09

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

Paciente sin soporte inotropico ni vasoactivo, sin sedoanalgesia, con TOT # 7.0 conectada a ventilacion mecanica modo CPAP, adecuado patron respiratorio, realizando adecuados VT Y FR, ausculto MV claro no agregados, realizo terapia respiratoria e higiene bronquial obteniendo secreciones mucoides en escasa cantidad; realizo protocolo de extubacion obteniendo un resultado de 88%, test de fuga 24%, indice de tobin 45, extubacion programada a las 18+ 30, micronebulizo con berodual, dejo con soporte de oxigeno por canula nasal, adecuado patron respiratorio. Tto bien tolerado.

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

**PLAN Y MANEJO**

Evolucion realizada por: TATIANA MARTINEZ LARRAHONDO-Fecha: 13/03/17 18:41:14

.- Atención del 14 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

SEDE DE ATENCIÓN: 001

CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO Edad : 44 AÑOS

FECHA 14/03/2017 00:20:39

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

Paciente hemodinamicamente estable, tolerando la extubación programada hasta el momento, aceptable patrón respiratorio, sin signos de dificultad respiratoria evidentes, con o2 por cánula nasal a 3lpm, fio2:32%, sao2:97%. C/p murmullo vesicular disminuido en bases no ausculto agregados. Tto: realizo terapia respiratoria incentiva y ejercicios respiratorios. Tto bien tolerado sin complicaciones.

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

**PLAN Y MANEJO**

Evolucion realizada por: LINA BIBIANA GOMEZ HERRERA-Fecha: 14/03/17 00:20:45

- Atención del 15 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

| FECHA               | TIPO DE ATENCIO |
|---------------------|-----------------|
| 15/03/2017 08:35:11 | HOSPITALIZACIO  |

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**  
 fisioterapia

**OBJETIVO**  
 .

**ANALISIS**  
 paciente termina sesion en buenas condiciones generales de salud

**PLAN Y MANEJO**  
 paciente a quien se le realiza teraia fisica; estiramientos generales + trabajo de resistencia de miembros superiores activos dirigidos con pesa + theraband + asistidos de inferiores con cadenas cineticas abiertas y cerradas + estimulacion sensorial + sedente en cama.

**Evolucion realizada por: ANA TATIANA LUENGAS GUEVARA-Fecha: 15/03/17 08:35:14**

- Atención del 16 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

| FECHA               | TIPO DE ATENCIO |
|---------------------|-----------------|
| 16/03/2017 11:36:42 | HOSPITALIZACIO  |

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**  
 Evolucion Medica Diurna

Diagnosticos:

- \* Choque septico de origen abdominal en resolucion
- \* Síndrome de disfuncion organica multiple (Renal-Pulmonar-Hemodinamico) APACHE II 16 Mortalidad 23,5% - SOFA: 10 (Ingreso ) En resolucion.
- \* POP inmediato laparostomia exploratoria + apendicectomia + lavado cavidad + laparostomia (04/03/2017)
- \* Peritonitis generalizada por apendice cecal perforada
- \* Injuria renal aguda AKIN 3 -TFG 12 ml/min/1,73m2

- Atención del 26 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

| FECHA               | TIPO DE ATENCIO |
|---------------------|-----------------|
| 26/03/2017 08:35:00 | HOSPITALIZACIO  |

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**  
 REGULARES CONDICONES GRALES

**OBJETIVO**  
 PTE CONOCIDA. CON ABDOEN ABIENRTO. HA PRESENTADO PCOS FEBRILES E INTOLERANCIA A LA VIA ORAL. SE SOSPECHA COLECCION INTRAABDOMINAL

**ANALISIS**  
 CH LEUCOCITOSIS 19000.

**PLAN Y MANEJO**  
 SE PASA PARA CATETER CENTRAL POR SOSPECHA DE INFECCION DEL CATTER PREVIO.

**Evolucion realizada por: RODOLFO ADRIAN CABRALES VEGA-Fecha: 26/03/17 08:35:05**

**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

| Cantidad | Descripción  |
|----------|--|
| 1        | <u>IMPLANTACIÓN DE CATETER SUBCLAVIO FEMORAL O YUGULAR</u> |

- Atención del 27 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 27/03/2017 08:38:44

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

EVOLUCION MEDICA

DX:

1. SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL RESUELTO.
2. SD. DE DISFUNCION MULTIORGANICA EN RESOLUCION.
3. POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA+APENDICECTOMIA+LAVADO DE CAVIDAD (04/MARZO/2017).
4. ABDOMEN LAPAROSTOMIZADO.
5. HIPONATREMIA RESUELTA.
6. HIPOKALEMIA EN TRATAMIENTO.
7. FLEBITIS EN SITIO DE PUNCION DE CAVAFIX MIEMBRO SUPERIOR DERECHO.

PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA - REGULAR ESTADO GENERAL, DIFICULTAD PARA INICIO DE DIETA BLANDA, EN EL MOMENTO SIN SIRSS O BAJO GASTO. VALORADA DR. GISALES CX GENERAL QUIEN INDICA . 2 PROGRESAR DIETA Y VIGILAR TOLERANCIA", REALIZRA HEMOGRAMA - PCR CONTROL MAÑANA.

.- Atención del 28 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 28/03/2017 08:43:39

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

EVOLUCION FISIOTERAPIA

**OBJETIVO**

PACIENTE POSICIONADA EN SEMISEDENTE, ALERTA, ORIENTADA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, COLABORADORA.

**ANALISIS**

-

**PLAN Y MANEJO**

SE REALIZA SESION DE FISIOTERAPIA CONSISTENTE EN MOVILIDAD ARITUCLAR+ APROXIMACIONES POLIARTICULARES+ ACTIVACION DE BOMBAS MUSCULARES+ ELECTROESTIMULACION EN MIEMBROS INFERIORES+ ACTIVOS RESISTIDOS CON THERABAND ROJO+ EJERCICIOS DE BOMBEO+ ESTIRAMIENTOS A TOLERANCIA. SE FINALIZA SIN COMPLICACIONES NI EVENTOS ADVERSOS, BARANDAS ARRIBA.

**Evolucion realizada por: ANGIE ALEJANDRA PARRA CARDENAS-Fecha: 28/03/17 08:23:52**

.- Atención del 29 de marzo de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 29/03/2017 20:13:09

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**NOTAS ENFERMERIA**

ENTREGO PACIENTE EN UNIDAD ALERTA CONCIENTE ORIENTADA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS ACEPTO Y TOLERO LA VIA ORAL EN POCA CANTIDAD PACIENTE QUE DURANTE LA TARDE PASA EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES POCO COLABORADORA S ELE DICE ALA PACIENTE LA IMPORTANCIA DE DEAMBULAR POR EL SERVICIO SE ASISTE EN ACTIVIDADES PACIENTE NO SE SOSTIENE SOLA, CON LEV PASANDO HATTRMAN +2 AMP DE KATROL A 60CC HORA POR B.I EN MIEMBRO SUPERIOR PARA TRATAMIENTO FARAMACOLOGICO EL CUAL ACEPTO Y TOLERO SIN PRESENTAR REACCION ADEVRSA, ELIMINO EXPONTANEO EN PAÑAL DE CARACTERISTICAS COLURICAS CON SIGNOS VITALES ESTABLES.

**Nota realizada por: LEIDY JOHANA GARCIA OSORIO Fecha: 29/03/17 20:13:10**

- Atención del 9 de abril de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 09/04/2017 13:49:18

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

DIA HOSPITALARIO: 23

DIAGNOSTICOS:

- ABDOMEN LAPAROSTOMIZADO POR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA+APENDICECTOMIA+LAVADO DE CAVIDAD (04/MARZO/2017).
- SX EMETICO PERSISTENTE ERGE ? GASTROPARESIA ?
- INFECCION DE CATETER CAVAFIX POR PSEUDOMONA MULTISENSIBLE RESUELTA
- ANEMIA POR PERDIDAS NORMO NORMO HB 7.7.
- SOBRECARGA HIDRICA POR HIPOALBUMINEMIA
- HIPOKALEMIA 10%
- HTA

PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES. CON NAUSEAS PERSISTENTES A PESAR DE SONDA NASOGASTRICA, CON RETORNO OCASIONAL DE COAGULOS PEQUEÑOS POR LA MISMA. MALESTAR GENERAL, ASTENIA Y ADINAMIA MARCADAS. AFEBRIL.

**OBJETIVO**

SAT O2 93% CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3L/MIN, FC 95, AFEBRIL, FR 18.

PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES MUCOSAS SECAS Y PALIDAS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS SINCRONICOS CON EL PULSO MV RUDO SIN AGREGADOS ABDOMEN ABIERTO CONGELADO CON FIBRINA SIN DOLOR A LA PALPACION PERISTALTISMO POSITIVO EXTREMIDADES EDEMA GRADO 2 MI BIEN PERFUNDIDAS NEUROLOGICO SIN DEFICIT . RETORNO HIALINO POR SONDA NASOGASTRICA.

\*\*\*\*\* GASES ARTERIALES DE HOY : PH 7.51, PO2 67.5, PCO2 39.3, HCO3 31.1, PAFI 321

\*\*\*\*\* LEUCOCITOS 15310, NEUTROFILOS 85.2%, HB 7.4, HTO 20.8, PLAQUETAS 396000

\*\*\*\*\* CREATININA 0.39, BUN 13.37

\*\*\*\*\* SODIO 140.0

\*\*\*\*\* POTASIO 3.20

**ANALISIS**

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS. CON CAMBIOS SUBJETIVOS HACIA EL DETERIORO DE LAS CONDICIONES GENERALES. CON NAUSEAS PERSISTENTES. SIN ACCESO VENOSO CENTRAL PARA REPOSICION DE POTASIO NI ALIMENTACION PARENTERAL. EXAMEN FISICO SIN CAMBIOS A DESTACAR. GASES ARTERIALES CON ALCALOSIS METABOLICA. APACHE SCORE CALCULADO DE 9. EVOLUCION TORPIDA. VALORADA POR DRA GAITAN QUIEN CONSIDERA COMENTAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

- Atención del 10 de abril de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 10/04/2017 01:12:34

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

Paciente conocida en el servicio, interconsultan nuevamente por encontrar aumento de puntuacion en escala de alerta temprana dado por aumento del patron respiratorio aunque este continua siendo superficial Fr 25 xm, en radiografia de torax aunque la tecnica es debil a nivel de base izquierda se encuentra imagen que hace sospechar proceso atelectasico vs de ocupamiento alveolar. Se considera necesario realizar TAC de torax la cual no ha sido autorizada por lo cual se enfatiza en este procedimiento dada la importancia.

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

**PLAN Y MANEJO**

\* Es necesaria realizacion de Tomografia Torax

\* El servicio uci estara atento a cualquier cambio o deterioro.

Evolucion realizada por: DIEGO ANDRES DIAZ GUIO-Fecha: 10/04/17 01:12:38

- Atención del 18 de abril de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 18/04/2017 12:14:13

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

44 AÑOS.

CONTINUA HOSPITALIZADA EN CUIDADOS INTENSIVOS CON TRASTORNO DE LA OXIGENACION, SIN SOPORTE VASOPRESOR, CON TENDENCIA A LA HIPERTENSION.

**OBJETIVO**

AFEBRIL.

MURMULLO VESICULAR ADECUADO EN AMBOS CAMPOS, CON TORACOSTOMIA CERRADA IZQUIERDA POCO OSCILANTE DRENANDO 70CC SEROSOS.

ABDOMEN CON LAPAROSTOMIA SIN LESIONES.

- HB 8.6. LEU 10670. N 82. PLAQ 267000. CR 0.3. TRIGLIC 312. CT 125. HDL 33. ALBUMINA 2.45. IONOGRAMA

NORMAL

- RX DE TORAX CON LEVE DERRAME DERECHO NO SUSCEPTIBLE DE TORACOSTOMIA.

**ANALISIS**

PACIENTE CON COMPROMISO DE LA OXIGENACION.

**PLAN Y MANEJO**

PENDIENTE DRENAJE PERCUTANEO

CONTINUA MANEJO CONJUNTO CON UCI

Evolucion realizada por: MARIA HELENA GAITAN BUITRAGO-Fecha: 18/04/17 11:19:28

.- Atención del 19 de abril de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 19/04/2017 09:27:37

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

CIRUGIA GENERAL

SOPORTES: NORADRENALINA 0.04 MCG KG MIN

VMI X TOT

**OBJETIVO**

FC 92 TA 122 70

ACOPLADA A VMI X TOT . BAJO SEDOANALGESIA

RC RITMICOS MV LEVEMENTE DISMINUIDO EN BASES . TORACOSTOMIA IZQUIERDA FUNCIONAL

ABDOMEN ABIERTO SELLADO EN MONOBLOQUE CENTRAL

**ANALISIS**

PACIENTE CRITICA CON SOPORTE VASOPRESOR Y VENTILATORIO, SOSPECHA DE SDR. DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRURGICO CON COLECCION INTRAABDOMINAL SO SUSCEPTIBLE DE DRENAJE QUIRURGICO ABIERTO POR LO CUAL SE INDICO DRENAJE PERCUTANEO POR RADIOLOIA INTERVENCIONISTA. CONTINUA SOPORTE NUTRICONAL . MANEJO EN UCI

**PLAN Y MANEJO**

Evolucion realizada por: MONICA PATRICIA TOVAR LOZADA-Fecha: 19/04/17 09:31:08

.- Atención del 21 de abril de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 21/04/2017 00:17:19

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

Evolución noche - Unidad de Cuidado Intensivo

Diana Pinilla, MD intensivista – Julieth Díaz Ramírez, MD de apoyo

Diagnósticos Anotados

Problemas: ruptura de neumotaponador, SDRA, compromiso severo de la oxigenación, parámetros ventilatorioo altos, abdomen abierto, Sx anémico, obesidad

Objetivo:

-Respiratorio: Intubada, VMI en modo AC, FIO2:100%, VT:400mL, FR:20RPM, PEEP:14cmH2O, SpO2:84-87%; acoplada a ventilación mecánica. murmullo vesicular rudo, simético. disminuido en bases, Toracostomía izquierda no oscilante 100cc. Gases arteriales: pCO2:54, pO2:94, SaO2:77%, pO2fiO2:77 (previo a cambio de TOT). RX tórax: TOT adecuadamente ubidado, con radioopacidad en todo cambio pulmonar derecho.

-Cardiovascular: TAM:110-135mmHg, sin soporte vasoactivo, FC:76-81LPM, sinusal al visoscopio, sin ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rpitmico, edemas periféricos, sin signos de hipoperfusión distal

-Neurológico: RASS:-5

Análisis

Paciente con protocolo de Medury, ademas hasta las 21hras relajada, evolución tórpida ccon alto requerimiento de soporte ventilatorio; hyo por daño de neumotaponador requirió de cambio de TOT, el cual se realizó laringoscopia directa, único intento con TOT número 7.5, se fijó a comusura la 22 cm, previa veriducacion auscultatoria, RX mostró adecauda ubicación.

Plan

\*Labs de control

\*Remión a IV nivel.

\*Suspender meropenem y linezolid

.- Atención del 22 de abril de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

FECHA 22/04/2017 11:25:02

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

fisioterapia

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

paciente termina sesion en buenas condiciones generales de salud

**PLAN Y MANEJO**

paciente a quien se le realiza terapia fisica; estiramientos + facilitacion neuromuscular propioceptiva + diagonales + movimientos rotacionales con vibracion externa + aproximaciones articulares + semiflowler.

Evolucion realizada por: ANA TATIANA LUENGAS GUEVARA-Fecha: 22/04/17 11:25:06

.- Atención del 27 de abril de 2017 Clínica Central del Quindío S.A.S.:

**ANALISIS**

Paciente de 45 años con larga estancia hospitalaria por abdomen agudo por peritonitis generalizada secundaria a apendicitis perforada, quedo con abdomen abierto ya bloqueado. Presenta primer ingreso a UCI por choque septico y disfuncion multiorganica, requirio ventilacion mecanica, soporte vasoactivo, terapia reemplazo renal, antibioticoterapia, ante mejoría de disfuncion multiorganica el 16 marzo se traslada a piso. Allí presenta evolucion torpida emesis persistente, requerimiento de nutricion parenteral prolongada, así mismo presenta compromiso respiratorio por lo cual se traslada nuevamente a UCI el 12/04/2017 donde se aborda via aerea y se da inicio a soporte ventilatorio invasivo, se considero probable cuadro septico de origen abdominal se toman policultivos, se indica antibiotico terapia amplio espectro. Debido al deterioro desde el punto de vista respiratorio por hipoxemia refractaria se realiza TAC torax encontrando compromiso de cuatro cuadrantes se corrobora SDRA severo por lo que se inicia procolo de MEDURI, relajacion neuromuscular con cisatracurio y ventilacion mecanica en modo APRV, en policultivos se rescata Pseudomonas aeruginosa con perfil de multiresistencia extensa se dio inicio desde el 20/04/2017 Amikacina-Colistin, concomitante sindrome de disfuncion multiorganica compromiso hematico por anemia y trombocitopenia severa por lo que es multitransfundida durante la primera transfusion presenta TRALI las siguientes transfusiones se bloquean todas las vias alogenicas así mismo se utiliza clemastina, también compromiso renal ahora en TRR HD. Presenta persistencia de compromiso de oxigenacion, labilidad severa desde lo hemodinamico, requiere soporte de noradrenalina a dosis tope, presenta episodio de bradicardia extrema por lo que se administra 1mg de atropina, con oximetrias de pulso bajas 64-70% se descarta nemotorax por imagen radiologica. Pronostico vital reservado.

FECHA 27/04/2017 19:07:07

TIPO DE ATENCIO HOSPITALIZACIO

**EVOLUCION SOAP MEDICO**

**SUBJETIVO**

Paciente en malas condiciones generales estado de choque profundo, hipoxemia refractaria, acidotica severa, hiperlactemica quien apesar de medidas de soporte progresa a bradicardia extrema y posterior asistolia. Fallece a las 19+00, se indica a la familia.

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

**PLAN Y MANEJO**

\* Hora de fallecimiento 19+00

Evolucion realizada por: DIEGO ANDRES DIAZ GUIO-Fecha: 27/04/17 19:07:13

Una vez citados los apartes de la historia clínica aportada al proceso, es plausible aseverar, que a la entonces paciente LISNEDI QUIGUANAS CARREÑO (Q.E.P.D.), se le prestó en todo momento la atención requerida, pues como bien se aprecia, existió atención por urgencias en el mes de febrero de 2017 por dolor y distensión abdominal, encontrándose un cuadro emático que muestra infección por lo cual fue remitida desde la Red Salud Hospital del Sur Armenia, siendo aceptada por la Clínica Central del Quindío, donde se deja a la paciente en observación y se ordena radiografía de abdomen, a raíz de ello se descartó el abdomen quirúrgico.

En igual sentido, se precisa que desde las primeras atenciones de la entonces paciente y en aras de lograr un adecuado diagnóstico, se ordenaron pruebas como Urotac, que fue analizado en conjunto con todas las anotaciones de la historia clínica el día 2 de marzo de 2017, el cual arrojó resultados normales sin litios, analizando a su vez hemograma, lo que permitió dar salida con tratamiento ambulatorio, pese a que la paciente reconsultó el 3 de marzo de 2017, debido a valoración del médico Cristian Infante, se determinó que esta no cursaba con abdomen agudo quirúrgico y se dio salida. Ahora bien, se tiene que el mismo día siendo las 6:07 p.m., la paciente acudió nuevamente a consulta, oportunidad en que posterior a una debida valoración se le dejó en observación y se ordenó valoración por cirugía general, lo que así se hizo, solicitándose Tac Abdominal, con el cual se programó cirugía por obstrucción intestinal.

Consecuentemente, y fruto de los estudios necesarios, se tiene que en pro de garantizar un debido tratamiento al hallarse peritonitis, en la unidad de cuidados intensivos se le brindó a la paciente todo el soporte necesario para tratar sus condiciones, y el día 16 de marzo de 2017 es trasladada a piso por su mejoría.

Aún con lo anterior, y con miras a prestar el servicio de salud requerido por la señora QUIGUANAS, y cumplir con un adecuado diagnóstico y tratamiento, y con motivo de la persistencia de sus patologías, desde el 24 de marzo de 2017, se le realizaron sesiones de fisioterapia, con tratamiento farmacológico, ordenándose tomografía de tórax, y posterior a ello, el día 13 de abril se hace traslado a UCI, teniendo un deterioro debido a condición ventilatoria derivada de neumonía por pseudomonas.

Finalmente, de la historia clínica se deduce, que en efecto la paciente afrontó una condición de carácter ventilatorio que inclusive progreso a falla renal y orgánica multisistémica, que aún con todos los esfuerzos del personal de salud para velar por la sanación y posibilidad de supervivencia terminó con el fallecimiento, siendo este un hecho propio de las patologías de la señora QUIGUANAS, no imputable a la pasiva, por lo que en comunión con todo lo anotado, permiten establecer que no existió falla del servicio por error del diagnóstico y enerva las pretensiones del medio de control.

- **Dictamen pericial rendido por la médico ANDREA MARIA SUAREZ.**

Ahora bien, sobre esta prueba debe mencionarse que independientemente de que cumpla o no con los requisitos de ley para su procedencia de conformidad con lo establecido en el artículo 226 del C.G.P., lo cierto es que el mismo no cumple con el objeto para el cual fue aportado, esto es, demostrar un presunto perjuicio fruto de falla médica por error en el diagnóstico, negligencia o procedimientos médicos errados, máxime cuando en audiencia de pruebas celebrada el día 28 de junio de 2023, se probó con la propia declaración de la médico Suarez, que esta no tiene experiencia como cirujana, pues es médico especialista en dermatología, sin ejercer siquiera como médico general de urgencias desde el año 2016, por lo que su dictamen y conclusiones se encuentran desprovistos de respaldo técnico que permita afirmar con entera probabilidad de verdad que lo ahí consignado corresponde a la tesis aplicable al caso y que pueda conducir a responsabilidad de las demandadas.

En punto de la conclusión de dicho dictamen se tiene:

En conclusión, se desconoció la lex artis por parte del médico general, que desde el inicio con un examen físico pobre y alejándose de los dictámenes del obrar cuidadoso, dio analgesia a una paciente con dolor abdominal de origen desconocido.

Lo mismo aconteció en la evaluación especializada en quien se esperaba fuera más cuidadosa ya que era realizada por personal más calificado en el tema (cirujano), pero que incurrió en el mismo fallo del personal médico que la evaluó al inicio. Encontrado una pobre historia clínica, donde no se evidencia una evaluación física exhaustiva como lo determina la literatura médica además continuando con el enmascaramiento de los síntomas al dar de nuevo analgesia sin tener un diagnóstico certero de lo que provocaba el dolor.

Se debía haber puesto más empeño y cuidado en la evaluación de una paciente obesa que sumado a lo anterior (la analgesia), hacia más difícil la evaluación de los síntomas. Se denota el poco cuidado en el manejo dado siendo que la misma especialista había descrito que los síntomas podían estar siendo alterados por el manejo dado, denota poco cuidado también al desconocer las evaluaciones hechas por sus colegas urólogos que descartaban diagnósticos diferenciales como cálculos. Y mucho más grave aún, dejó de prestarle importancia a evidencias que ella misma interrogó como la posible masa abdominal. Fue poco diligente al quedarse esperando un resultado de un examen que no era el más indicado para evaluar un abdomen agudo con posible enmascaramiento de síntomas en una paciente obesa. Conformándose con esperar 5 días a que dieran un resultado a sabiendas que ella misma había notado la posibilidad que su paciente tuviera una masa abdominal que podía corresponder a un plastrón, apendicular. Una serie de errores que llevaron a un diagnóstico muy tardío con unas consecuencias fatales.

Esta conclusión se terminó de desvirtuar con el dictamen rendido por el médico JULIAN MORALES ECHEVERRY, el cual fue sustentado el 21 de noviembre de 2023.

- **Dictamen pericial rendido por el médico JULIAN MORALES ECHEVERRY.**

Se tiene que la apoderada judicial de la doctora MARÍA HELENA GAITAN BUITRAGO, aportó como medio de convicción el dictamen pericial del asunto, el cual como se mencionó fue sustentado por el médico especialista en cirugía general el día 21 de noviembre de 2023, del cual resulta relevante su conclusión, la que se cita:

#### CONCLUSIÓN

La paciente presentó una sintomatología atípica, sumado a su condición de base como la obesidad y el hipotiroidismo; lo cual, a pesar del actuar

diagnóstico temprano de Apendicitis. Por otra parte, el actuar de la Dra. MARIA HELENA GAITAN BUITRAGO, se dio siguiendo los principios de la Lex Artis, siendo diligente en sus valoraciones de los días en los cuales le correspondió asistir a la Clínica Central DEL QUINDIO.

Con dicho dictamen quedó clara la definición del dolor abdominal agudo, así como los signos de irritación peritoneal, estableciendo que la atención de la profesional en salud GAITAN BUITRAGO, adscrita a la CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO, fue adecuada, pues se solicitaron ayudas diagnósticas como Urotac y valoración por urología, sin que exista error en el diagnóstico.

Se aclara además, de que el suministro de dipirona solo se realizó el día 26 de febrero de 2017, primera atención que se brindó para el control de dolor por la existencia de hematuria en el sitio de remisión, es decir, en la RED DE SALUD ARMENIA E.S.E.

Adicionalmente, se explicó que para las atenciones del 26 y 28 de febrero de 2017, la paciente no presentaba síntomas de obstrucción intestinal, ni de abdomen agudo quirúrgico, por lo que dichas situaciones no podían ser detectadas en tales fechas, siendo que cuando se realizó el procedimiento quirúrgico en el que se encontró la apendicitis perforada con peritonitis, se adelantó conforme a la lex artis.

Conforme a lo anterior, el dictamen en comento permite absolver de responsabilidad a las demandadas y desestimar el presentado por la parte actora.

- **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales, expedida por Allianz Seguros S.A.:**

Siendo que con la demanda la parte actora ha pretendido la declaratoria de responsabilidad a nuestro asegurado, esto es, la CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., misma que ha llamado en garantía a mi representada para que en caso de condena se afecte la póliza en cita, debe decirse que al no haberse realizado la reclamación dentro de la temporalidad contratada en el seguro, se ha configurado una falta de cobertura temporal dada la modalidad “claims made”, además de no encontrarse probada la responsabilidad del asegurado

Así las cosas, resulta probado que se ha pactado que la póliza citada opere bajo la modalidad de cobertura “claims made”, lo que significa que los hechos que revistan responsabilidad deben ser reclamados dentro de la vigencia del contrato de seguro, siendo que la vigencia de la póliza en el caso concreto se enmarca entre el día 20/05/2016 y el día 19/05/2027.

Ahora, no se puede pasar por alto que la primera reclamación se surtió el día 11 de diciembre de 2018, con ocasión de la de audiencia de conciliación prejudicial, por lo que en consecuencia y por ser el reclamo posterior al vencimiento de la vigencia, el contrato de seguro no presta cobertura temporal, aun si la reclamación se entiende surtida con la fecha de radicación de la solicitud de conciliación, esto es, el 12 de octubre de 2018.

En consecuencia, para que operara la cobertura de la póliza, debió acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de la reseñada póliza, lo que no sucedió y por tanto, esta garantía no debe afectarse.

Para aclarar en lo que concierne a la reclamación, la misma hace referencia a cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa imputable al asegurado. En este sentido, de la revisión del material documental aportado con la demanda, se observa que la presentación de la solicitud de conciliación, hecho que constituye la primera reclamación, se dio el 12 de octubre de 2018, esto es, por fuera del periodo de vigencia del contrato de seguro.

Con base en lo anterior, no se efectuó la comunicación o requerimiento al asegurado o aseguradora de petición de resarcimiento en la vigencia del contrato. Atendiendo lo previsto legal

y contractualmente, solamente se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas al asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza y como se indicó, esta situación no se presentó con el contrato objeto del llamamiento en garantía. Entonces, de acuerdo con la modalidad de cobertura explicada, debe necesariamente concluirse por el Juzgado que dicha póliza no tendría cobertura temporal, debido a que la reclamación a la entidad asegurada se presentó por fuera de la vigencia pactada en el contrato de seguro.

#### **IV. DE LAS PRUEBAS TESTIMONIALES DECRETADAS, PRACTICADAS Y LO DEMOSTRADO.**

En el curso del proceso, las partes y las llamadas en garantía en ejercicio de su rol solicitaron al despacho una serie de testimonios con la intención de respaldar y probar tanto su imputación, como su defensa. Así, en audiencia de pruebas se practicaron los testimonios de los señores Leonel Castro Tolosa; Tulio Cesar Varón; Diana Janeth Orozco; María Carreño de Quiguanas; Kevin Felipe Gallego Quiguanas; Brayan Andrés Gallego Quiguanas; Yeraldine Alejandra Gallego Quiguanas; Marcela Ofir Quiguanas; Miguel Esteban Wandurraga López; Sandra Patricia Barco; María Helena Gaitán y Samuel Antonio Grisales Londoño.

En ese orden de ideas, y de las declaraciones de los prenombrados en defensa de nuestros intereses tenemos:

- **LEONEL CASTRO TOLOSA. Testigo Demandante.**

De esta prueba debe resaltarse que no cumplió con su objeto, el cual era declarar sobre aspectos relacionados con la estrecha unión familiar, solidaridad y ayuda mutua entre cada uno de los miembros de la familia de la señora LISNEDI QUIGUANAS, pues sus manifestaciones no fueron precisas, tanto que no recordó al momento de rendir testimonio el nombre de los hijos de la señora QUIGUANAS, así como tampoco acreditó las labores que pudo desempeñar la misma y que le generaran algún tipo de ingreso, por ello debe desestimarse este medio de convicción en detrimento de los intereses del demandante.

- **TULIO CESAR VARÓN y DIANA JANETH OROZCO: Testigos Demandante.**

Se tiene que los declarantes tuvieron el mismo objeto que el anterior, y pese a que manifestaron conocer de la relación afectiva de la señora LISNEDI, con su círculo familiar, así como los presuntos oficios que esta desempeñaba, no se puede perder de vista que los testigos ostentaron una relación de afinidad con la señora QUIGUANAS, pues dejaron claro que eran sus cuñados, lo que de contera limita su credibilidad.

- **MARÍA CARREÑO DE QUIGUANAS: Interrogatorio solicitado por Clínica Central del Quindío S.A.S. – Conjunta.**

Se extrae que la testigo es la madre de la señora LISNEDI (Q.E.P.D.), quien no fue precisa en sus respuestas, no recuerda la E.P.S., de afiliación de su hija, como tampoco de los oficios que esta pudiera ejercer. A su vez no fue clara en cuanto a la aclaración de hechos relevantes en el proceso, por lo que resulta ser una prueba inútil.

- **KEVIN FELIPE GALLEGO QUIGUANAS: Interrogatorio solicitado como prueba conjunta.**

Manifestó ser hijo de la señora LISNEDI (Q.E.P.D.), expreso haber llevado a su madre al hospital del sur, sin precisar fecha alguna. Mencionó que su madre se encontraba afiliada a Capreecom con dudas, y aunque expuso que su madre trabajaba en servicios domésticos, no especificó sus

ingresos, ni el lugar donde los desempeñaba. Desconoce antecedentes patológicos de su madre, tampoco conocía de medicación que pudiese consumir. Así las cosas, no se lograron probar los hechos con los que la demandante sustenta el medio de control.

- **BRAYAN ANDRÉS GALLEGO QUIGUANAS: Interrogatorio solicitado como prueba conjunta.**

Manifestó ser hijo de la señora LISNEDI (Q.E.P.D.), aunque expresó que su madre trabajaba en oficios varios, no especificó el lugar donde los ejercía, ni el monto percibido por tal actividad, más bien su declaración fue bastante corta y no permite soportar los hechos de la demanda.

- **YERALDINE ALEJANDRA GALLEGO QUIGUANAS: Interrogatorio solicitado como prueba conjunta.**

Expresó ser hija de la señora LISNEDI (Q.E.P.D.), manifestó que su madre trabajaba en oficios varios, pero no especificó la suma percibida. A su vez, no fue precisa en exponer la fecha aproximada en que su madre pudo sentir síntomas relacionados con las afectaciones que sustentan sufrió con los hechos de la demanda. Su declaración fue corta, sin que pudiese ratificar los hechos del medio de control.

- **MARCELA OFIR QUIGUANAS: Interrogatorio solicitado como prueba conjunta.**

Expresó ser hermana de la señora LISNEDI (Q.E.P.D.), así como haberla visitado durante su permanencia en clínica. Recuerda a su hermana como una persona sana, sin tener conocimiento de que sufriera de colon irritable. Mencionó que los gastos fúnebres los sufragó la señora Karina, quien no ostenta calidad de demandante en este juicio.

- **MIGUEL ESTEBAN WANDURRAGA LÓPEZ: Testimonio Red de Salud E.S.E.**

Manifestó haber atendido a la señora LISNEDI, el día 26 de febrero de 2017, que acudió por cólico, con antecedentes de colon irritable, con signos vitales normales, sin signos de irritación peritoneal, con manejo analgésico con tentativa de salida al mediodía, sin más atención de su parte. Relacionó la sintomatología de la entonces paciente, sin que en la valoración se detectara abdomen agudo, ni se consideró en la atención inicial remitir a nivel mayor. Expresó que no ordenó exámenes paraclínicos, pues no era necesario para el colon irritable.

Describió los síntomas del colon irritable, como lo son diarrea o estreñimiento, lo cual la paciente había presentado anteriormente manifestaciones clínicas similares. Cuando presenta dolor se maneja con analgésicos.

En dicho sentido, se acreditó que a la señora LISNEDI, se le garantizó una atención, tratamiento y disponibilidad humana y de infraestructura, para diagnosticarla y tratarlo, evidenciándose contrario a lo demandado, que en efecto para la primera consulta se actuó en debida forma, por lo cual no puede alegarse una falla del servicio médico y menos por un error de diagnóstico.

- **MARÍA HELENA GAITÁN BUITRAGO: Llamada en garantía.**

Expresó que su atención a la señora LISNEDI, correspondió al día de su ingreso, reslatando que la paciente sufría de obesidad, sin signos de irritación peritoneal pese a su dolor abdominal, con signos vitales estables, sin fiebre, y se solicitaron laboratorios con hemograma de leucocitosis inespecífico, con examen de orina con cruces de sangre que inferían situaciones como cálculos, por eso se solicitó Urotac.

Manifestó que cuando el paciente llega con dolor abdominal se debe determinar la causa para saber si es quirúrgico, pues existen múltiples causas de dolor, y las valoraciones de la señora LISNEDI, no tenía síntomas de abdomen quirúrgico. Especificó que la paciente era difícil de valorar por la acumulación de grasa en su abdomen, pero no tenía manifestación clínica de abdomen quirúrgico. Los exámenes arrojaron una hematuria que podría ser la causa del dolor.

Dejó claro que operar sin indicación podía dejar consecuencias graves, como perforaciones intestinales, indebida cicatrización, sangrados, y varios que no eran de resorte de la paciente, pues no tenía signos de inflamación peritoneal, sin embargo se mantuvo en observación, ordenó Urotac, pudo mirar la imagen quedando pendiente la lectura del radiólogo. No hubo error diagnóstico para los días 26 y 28 de febrero de 2017, pues aún se estaba en la búsqueda del mismo, la paciente nunca dejó de recibir atención médica desde que ingresó. La causa del fallecimiento de la señora LISNEDI, fue una sepsis pulmonar.

En dicho sentido, se acreditó que a la señora LISNEDI, se le garantizó una atención, tratamiento y disponibilidad humana y de infraestructura, para diagnosticarla y tratarlo, evidenciándose contrario a lo demandado, que en efecto para la primera consulta se actuó en debida forma, por lo cual no puede pregonarse una falla del servicio médico y menos por un error de diagnóstico, máxime cuando la causa de su deceso no se encuentra ligada al procedimiento llevado a cabo para la peritonitis.

- **SANDRA PATRICIA BARCO ALZATE: Testimonio de María Helena Gaitán.**

Manifestó haber atendido a la señora LISNEDI, en la Clínica Central del Quindío, en el mes de marzo de 2017, por un dolor abdominal que la paciente padecía hace varios días, con diagnóstico de coleditiasis, con signos de obstrucción intestinal, nunca presentó signos de irritación peritoneal que es un signo de un abdomen quirúrgico. No hubo pérdida de oportunidad, la paciente siempre fue valorada.

La analgesia no enmascara la irritación peritoneal, y a la paciente se le podía suministrar analgesia. La atención médica recibida por la paciente fue adecuada para un paciente obeso, y se ordenaron los exámenes diagnósticos. Dejó claro que una hospitalización prolongada puede conllevar a infecciones.

En dicho sentido, se acreditó que a la señora LISNEDI, se le garantizó una atención, tratamiento y disponibilidad humana y de infraestructura, para diagnosticarla y tratarlo, evidenciándose contrario a lo demandado, que en efecto para la primera consulta se actuó en debida forma, por lo cual no puede pregonarse una falla del servicio médico y menos por un error de diagnóstico, máxime cuando la causa de su deceso no se encuentra ligada al procedimiento llevado a cabo para la peritonitis.

- **SAMUEL ANTONIO GRISALES LONDOÑO: Testimonio de María Helena Gaitán.**

Manifestó haber brindado atención a la señora LISNEDI, en la Clínica Central del Quindío, en los días 20 y 27 de marzo de 2017, en atención por ronda hospitalaria, precisando que para el día 10 de abril de 2017, la paciente continúa hospitalizada con razón a procedimiento de laparostomía. Precisa que desde el ingreso a la señora LISNEDI, se le ordenó la toma de exámenes de laboratorio y complementarios, siendo derivada a consulta por urología, aseverando que la paciente tenía una obesidad importante que hacía difícil dar con los diagnósticos.

Así las cosas, dejó claro que con la obesidad de la paciente que hacía difícil el diagnóstico, se debió acudir a los exámenes complementarios que arrojaron una hematuria, la cual no tiene manejo quirúrgico. Adiciona que el proceso de apendicitis de la señora LISNEDI, se había

localizado en la pelvis, que no es algo usual, y ocasionó en la obstrucción intestinal. Por eso no da lo síntomas típicos de la apendicitis y en los pacientes obesos es aún más difícil comprobarlo. Se puede decir que se trataba de una apendicitis atípica.

Expuso que al momento de realizar la intervención quirúrgica se resolvió el cuadro de apendicitis con peritonitis, pero por sus condiciones como la obesidad y el proceso de obstrucción intestinal, no fue posible cerrar por completo la cavidad abdominal (laparostomía). Lo que se buscaba era disminuir el proceso de inflamación y cerrar la cavidad, aclarando que el reingreso a la UCI correspondió a un deterioro del proceso pulmonar, mas no a la infección abdominal. Agregó que las decisiones que se tomaron por todos los médicos de la Clínica Central del Quindío fueron las adecuadas.

En dicho sentido, se acreditó que a la señora LISNEDI, se le garantizó una atención, tratamiento y disponibilidad humana y de infraestructura, para diagnosticarla y tratarlo, evidenciándose contrario a lo demandado, que en efecto para la primera consulta se actuó en debida forma, por lo cual no puede pregonarse una falla del servicio médico y menos por un error de diagnóstico, máxime cuando la causa de su deceso no se encuentra ligada al procedimiento llevado a cabo para la peritonitis.

## **V. ALEGATOS FRENTE A LA DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD SOLICITADA POR LA DEMANDANTE.**

### **.- EL EXTREMO ACTOR NO LOGRÓ DEMOSTRAR EL DAÑO ANTIJURÍDICO QUE DICE HABER SUFRIDO.**

Tenemos que la demandante adujo en el escrito genitorio que ha sufrido una serie de perjuicios causados desde la primera atención que recibió la señora LISNEDI (Q.E.P.D.), en la RED SALUD E.S.E., HOSPITAL DEL SUR., cuando ingresó por presentar dolor, distensión abdominal y taquicardia, y hasta el día 27 de abril de 2017, cuando falleció en la CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., como consecuencia de una serie de procedimientos médicos errados, esto a causa de una falla en el servicio por parte de las pasivas denominada como error de diagnóstico, lo que conlleva a que los demandantes sufran una serie de perjuicios que buscan sean resarcidos..

Contrario a lo pretendido por la actora, ha quedado demostrado con las pruebas testimoniales así como de las documentales obrantes en el plenario, y de la pericial del doctor JULIAN MORALES ECHEVERRY, que la atención médica brindada por el extremo que conforma la pasiva, se ajustó a los estándares médicos, las guías y protocolos adecuados durante la internación de la paciente en estas instituciones, así como su diagnóstico y tratamiento.

Prueba de ello es que en la primera consulta la paciente pese a la gravedad de sus patologías se estabilizó, por lo que se utilizaron todos los medios clínicos, profesionales, diagnósticos y de análisis para procurar conjurar su estado de salud, revisando y analizando de manera holística a la paciente para determinar una conducta adecuada y apropiada a seguir, siendo diáfana la atención, caracterizada por ser oportuna, diligente y perita según la lex artis; no obstante, los lamentables padecimientos y quebrantos de salud de la señora LISNEDI, tuvieron causa a una sepsis pulmonar, que pese a ser tratada terminó con la vida de la señora LISNEDI.

En consecuencia, de conformidad con las normas legales pertinentes, congruentemente con el principio cardinal del derecho “actori incumbit probatio” y con el respaldo de consolidada jurisprudencia del Consejo de Estado sobre el particular, la carga que tenía la parte demandante para acreditar los tres elementos configurativos de la responsabilidad patrimonial del Estado no

fue cumplida, por imposibilidad para hacerlo, lo cual trae como consecuencia que el fallador tenga que rechazar las pretensiones de la demanda y proceder a absolver a mi poderdante y a su asegurada.

En suma, de los hechos relatados, de la valoración de las historias clínicas de la paciente y de los varios testimonios especializados de los médicos que declararon dentro del proceso, así como de un exhaustivo análisis normativo en el que los supuestos de hecho se pretenden soportar, es claro que no se ajustan a una consecuencia jurídica en contra de las llamadas a juicio. Todo ello entendido bajo el prisma del desarrollo conceptual signado por el desarrollo jurisprudencial efectuado por el Consejo de Estado. Por todo lo anterior, es dable concluir que los elementos de la responsabilidad del Estado no han existido en este proceso, por lo cual tampoco surge una obligación indemnizatoria radicada en cabeza de mi poderdante.

Claramente para nuestro caso, se ha demostrado ampliamente que el extremo pasivo brindó de manera indiscutible todo lo necesario en cuanto a procedimientos, tratamiento, seguimiento, personal, información, exámenes, diagnósticos y calidad para propender por la conservación de la salud del paciente, quien lamentablemente fallece sin causa imputable a las hoy demandadas y vinculadas.

En consecuencia, al no demostrarse las circunstancias de tiempo, modo y lugar que le den sustento a las afirmaciones realizadas en la demanda y de conformidad con la regla “onus probando incumbit actori” le correspondía a la parte actora, en los términos señalados en el art. 167 del C.G.P., probar los hechos de los cuales alega las consecuencias patrimoniales solicitadas a su favor y en contra de la entidad clínica demandada, carga probatoria que no se cumplió en el plenario por la parte demandante, ostentando el deber de comprobar los fundamentos fácticos de la acción para endilgar la presunta responsabilidad a las llamadas a juicio.

## CAPÍTULO II

### **I. LOS MEDIOS EXCEPTIVOS PROPUESTOS FRENTE A LA DEMANDA.**

#### **- ESTÁ PROBADA LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD ATRIBUIDA A LA CLÍNICA DEL QUINDÍO S.A.S., POR FALTA DE ACREDITACIÓN PROBATORIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD:**

Obedeciendo a los títulos de imputación vigentes y utilizados por la jurisdicción contencioso administrativa, al presente caso debe impartírsele el régimen general de falla probada del servicio, lo cual, al tratarse de un régimen subjetivo de responsabilidad, impone a la parte demandante el deber de probar los supuestos de hecho que sirven de sustento a sus pretensiones.

El apoderado actor debe probar los elementos estructurales de la responsabilidad, que como se anticipó en el acápite anterior, en materia administrativa son el daño y la imputación. Estos dos elementos estructurales nunca se presumen y deben estar debidamente acreditados por la parte actora. La demanda no es clara en identificar el daño, y mucho menos, la causa eficiente del mismo. En varias ocasiones la parte actora cuestiona diversas actuaciones, sin identificar cuál fue la que generó el daño pretendido, y esa situación se da precisamente porque tampoco identificó el daño. Para dar claridad y con la intención de poder abarcar todas las hipótesis de responsabilidad planteadas por la parte actora, se divide esta excepción en dos supuestos, demostrando que bajo ninguno se puede atribuir responsabilidad a la parte actora:

- *Muerte por una indebida prestación del servicio médico atribuible a la Clínica Central del Quindío S.A.S.*

No puede atribuirse al hospital demandado el daño pleno de la muerte de la señora Lisnedi QUIGUANAS, pues está suficientemente acreditado que esta entidad no contribuyó de ninguna manera en la causación del daño. Si se partiera del supuesto de que el daño reclamado es la muerte, se acredita inmediatamente la falta de legitimación en la causa por pasiva del hospital demandado y la conducta generadora de daño proveniente de un tercero, pues está acreditado que esta situación obedeció a una enfermedad de base que tenía la paciente y provenía de la atención brindada por otra IPS.

- *Pérdida de oportunidad de sobrevivir de la Lisnedi Quiguanas derivada de una indebida prestación del servicio médico por parte de la Clínica Central del Quindío*

Se hace esta precisión porque el daño, como elemento axiológico de la responsabilidad civil, es el primer parámetro que tiene el Juez para concluir en la necesidad de realizar el juicio causal, es decir, de no probarse la concreción del daño, es inocuo estudiar la imputación. Entonces, de analizarse el daño a partir de una pérdida de oportunidad, el esfuerzo probatorio debe ser diferente para poder acreditar la existencia del mismo.

Si el daño se fundara en la pérdida de oportunidad de obtener un provecho o evitar un perjuicio, debe indicarse que jurisprudencialmente se ha ido consolidando la aplicación de esta figura como un daño autónomo. A efectos de dar un poco de claridad, deber tenerse en cuenta que la pérdida de oportunidad, concebida como daño autónomo, debe separarse del evento final que concretó el perjuicio padecido. Se cita parte del trabajo efectuado por el profesor Luis Felipe Giraldo, tesis acogida por el Consejo de Estado y de aplicación actual:

*“Cuando este tipo de evento se presenta, el daño está representado en la pérdida de la posibilidad u oportunidad misma, y no en la frustración de la ventaja o beneficio esperado, o en la reparación del sufrimiento finalmente acaecido; en otras palabras, esa oportunidad con la que contaba el sujeto para obtener una ventaja o evitar un perjuicio constituye el objeto sobre el cual recae la acción nociva del tercero, de ahí que al haber sido borrada esa facultad del patrimonio de la víctima la indemnización deberá girar en torno a esa oportunidad perdida y dejar de lado la situación que finalmente pudo haberse presentado.”<sup>2</sup>*

Según las circunstancias fácticas descritas en los hechos de la demanda y según lo pretendido, se podría pensar que la pérdida de oportunidad se materializa en la posibilidad de obtener un beneficio, que constituye la mejoría en la salud; o de evitar un perjuicio, que se consolidó con el lamentable fallecimiento. Si se tuviera en cuenta esta tesis y el proceso se dirigiera en probar o desestimar la misma, debe indicarse que el daño es inexistente porque nunca se probó técnicamente la existencia de la posibilidad pérdida. No existe certeza con respecto a una supuesta posibilidad pérdida derivada del hecho de no haber realizado lo que a juicio de la parte demandante se debió haber realizado oportunamente. Es decir, en ningún momento se probó que de haberse hecho lo que era correcto para la parte actora en la oportunidad que a su juicio debió hacerse, se hubiera podido evitar el perjuicio padecido, la muerte, por tanto, ante la inexistencia de certeza respecto a la oportunidad que supuestamente se perdió, no se estructura el daño por adolecer de la certeza como elemento estructural.

Por otro lado, si se analizara el inexistente daño desde el fundamento del deber de reparar, de igual manera el mismo estaría improbadado por no ser antijurídico. Teniendo en cuenta la situación previa que presentaba el paciente al momento de requerir de la atención por parte de la Clínica Central del Quindío S.A.S., existe una seria dificultad en probar las oportunidades que se tenían para contrarrestar los efectos nocivos del proceso causal, máxime si se tiene en cuenta que está

---

<sup>2</sup> La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil – Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica – 2da edición – Luis Felipe Giraldo Gómez – Universidad Externado de Colombia

debidamente acreditado que el personal médico contó con los elementos técnicos, científicos y de personal requeridos para la prestación del servicio médico. Al respecto ha precisado el Consejo de Estado:

*“En todo caso, debe anotarse que el comportamiento del médico y de la institución prestadora del servicio de salud, sólo pueden ser juzgados teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos y las circunstancias específicas de cada enfermedad y de cada paciente en particular, de allí que no es dable exigir a ningún médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la sociedad, el don de la infalibilidad, pues de lo contrario, todas las complicaciones posibles que surjan dentro del vínculo médico-paciente serían imputables a los profesionales de la salud, lo cual es absurdo. Lo que se juzga no es en realidad un resultado inadecuado, sino, si ese resultado es consecuencia de un acto negligente o descuidado que no se ciñó a las reglas o postulados de la profesión, teniendo en cuenta que, claro está, las circunstancias específicas de cada caso particular.”<sup>3</sup>*

En este caso no se ha probado que el daño sea consecuencia de una conducta negligente de la entidad prestadora del servicio de salud. La situación médica particular para el caso llevó a establecer los diagnósticos que se realizaron en las diferentes atenciones, lo cual impide que se estructure un daño que desde el fundamento del deber de reparar, hace que el mismo sea antijurídico. Además de lo anterior, tampoco está probado que se hubiera negado la atención o la remisión de la paciente, y en todo caso, tampoco está probado que si así hubiera ocurrido, se hubiera garantizado la posibilidad de sobrevivir.

Si se tratara el caso como en la determinación de un daño por pérdida de oportunidad, debe tenerse en cuenta que la jurisprudencia ha establecido ciertos requisitos estructurales, a saber:

*(i) Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio, lo cual significa que esta modalidad de daño da lugar a un resarcimiento a pesar de que el bien lesionado no tiene la entidad de un derecho subjetivo —pues se trata de un mero interés legítimo, de la frustración de una expectativa, sin que ello suponga que se trata de un daño puramente eventual—, siempre y cuando se acredite inequívocamente la existencia de “una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente” de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondientes;*

*(ii) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento, vale decir, la probabilidad de obtener la ventaja debe haberse convertido en inexistente, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en indebida; lo expuesto se antoja lógico en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el “chance” aún no estaría perdido y nada habría por indemnizar; por tanto, si bien se mantiene la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir la ganancia o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido definitivamente del patrimonio —material o inmaterial— del individuo porque dichos resultados ya no podrán ser alcanzados jamás. Tal circunstancia es la que permite diferenciar la ‘pérdida de oportunidad’ del ‘lucro cesante’ como*

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera. (16 de julio de 2008) Expediente 16.775. [C.P. Myriam Guerrero de Escobar].

*rubros diversos del daño, pues mientras que la primera constituye una pérdida de ganancia probable —dado que, según se ha visto, por su virtud habrán de indemnizarse las expectativas legítimas y fundadas de obtener unos beneficios o de evitar una pérdida que por razón del hecho dañoso nunca se sabrá si habrían de conseguirse, o no—, el segundo implica una pérdida de ganancia cierta —se dejan de percibir unos ingresos que ya se tenía—;*

*(iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado realmente se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho por el cual propugnaba, posición jurídica que “no existe cuando quien se pretende damnificado, no llegó a emplazarse en la situación idónea para hacer la ganancia o evitar la pérdida.”<sup>4</sup>*

Partiendo de la concreción total de estos requisitos, no se cumple para este caso con el primero y el tercero. No se probó la existencia de la posibilidad que supuestamente se perdió, por lo que no se cumple con el requisito de certeza para estructurar el daño. Es una total incertidumbre determinar concretamente si haberse prestado la atención en los términos inferidos subjetivamente por el apoderado actor, hubiera incidido de manera diferente en el resultado, por lo tanto, se trata de un daño puramente eventual.

Si bien está acreditado que el juicio de la responsabilidad no debería prosperar desde el análisis del daño antijurídico, en el eventual caso de requerir estudiar la imputación, de igual manera la pretensión declarativa debe ser negada. No existe prueba de una falla en la prestación del servicio médico atribuible a la Clínica Central del Quindío S.A.S., lo cual traduce una ausencia causal y por tanto la inexistencia de estructuración de la imputación. En cuanto a lo que causalidad se refiere, la parte actora no es clara en atribuir la causa eficiente del daño al Hospital demandado.

Como se adelantó en párrafos anteriores, la prueba de esa causa eficiente y determinante en la producción del resultado dañoso le corresponde acreditar a la parte demandante, y el trabajo argumentativo realizado en la demanda ha suprimido esa carga al pretender presumir la causalidad.

La responsabilidad se atribuye porque supuestamente hubo un error en el diagnóstico y un indebido tratamiento a la paciente. Sin embargo, omite la parte demandante indicar el estado de presenidad de la paciente, correspondiente a una condición de sobrepeso. Tal situación, puede “retardar el diagnóstico de algunas entidades debido a que la obesidad o el sobrepeso pueden limitar la información que se obtiene del examen físico o de algunos exámenes diagnósticos por imágenes”.<sup>5</sup>

Igualmente, según lo constatado en las pruebas documentales, obra el consentimiento informado en el que se solicitó la autorización a la paciente para la realización de los diferentes actos médicos, se explicaron los riesgos y se advirtió la posibilidad de ocurrencia de los mismos. Con estas actuaciones, se trasladó el riesgo a la paciente ante la ocurrencia de cualquier evento adverso inherente a la ejecución de cualquier acto médico, y el desafortunado estado clínico obedecía a la condición propia de la paciente.

Según lo relatado por la parte actora, la causa del lamentable fallecimiento de la señora Lisnedi QUIGUANAS fue una pulmonía multipolar, por lo que se deberá probar si esa causa está

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. (31 de mayo de 2016) Expediente 38.267 [C.P. Danilo Rojas Betancourth].

<sup>5</sup> [https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2017/2\\_mayo/col/dolor\\_esp.pdf](https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2017/2_mayo/col/dolor_esp.pdf)

asociada al motivo de consulta de la paciente (teniendo en cuenta que en la historia clínica se reportó que el shock séptico de origen abdominal se había resuelto) y a la causalidad que pueda haber entre las inexistentes fallas atribuidas a lo largo de la demanda y ese daño pretendido. La manifestación de un supuesto pronóstico errado no obedece a un hecho sino a una manifestación subjetiva de la parte demandante, por lo que deberá descartarse.

Una vez acreditado que no existe causalidad material, menos puede concluirse que existe causalidad jurídica, pues atendiendo al régimen de imputación de falla probada del servicio, no hay prueba en el proceso del incumplimiento obligacional de la Clínica, ni mucho menos, que ese incumplimiento haya ocasionado un daño en la parte demandante. Al no configurarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, no hay fundamento para declarar la misma y condenar a la sociedad que represento a una condena por esta razón.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**.- ESTÁ PROBADO EL CUMPLIMIENTO A TODOS LOS REGLAMENTOS, LEX ARTIS Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL EN FORMA OPORTUNA, PERITA Y DILIGENTE:**

Tal como lo refiere la historia clínica aportada al proceso, no se puede extraer de allí ninguna conducta activa u omisiva que haya generado un daño. Debe enunciarse como primer punto que la intervención médica en esta entidad se realizó en varias oportunidades, siempre atendiendo el cuadro sintomatológico que presentaba la paciente cuando requería de algún acto médico.

En todas las atenciones que recibió el paciente se realizó un diagnóstico que atendía al cuadro clínico que presentaba, se manejó con un plan farmacológico, imágenes diagnósticas, valoración por especialistas, atención en urgencias y UCI, exámenes diagnósticos y todas las medidas necesarias y suficientes para mejorar la salud del paciente.

No existe criterio técnico para debatir la posición subjetiva de la parte demandante. Contrario a lo sostenido por la parte actora, la Clínica Central del Quindío demostró dar estricto cumplimiento a los postulados que exigen la ciencia médica. Las actuaciones médicas se ciñeron a los protocolos y guías para el manejo de estas patologías dispuestos por el Ministerio de Salud. Como se puede extraer el servicio se prestó en adecuados términos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción, por lo tanto, se concluye un cumplimiento a las guías y a los protocolos, así como a la *lex artis*.

**.- ESTÁ PROBADO EL HECHO EXCLUSIVO Y DETERMINANTE DE UN TERCERO:**

Si eventualmente el Despacho considera que sí se estructuró un daño sobre el cual proceda una indemnización, necesariamente debe concluir que es atribuible a un sujeto diferente a la Clínica Central del Quindío S.A.S. Ya se ha hablado sobre los problemas de interpretación para identificar la causa eficiente del daño, no obstante, en cualquier escenario queda totalmente claro que de configurarse una causa, esta no es atribuible a esta entidad.

Como se menciona en las historias clínicas y es ampliamente aceptado por la parte actora, la causa eficiente del daño se desencadena del trabajo inicial realizado en otra institución. Si desde esa perspectiva causal se partiera para atribuir un daño, es totalmente claro que el juicio no puede realizarse respecto a la Clínica Central del Quindío y será evidentemente necesario declarar la intervención autónoma y exclusiva de un tercero en la materialización del daño.

Ruego declarar probado el medio de excepción.

**.- ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA:**

Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**.- GENÉRICA O INNOMINADA:**

Solicito al honorable Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de la demandada o de mí procurada y que pueda configurar otra causal que las exima de toda obligación indemnizatoria, incluida la de caducidad y prescripción.

**CAPÍTULO III**

**I. DE LAS EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S.**

**- ESTÁ PROBADA LA AUSENCIA DE COBERTURA Y CONSECUENTEMENTE LA INEXIGIBILIDAD DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DADA LA MODALIDAD TEMPORAL (CLAIMS MADE) SUSCRITA EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021932799/0:**

La modalidad de seguro Claims Made fue introducida a nuestro ordenamiento jurídico por medio del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, en virtud del cual se permitió la expedición de pólizas cuya cobertura estuviere determinada por la fecha de la reclamación del beneficiario del seguro:

***ARTICULO 4o.** En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.*

*Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años.*

Sobre la reseñada modalidad de seguro, la Corte Suprema de Justicia ha precisado:

*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.<sup>6</sup>*

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 18 de julio de 2017. Radicación n° 76001-31-03-001-2001-00192-01. M.P. AROLDI WILSON QUIROZ MONSALVO

Se colige que para que opere la cobertura de un seguro que se pactó bajo la modalidad “*claims made*” o “*de reclamación*”, deben cumplirse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, los siguientes requisitos: (i) que los eventos que dieron origen al proceso se encuentren dentro de la vigencia o del período de retroactividad de la póliza y (ii) que dichos eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. Esta doble exigencia consagrada en la ley 389 de 1997 (siniestro y reclamación dentro del término específico) deberá agotarse en todos los casos para el nacimiento de la obligación resarcitoria del asegurador.

En el caso que nos ocupa se tiene que el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021932799/0 concertado entre la Clínica Central del Quindío S.A.S. y mi representada, fue pactado bajo modalidad “Claims Made”. En consecuencia, para que opere la cobertura de la póliza mencionada, **debe acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de la reseñada póliza.**

Por lo anterior, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021932799/0 **no debe afectarse, toda vez que la primera reclamación que se formuló no se realizó** dentro del periodo de vigencia convenido.

En cuanto a la reclamación, la misma hace referencia a cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa imputable al asegurado. En este sentido, de la revisión del material documental aportado con la demanda, se observa que la audiencia de conciliación extrajudicial en la que se reclama al asegurado fue el 11 de diciembre de 2018.

La vigencia pactada en la Póliza es la siguiente:

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Póliza y duración:</b> | <b>Póliza nº: 021932799 / 0 Suplemento N°: 0</b><br><b>Duración: Desde las 00:00 horas del 20/05/2016 hasta las 24:00 horas del 19/05/2017.</b> |
|---------------------------|---|

**Importes expresados en PESO COLOMBIANO.**

Con base en lo anterior, no se efectuó la comunicación o requerimiento al asegurado o aseguradora de petición de resarcimiento en la vigencia del contrato. Atendiendo lo previsto legalmente y pactado contractualmente, solamente se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas al asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza, y como se indicó, esta situación no se presentó con el contrato objeto del llamamiento en garantía.

Entonces, de acuerdo a la modalidad de cobertura explicada, debe necesariamente concluirse por el Juzgado que dicha póliza no tendría cobertura en el caso debido a que la reclamación a la entidad asegurada se presentó por fuera de la vigencia pactada en los contratos de seguro.

Por este motivo, solicito al Despacho declarar esta excepción.

**.- ESTÁ PROBADA LA INEXISTENCIA DE AMPARO Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA EN TANTO NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO PREVISTO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021932799/0:**

De acuerdo con las precisiones realizadas en los acápites anteriores, la responsabilidad que

pretendió predicar la parte demandante hacia la Clínica Central del Quindío S.A.S. es inexistente. Al no configurarse los presupuestos de responsabilidad, no se realizó el riesgo asegurado y por consiguiente hay una inexistencia de cobertura. Con el material probatorio que obra en el expediente quedó acreditado el alcance de la cobertura que ostenta el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021932799/0, lo que quiere decir que dicha cobertura se extiende con sujeción a las condiciones pactadas en las mismas. Esto significa que mi mandante solo está obligada a responder por el siniestro expresamente estipulado en la póliza, y no puede comprometerse al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados.

Se reitera, no se acreditaron los elementos estructurales de la responsabilidad atribuida por una ausencia de causa y la configuración de uno o más eximentes de responsabilidad, lo que alteró la imputación e impidió que se configurara una responsabilidad, es decir, no se cumplió la condición de la que pende el nacimiento de la obligación indemnizatoria a cargo aseguradora y en esa medida, la póliza objeto de convocatoria de ninguna manera debe ser afectada.

Si está debidamente acreditada la alteración causal como eximente de responsabilidad, tal situación no configura la ocurrencia del siniestro y por tanto es un riesgo que no ha sido trasladada a mi representada en virtud del contrato de seguros suscrito. El objeto del seguro, según lo concertado en la póliza, es amparar los perjuicios causados a terceros con motivo de la responsabilidad civil en que incurra la Clínica Central del Quindío S.A.S., y como en este caso la responsabilidad de dicha entidad no se configuró, resulta imposible la afectación del contrato de seguro. Es preciso indicar que la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, frente a los hechos que se prueben en el proceso, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según lo pactado y no a cualquier riesgo no asumido o excluido de amparo.

Por lo tanto, la improbable obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal. Esto significa que la responsabilidad del asegurador se podría predicar sólo cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada, en esa hipótesis, ha de sujetarse a la convenido en las pólizas y está limitada contractualmente a la suma asegurada, sin perjuicio del deducible, que es la porción que de cualquier siniestro le corresponde asumir a la entidad asegurada, y sin detrimento de la aplicación de las causales de exoneración o exclusión pactadas en el seguro.

En gracia de discusión se aclara que no está comprometida la responsabilidad de la Clínica Central del Quindío S.A.S. como quiera que no obra en el plenario ningún elemento probatorio que permita realizar una atribución jurídica del daño que se pretender resarcir. En este orden de cosas, resulta diáfano para este extremo procesal que en el sub iudice no se ha demostrado la ocurrencia del riesgo asegurado, conforme al régimen del contrato de seguro, es decir no se ha comprobado la ocurrencia del siniestro según el artículo 1072 del Código de Comercio, en armonía con el 1054 del mismo estatuto.

#### **.- FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE ALLIANZ SEGUROS S.A., RESPECTO DE LA PÓLIZA No. 021932799/0:**

Se invoca el medio de excepción habida cuenta que frente al llamamiento en garantía formulado por la CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., mi representada carece de legitimación en la causa por pasiva, esto con motivo a que de las condiciones del contrato de seguro contenido en la Póliza de Responsabilidad Civil Derivado de Cumplimiento No. 021932799/0, se ha configurado

una falta de cobertura temporal, lo que refulge que entre tal entidad y mi representada no existe relación legal o contractual que permita la eventual afectación del contrato de seguro, además de que no se realizó el riesgo asegurado.

Así las cosas, el Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, al respecto ha manifestado:

"El Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejero Ponente doctor MARTIN BERMÚDEZ MUÑOZ, en sentencia proferida el 27 Noviembre 2019 dentro de proceso con radicado No. 05001-23-33-000-2015-00124-02, respecto a la competencia de un llamado en garantía para proponer la excepción previa de falta de legitimación en la causa por pasiva determinó: "La falta de legitimación en la causa se predica de las partes en el proceso en sentido amplio, y este concepto abarca a otras partes y terceros y no solo a quienes ocupen el extremo pasivo o activo de la relación procesal como demandantes o demandados. (...) T. del llamamiento en garantía, **estará legitimado en la causa por pasiva para ser llamado, de conformidad con el artículo 64 del CGP y el artículo 225 del CPACA, aquella persona con quien el demandado afirme tener una relación legal o contractual que lo obliga a soportar un fallo adverso a esta.** (...) Así, al dictar sentencia, el juez no solo se va a pronunciar respecto de la relación procesal que vincula al demandante y al demandado, sino que también se va a pronunciar respecto de la relación procesal entre demandado y llamado en garantía. (...) **En virtud de lo anterior, respecto de la relación procesal que vincula al demandado y al llamado en garantía, también sería necesario acreditar su legitimación en la causa. Es decir, verificar el vínculo contractual o legal que fundamenta el llamamiento para así determinar si el demandado podía formular llamamiento en contra del llamado, y si el llamado está en la obligación legal o contractual de asumir un fallo adverso al demandado.** (...) Lo anterior encuentra sustento también en el hecho de que, de conformidad con lo establecido en el artículo 66 del CGP, el llamado en garantía tiene la posibilidad de contestar la demanda y/o el llamamiento, lo que naturalmente implica que las excepciones que se pueden proponer en uno u otro caso son diferentes, pues atacan relaciones sustanciales distintas. (...) **Así las cosas, es procedente que un llamado en garantía proponga las excepciones de falta de legitimación en la causa, tanto por activa como por pasiva, respecto de su propia causa, es decir el fundamento legal o contractual que lo vincula con el demandado ... "** (Negrillas intencionales).

El Código General del Proceso en su artículo 64 establece el llamamiento en garantía de la siguiente manera:

"Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación."

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia AC2900-2017 se refiere a esta figura en los siguientes términos:

"... la figura del «llamamiento en garantía», la cual se ha considerado como un tipo de intervención forzosa de un tercero, quien por virtud de la ley o de un contrato ha sido solicitada su vinculación al juicio, a fin de que, si el citante llega a ser condenado a pagar una indemnización de perjuicios, aquel le reembolse total o

parcialmente las sumas que debió sufragar, por virtud de la sentencia. El fundamento, entonces, de esa convocatoria, es la relación material, puesto que lo pretendido es transferir al citado las consecuencias pecuniarias desfavorables previstas para el convocante interviniente en el litigio e insertas en el fallo. La vinculación de aquél se permite por razones de economía procesal y para brindarle la oportunidad de ejercer su derecho de defensa, en la pretensión de reembolso formulada por la parte citante."

Por su parte la Ley 1437 de 2011 dispone:

"Artículo 225. Llamamiento en garantía. Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación ..."

Ahora bien, respecto del trámite y al momento procesal en que se debe resolver este tipo de excepción, y de la razón por la que se propone como de mérito, deviene entre otras, del pronunciamiento del Honorable Tribunal Administrativo de Antioquia, que en providencia del 22 de agosto de 2019, sostuvo:

"Ahora, es pertinente agregar que la legitimación en la causa es de esa clase de excepciones que se denominan mixtas, toda vez, que pueden revolve en audiencia inicial en el momento de decidir las excepciones previas cuando se hace referencia a la legitimación formal, pero **cuando se trata de la legitimación material encaminada a establecer la ausencia de responsabilidad dicha excepción pierde el carácter de previa y debe resolverse en la sentencia así lo ha indicado el Consejo de Estado en providencia que se cita (...)** ." (Negritas y comillas del suscrito).

"Aun cuando el Consejo de Estado en forma más reciente indicara que la legitimación en la causa por pasiva de hecho, se entiende como un requisito de procedibilidad de la demanda, pues se refiere a la capacidad del demandado para ser parte en el proceso, mientras que la legitimación en la causa por pasiva material, constituye un requisito para la prosperidad de las pretensiones, lo cierto es que la posición mayoritaria de la Sala Cuarta de Oralidad a la que pertenece la suscrita Magistrada, se orienta a que la legitimación en la causa por pasiva, incluso la de hecho se resuelva en la sentencia (...)"

En complemento, el Honorable Consejo de Estado en providencia del 18 de mayo de 2021, refirió frente al trámite para resolver las excepciones en la jurisdicción de lo contencioso administrativo, lo siguiente:

"15. Por otra parte, en lo que tiene que ver con las llamadas excepciones mixtas - cosa juzgada, caducidad, transacción, conciliación, falta manifiesta de legitimación en la causa y prescripción extintiva -, el artículo 38 de la mencionada Ley 2080 de 2021, 50 modificadorio del artículo 175 del CPACA, de manera expresa señala que constituyen causal de sentencia anticipada, lo que significa que se estudiarán y resolverán: (i) bien sea en la sentencia anticipada -en caso de que se tenga certeza «manifiesta» de su prosperidad-, o (ii) en la sentencia de mérito al resolver el fondo del asunto - normalmente en el evento de prosperar las pretensiones de la demanda, ya que, en caso de que se nieguen, en principio, por sustracción de materia, carecería de sentido resolver excepciones.

16. Es importante aclarar, que las excepciones mixtas son aquellas que están

encaminadas a atacar la relación jurídico sustancial, es decir, defensas que podían, indistintamente, aducirse como excepciones de fondo atendiendo su naturaleza y/o, como previas. 51 Son esas excepciones de mérito que por su naturaleza y, en algunos casos, facilidad probatoria, podrían proponerse como previas, pero conservan las consecuencias materiales sobre el proceso, es decir, que de encontrarse demostradas devienen en una sentencia negatoria temprana. Ello no significa que produzcan los efectos de los medios defensivos previos, sino, que pueden declararse en las etapas primigenias del proceso.

17. Se reitera, que en el marco de la versión original del CPACA (artículo 180, numeral 6) el legislador había permitido que las excepciones mixtas fuesen resueltas de manera anticipada en la audiencia inicial, junto con las excepciones previas, en virtud del principio de economía procesal. Pero, luego de la expedición de la Ley 2080 de 2021, 52 artículo 38, se insiste, las excepciones mixtas se estudian y resuelven únicamente, ya sea en la sentencia anticipada -en caso de que se tenga certeza <<manifiesta>> de su prosperidad-, o en la sentencia de mérito al resolver el fondo del asunto"<sup>7</sup> (Lo señalado fuera del texto)

Con el extenso fundamento jurídico y normativo, es momento de demostrar a la Judicatura, que dado a que ALLIANZ SEGUROS S.A., no tiene obligación indemnizatoria con la CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO, toda vez que la Póliza de Responsabilidad Civil Derivada de Cumplimiento No. 21932799/0, no ofrece cobertura temporal, la compañía carece de legitimación en la causa por pasiva.

Entonces, como con el llamamiento en garantía se trae una persona distinta al demandante y al demandado, para que responda de acuerdo a la relación existente entre él y quien lo llamó, es decir, es NECESARIO el vínculo indemnizatorio, el cual no se encuentra configurado, pues no se acreditó la realización del riesgo asegurado, ni existe cobertura dentro de la temporalidad contratada.

En conclusión, los efectos adversos de una eventual condena que se llegase a proferir en contra de la CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDIO S.A.S., no puede recaer en ALLIANZ S.A - llamado en garantía, pues la póliza de seguro del caso no ofrece cobertura temporal, ni material por las razones que atinadamente se explica, básicamente porque la consecuencia de las dos primeras situaciones, que la póliza no cubra ni material, ni temporalmente, provoca que en el fondo, la aseguradora como sujeto pasivo de la acción ejercida a través del llamamiento en garantía no esté llamada a responder por la prestación que se pide o cuyo cumplimiento contractual se le endilga.

Por todo lo acotado, ruego al fallador declarar probada esta excepción.

#### **.- LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021932799/0:**

En gracia de discusión y sin que esto signifique aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada, se formula esta excepción, pues en el improbable evento de que prosperaran una o algunas de las pretensiones del libelo inicial, se debe tomar en cuenta que en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021932799/0 que sirvió de base a la convocatoria de mi representada, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc., de manera que,

<sup>7</sup> Consejo De Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Segunda. CP Sandra Lisset Ibarra Vélez. Dieciocho (18) de mayo de dos mil veinte uno (2021). Radicado: 11001032500020140125000 (4045-2014)

conforme lo indica el Profesor Ossa<sup>8</sup>, dichas estipulaciones:

*“están destinadas a delimitar, de una parte, la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y el modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar.”*

En ese sentido, las condiciones generales *secundum legem* o *praeter legem* tienen la virtualidad de ser un reglamento de los contratantes, atendiendo límites positivos (amparos) o límites negativos (exclusiones), y que debe ser observado conforme a las normas que regulan los contratos en general<sup>9</sup>, es decir, que constituye ley para las partes en virtud del acuerdo negocial el cual debe ser respetado y honrado por los sujetos contratantes.

En suma, las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza son el resultado de la individualización de los riesgos asumidos por el asegurador en ejercicio de su objeto social de comercializar seguros, constituyéndose en la piedra angular del negocio jurídico asegurativo en la medida en que delimita los riesgos bajo el principio de la liberalidad en la asunción de los mismos<sup>10</sup>, de tal suerte que, de no individualizarse los riesgos, el seguro no tendría sentido alguno puesto que no gozaría de viabilidad técnica, jurídica y económica. Es decir, no puede exigírsele a una Compañía de Seguros asumir, en términos generales, la asunción de riesgos de manera indiscriminada y a responder por la materialización de ellos cualquiera sea su fuente, objeto, lugar o momento en que acaezcan, de manera que las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro y los amparos otorgados y visibles en la carátula de la póliza, son, exclusivamente, los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento.

En este punto es importante resaltar lo previsto en las condiciones generales del contrato de seguro en la cual se establece, como límite de la indemnización, que la responsabilidad de las compañías por todo concepto no excederá del valor indicado en la carátula de la póliza para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

Como se probó con el clausulado del documento aportado, si se presentaran otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderá como una sola pérdida y la obligación de mi representada está limitada a la suma asegurada, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del Código de Comercio, es decir, el límite global del valor asegurado por vigencia anual se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas. La suma indicada en la carátula de la Póliza es el límite máximo de responsabilidad de la compañía por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia anual del seguro.

En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de la compañía puede exceder éste límite durante la vigencia anual, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros. Según el condicionado materializado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021932799/0, el límite máximo de responsabilidad pactado fue de \$1.500.000.000.

En efecto, la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales, convencionales o legales, de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro. Esto significa que la responsabilidad se predicará, cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su

<sup>8</sup> Ossa G. J. Efrén. Teoría General del Seguro – El Contrato. Editorial Temis 1991.

<sup>9</sup> Código Civil, Artículos 1618 y ss.

<sup>10</sup> Código de Comercio, Artículo 1056.

texto literal y por supuesto la responsabilidad de la aseguradora se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de responsabilidad civil contiene el Código de Comercio. Ahora, cobran importancia esas condiciones convencionales y los límites máximos de responsabilidad que en la póliza se determinaron, incluyendo sus condiciones generales, las exclusiones y demás estipulaciones; teniendo presentes los límites o sumas aseguradas pertinentes y los deducibles que rigen.

Es pertinente entonces tener presente que entre los elementos esenciales del contrato de seguro, está el de la obligación condicional del asegurador (Art. 1045 C. Co.), cual es la de indemnizar y que ella sólo nace con el cumplimiento de esa condición suspensiva (Art. 1536 C.C.), al realizarse el riesgo asegurado que se ha estipulado, con las restricciones legales al tenor de lo dispuesto por el artículo 1054 del Código de Comercio. De lo expuesto se tiene que todo pronunciamiento se debe ceñir al condicionado particular y general del contrato de seguro, tal como lo señaló la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, al sostener:

*“(...) son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. **Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar**”<sup>11</sup>*  
(Subraya y negrilla ajenas al texto original).

Por lo tanto, son las condiciones de las pólizas (particulares y generales) las que enmarcan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo enunciado en tales condiciones del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador -la de indemnizar- una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 del Código de Comercio).

#### **.- DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021932799.**

Tal como se pactó en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021932799/0, el deducible es el porcentaje o valor mínimo del daño indemnizable que invariablemente se descuenta del pago de cualquier indemnización quedando a cargo del tomador o asegurado, que se encuentra pactado en la carátula de la póliza o sus anexos. Este valor de pactó en el 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$3.000.000.

#### **.- INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE ALLIANZ SEGUROS S.A., Y LOS DEMÁS DEMANDADOS – INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD EN EL MARCO DEL CONTRATO DE SEGURO.**

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

<sup>11</sup> Corte Suprema de Justicia –Sala Civil-, Sentencia del 2 de mayo de 2000. Ref. Expediente: 6291. M.P.: Jorge Santos Ballesteros.

Es importante recabar sobre el particular por cuanto a que la obligación de mí representada la compañía ALLIANZ SEGUROS S.A., tiene su génesis en un contrato de seguro celebrado dentro de unos parámetros y límites propios de la autonomía de la voluntad privada y no de la existencia de responsabilidad civil extracontractual propia de la aseguradora, sino de la que se pudiere atribuir al asegurado conforme lo establecido por el artículo 2341 del Código Civil, por tanto se encuentra frente a dos responsabilidades diferentes a saber:

1. La del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la ley propia y 2. La de mí representada aseguradora cuyas obligaciones no emanan de la ley propiamente dicha, sino de la existencia de un contrato de seguro celebrado dentro de los parámetros dados por los artículos 1036 del Código de Comercio y S.S., encontrándose las obligaciones de mí representada debidamente delimitadas por las condiciones pactadas en el contrato de seguro celebrado, constituyéndose entonces las obligaciones del asegurado y de la aseguradora en obligaciones independientes y que no son solidarias.

La Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017 Radicación n° 05001-31-03-005-2008- 00497-01 ha indicado que:

*“(...) Por último, **la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (...)**”  
(Subrayas y negrilla mías)*

Entendido lo anterior, es preciso indicar que la solidaridad de las obligaciones en Colombia solo se origina por pacto que expresamente la convenga entre los contrayentes, lo anterior según el art. 1568 del Código Civil Colombiano que reza:

*“(...) **En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito.**”*

*Pero **en virtud de la convención**, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum.*

***La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley.** (...)*

En virtud de tal independencia en las obligaciones, se formula esta excepción por cuanto el artículo 1044 del Código de Comercio faculta a la aseguradora proponer al tercero beneficiario las excepciones y exclusiones que pudiere interponerle al asegurado o tomador del contrato de seguro, motivo por el cual puede alegar mí representada la ausencia de cobertura ante la falta de prueba de la ocurrencia y cuantía del siniestro y las exclusiones y demás condiciones que resultaren atribuibles al presente evento.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la

normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria que remotamente podría surgir a su cargo está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado para el amparo de muerte o lesión a una persona, con sujeción a las condiciones de la póliza.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

#### CAPÍTULO IV

##### I. SOLICITUDES.

Así las cosas, reiteramos nuestros argumentos presentados en la contestación de la demanda y el llamamiento en garantía y conforme se precisó en esta instancia procesal, por tanto,

**PRIMERA.-** En garantía a nuestro asegurado, solicitamos al Honorable Despacho, se sirva denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda ante la ausencia de los elementos axiológicos de la responsabilidad del Estado.

**SEGUNDA.-** Acceder a las excepciones de mérito propuestas por mi representada y aquellas que inclusive el Despacho logré encontrar fundadas de los hechos probados en este juicio.

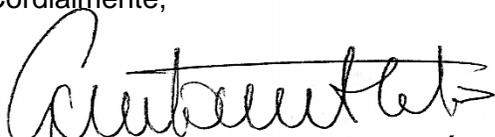
**TERCERA.-** De manera subsidiaria, en el remoto e hipotético caso que se considerara acceder a las pretensiones de la demanda en contra el asegurado, se tengan en cuenta las condiciones particulares y generales de la póliza, relativas a la modalidad de cobertura temporal, disponibilidad del valor asegurado, sublímites para daños extrapatrimoniales, deducible y exclusiones pactadas.

#### CAPITULO V NOTIFICACIONES

La parte convocante, en el lugar indicado en el escrito de Llamamiento en Garantía.

La suscrita en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho. Dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. 19.395.114 de Bogotá

T.P. 39.116 del C. S. de la J.