

Señores:

JUZGADO TREINTA Y SIETE (37) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ

E. S. D.

ASUNTO:	ALEGATOS DE CONCLUSIÓN 1° INSTANCIA
MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES:	BRIGITE ALEJANDRA ARDILLA Y OTROS
DEMANDADOS:	LA NACION - MINISTERIO DE DEFENSA - EJERCITO NACIONAL
LLAMADOS EN GTIA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.
RADICACIÓN:	11001-33-36-037- 2016-00297-00

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

I. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR ALEGATOS.

Una vez surtida la etapa procesal correspondiente a la audiencia de pruebas, prevista en el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011, y no habiendo más pruebas por practicar, el día veinte (20) de mayo de 2025, durante el desarrollo de la diligencia, se corrió traslado a las partes intervinientes para presentar los alegatos de conclusión en primera instancia, dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, la cual fue realizada en estrados. De esta manera, el término empezó a correr el día veintiuno (21) de mayo de 2025, siendo su fecha de terminación el día cuatro (4) de junio de la misma anualidad. En tal virtud, se concluye que el presente escrito de alegatos se radica dentro del término previsto para tal efecto.

II. DE LA FIJACIÓN DEL LITIGIO PLANTEADA POR EL DESPACHO

Establecer si el Estado a través de la Hospital Militar Central es responsable administrativa y extracontractualmente por los perjuicios presuntamente irrogados a los demandantes por el error en el diagnóstico médico y en razón a una prescripción inapropiada de medicamentos que llevaron a que la señora Brigitte Alejandra Ardila sufriera un aborto espontáneo y pérdida de un embarazo de 5 semanas y 3 días; o si se presenta algún eximente de responsabilidad o si no se estructuran los elementos que configuran la responsabilidad del Estado.

Por otro lado, determinar si hay derecho a exigir por parte del Hospital Militar Central a la Aseguradora Solidaria de Colombia la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del que tuviere que hacer como resultado de la sentencia en su contra conforme al artículo 225 del CPACA derivado la póliza de seguro de responsabilidad civil clínica y centros médicos No. 930-88-9940000000002 de 22 de mayo de 2014 con una vigencia de 9 de abril de 2014 hasta el 6 de octubre de 2014.

III. ALEGATOS QUE ACREDITAN LA AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

A. SE ACREDITÓ LA CADUCIDAD DEL MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA INICIADO POR LA DEMANDANTE.

En este caso, se configuró la caducidad de la acción, ya que los hechos que ocasionaron el presunto daño alegado ocurrieron el 20 de mayo de 2014 y el término de dos años para presentar la demanda vencía el 21 de mayo de 2016. Sin embargo, la solicitud de conciliación prejudicial fue presentada extemporáneamente, el 13 de junio de 2016, por lo que no suspendió el término legal de la acción, y la demanda interpuesta el 13 de septiembre de 2016 fue presentada por fuera del plazo legal.

En este sentido, la norma es clara cuando indica el término de caducidad de la acción de reparación directa, establece qué:

Artículo 136. Caducidad de las Acciones

(...)

8. La de reparación directa caducará al vencimiento del plazo de dos (2) años, contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa o de ocurrida la ocupación temporal o permanente del inmueble de propiedad ajena por causa de trabajo público o por cualquiera otra causa.

Sin embargo, el término de caducidad de la acción de reparación directa derivada del delito de desaparición forzada se contará a partir de la fecha en que aparezca la víctima o en su defecto desde la ejecutoria del fallo definitivo adoptado en el proceso penal, sin perjuicio de que tal acción pueda intentarse desde el momento en que ocurrieron los hechos que dieron lugar a la desaparición. (Subrayado y negrilla nuestro)

Del mismo modo, el artículo 228 de la Constitución Política de Colombia estableció:

ARTICULO 228. La Administración de Justicia es función pública. Sus decisiones son independientes. Las actuaciones serán públicas y permanentes con las excepciones que establezca la ley y en ellas prevalecerá el derecho sustancial. **Los términos procesales se observarán con diligencia y su incumplimiento será sancionado. Su funcionamiento será desconcentrado y autónomo.**

Resulta entonces procedente la aplicación y análisis de estos artículos en este caso, toda vez que, si bien la administración de justicia debe garantizar la prevalencia del derecho sustancial, ello no puede desconocer el cumplimiento estricto de los términos procesales establecidos por la ley. En este sentido, la caducidad de la acción es una figura jurídica que busca brindar seguridad jurídica y evitar que los procesos se prolonguen indefinidamente, por lo que su aplicación constituye una manifestación del principio de legalidad y del deber de observar los plazos con diligencia, tal como lo establece el artículo mencionado.

En este sentido, es importante tener en cuenta que la demandante fundamenta su reproche exclusivamente en el presunto diagnóstico errado emitido el 20 de mayo de 2014, fecha en la que ingresó al servicio de urgencias. En ningún momento cuestiona los procedimientos médicos posteriores, como el legrado obstétrico o las atenciones recibidas con ocasión de su estado de gestación. Por tanto, no resulta procedente considerar una fecha distinta a la mencionada como el momento en que se produjo el hecho generador del daño alegado.

Así, habiéndose acreditado que la solicitud de conciliación y la demanda de reparación directa fueron

presentadas de manera extemporánea, corresponde declarar la caducidad de la acción, en cumplimiento del mandato constitucional que exige el respeto a los términos y que sanciona su inobservancia, garantizando así el funcionamiento ordenado, autónomo y eficaz de la administración de justicia.

B. SE ACREDITÓ LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL POR CUANTO NO EXISTE EL NEXO CAUSAL.

El daño alegado por la parte demandante en el presente caso se fundamenta en un presunto diagnóstico errado. Esto, en atención a que el 20 de mayo de 2014, la señora Brigitte Alejandra Ardila ingresó al área de urgencias del Hospital Militar Central presentando una sintomatología específica, caracterizada por dolor abdominal intenso, fiebre, secreción vaginal fétida y disuria, síntomas que en su momento fueron asociados directamente con un quiste renal simple y una enfermedad pélvica inflamatoria, ya que no había indicios de un embarazo y mucho menos de una amenaza de aborto. En este sentido, se le prescribió un tratamiento acorde con el cuadro sintomatológico que la paciente presentaba en ese momento, lo cual evidencia que el Hospital Militar Central actuó con diligencia y observando el deber de cuidado exigido en la atención médica.

Teniendo en cuenta lo anterior, no es posible atribuir una falla en el servicio médico prestado por el Hospital Militar Central, ya que las pruebas documentales obrantes en el expediente demuestran que la atención brindada a la señora Brigitte Alejandra Ardila el 20 de mayo de 2014 fue oportuna, diligente y ajustada a los protocolos médicos establecidos. En primer lugar, se destaca la valoración clínica a la que fue sometida la paciente, en la que se le realizaron los exámenes correspondientes y se le ofreció un seguimiento médico constante. Como resultado de dichos exámenes, se diagnosticó un posible "residuo postmiccional", lo cual orientó el tratamiento instaurado en ese momento.

Por otro lado, la demandante afirma haber ingresado al Hospital Militar Central con un cuadro sintomático severo, que incluía dolor abdominal, fiebre, vómitos, leucorrea de mal olor y disuria; sin embargo, la historia clínica evidencia que la sintomatología presentada era parcialmente distinta y de intensidad moderada: dolor tipo cólico en el hemiabdomen inferior con irradiación lumbar, náuseas, vómitos, fiebre no cuantificada, disuria, cefalea y flujo vaginal fétido con un mes de evolución. Se observó que la paciente había iniciado un tratamiento con metronidazol por su cuenta, circunstancia que omitió mencionar en la demanda. Esta automedicación es relevante, pues pudo afectar la valoración clínica adecuada y el curso de la enfermedad.

A la luz de lo anterior, no puede afirmarse que el personal médico incurrió en conducta omisiva o negligente. Por el contrario, actuó conforme al principio de precaución, valorando de manera integral la información disponible en ese momento. El hecho de que posteriormente se haya confirmado un embarazo no implica, por sí solo, una falla en el servicio, ya que no se acreditó que el personal médico haya ignorado signos evidentes de gestación ni haya actuado con desdén ante esa posibilidad. Además, la sintomatología presentada dificultaba el diagnóstico de embarazo, y para la fecha de los hechos, los equipos médicos con que se contaba no tenían el avance tecnológico con que se cuenta actualmente.

Ahora bien, respecto al legrado obstétrico, es importante destacar que a la paciente se le informó sobre los riesgos asociados al uso de Misoprostol, incluyendo la posibilidad de que la intervención no se realizara

de manera completa y que, en consecuencia, pudiera requerir un legrado posterior. Este posible daño no puede ser atribuido al hospital, dado que este no es fabricante de los medicamentos y no se cuenta con certeza sobre la efectividad o calidad del fármaco suministrado. En consecuencia, no se probó una vulneración al deber de cuidado ni una desconexión entre el acto médico realizado y el estándar exigido, lo que sustenta la inexistencia de la falla del servicio que se alega.

Se debe precisar que, para que prospere la responsabilidad médica que se pretende atribuir al asegurado, no basta con acreditar la ocurrencia de un hecho dañoso. Es indispensable que el demandante demuestre de manera concreta la existencia de una falla en la prestación del servicio, ya sea por una atención deficiente o por la provisión tardía de los servicios médicos, como ha sido alegado. No obstante, en el presente caso, del análisis probatorio practicado en el proceso se concluye que dicha falla no se configuró, por cuanto la atención brindada fue oportuna, adecuada y conforme a los protocolos médicos vigentes.

Por lo anterior, para establecer la existencia del nexo causal entre el hecho y el daño, es fundamental analizar la relación efectiva entre el hecho generador y el perjuicio causado. El agente demandado debe tener una conexión directa entre su conducta y la producción del daño; en otras palabras, su acción u omisión debe ser la causa directa del daño reclamado, sin la intervención de factores externos que alteren dicha relación causal. Así las cosas, es importante señalar que, con respecto al nexo causal, el Consejo de Estado ha manifestado en diversas ocasiones lo siguiente:

En materia del llamado nexo causal, debe precisarse una vez más que este constituye un concepto estrictamente naturalísimo que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño, otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación, supone, prima facie, un estudio en términos de atribuibilidad material (imputatio facti u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar –acción u omisión–, que podría interpretarse como causalidad material, pero que no lo es jurídicamente hablando porque pertenece al concepto o posibilidad de referir un acto a la conducta humana, que es lo que se conoce como imputación.¹

Lo anterior indica que, para declarar falla en el servicio, es necesario demostrar un nexo causal claro entre la actuación del hospital y el daño sufrido. En este caso, las pruebas evidencian que el Hospital Militar Central actuó diligentemente, realizando diagnósticos y tratamientos adecuados, además de recomendar un seguimiento oportuno que la paciente no cumplió. La falta de cumplimiento de la paciente rompe el nexo causal, por lo que no puede imputarse al hospital la responsabilidad del daño, descartando así la falla en el servicio.

Es fundamental tener en cuenta que la carga de probar tanto la existencia de la falla en el servicio como el nexo causal corresponde a la parte que las alega. En consecuencia, si los demandantes no logran acreditar dicho nexo de causalidad, como ocurre en el presente caso, todas las pretensiones formuladas en la demanda deberán ser desestimadas por faltar uno de los elementos esenciales de la responsabilidad. En otras palabras, dado que la carga de la prueba del nexo causal recae sobre los demandantes, la ausencia de su acreditación en el proceso conduce necesariamente al rechazo de las pretensiones.

En virtud de lo expuesto, resulta claro que en el presente caso no se configura una falla en el servicio médico prestado por el Hospital Militar Central. La atención brindada a la señora Brigitte Alejandra Ardila

¹ Consejo de Estado, Sala de Contencioso Administrativo, Sección Tercera – Subsección “B” Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero Bogotá D.C., 3 de octubre del 2016 Expediente: 40057 Radicado: 05001233100019990205901 Actor: Carlos Enrique Noreña Gómez y otros, Demandado: Municipio de Itagüí, Acción de reparación directa.

fue prestada con base en los síntomas clínicos que presentaba al momento de su ingreso, y se ajustó a los protocolos médicos vigentes, mediante una valoración oportuna, el desarrollo de exámenes pertinentes y la instauración de un tratamiento adecuado. No existía evidencia clínica que permitiera inferir un embarazo o una amenaza de aborto, por lo que el diagnóstico y manejo instaurado fueron razonables y diligentes. Además, **el seguimiento médico sugerido no fue cumplido por la paciente, circunstancia que interrumpe el nexo de causalidad entre la actuación médica y el daño alegado. Dado que la parte demandante no logró demostrar con suficiencia dicho nexo causal, no procede atribuir responsabilidad al hospital ni acoger las pretensiones de la demanda.** En consecuencia, se impone la desestimación de las mismas por ausencia de uno de los elementos estructurales de la responsabilidad extracontractual del Estado.

C. ACREDITACIÓN DE LA INEXISTENCIA DE LA FALLA MEDICA POR PARTE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL POR LA DEBIDA APLICACIÓN DE LA LEX ARTIS.

En el presente caso, se ha acreditado de manera clara y contundente que el Hospital Militar Central actuó con estricto apego a la lex artis médica, es decir, conforme a las reglas y protocolos de la buena práctica profesional vigentes en el momento de la atención. La lex artis implica la diligencia, el cuidado y la pericia que se espera de un profesional médico razonablemente competente en circunstancias similares.

En primer lugar, se demostró dentro del plenario con la historia clínica que la paciente fue valorada de manera integral y oportuna por un equipo multidisciplinario, que realizó un estudio clínico exhaustivo respaldado por exámenes paraclínicos relevantes, como ecografías transvaginal y renal, análisis de laboratorio, y valoraciones especializadas en ginecología y urología. Esto demuestra que el equipo médico actuó conforme a los estándares técnicos y científicos necesarios para emitir un diagnóstico acorde con la sintomatología y antecedentes clínicos presentados. Además, se estableció un plan de seguimiento claro, con indicaciones precisas para controles posteriores dentro de las 48 horas siguientes, las cuales la paciente no cumplió; un factor externo que escapa a la responsabilidad del hospital y que pudo afectar la evolución de su condición. Finalmente, la confirmación posterior del embarazo no implica una falla médica, ya que en el momento de la atención la sintomatología y las limitaciones tecnológicas dificultaban un diagnóstico certero. No se evidenció negligencia ni omisión por parte del personal médico, quienes actuaron con diligencia y respeto al principio de precaución.

La responsabilidad médica permite a pacientes o familiares reclamar indemnización por daños causados por actos negligentes o intencionales. Para que esta responsabilidad se configure, debe probarse la culpa o dolo en el acto médico y su nexo causal con el daño sufrido. Sin embargo, el presunto responsable puede exonerarse demostrando que actuó con la diligencia y el cuidado adecuados. Si la institución de salud prueba que cumplió con estos estándares, evitará la responsabilidad. En este contexto, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-313/96, ha establecido que *"la obligación médica es de medio y no de resultado", lo cual implica que no se puede deducir que se atenta contra el derecho a la vida de un paciente al informarle sobre la naturaleza de la responsabilidad médica.*"²

En ese mismo sentido, la Corte Constitucional en sentencia T 398862 de 2001, estableció:

² Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 313 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero, 17 de julio de 1996, Expediente T 96723.

Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida.³

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

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

Es evidente, como lo ha señalado la Corte Constitucional y la jurisprudencia del Consejo de Estado, que las obligaciones de los médicos son de medio, no de resultado. A partir de esto, es relevante explicar cómo las altas cortes de Colombia han establecido que la responsabilidad médica puede ser exonerada si se demuestra la debida diligencia por parte del demandado. En este sentido, el Consejo de Estado ha sido enfático al establecer:

(...) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdice que el servicio se desarrolló diligentemente; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño (...) ⁴

En este sentido, la sentencia citada establece que, en casos de responsabilidad médica, los hospitales y los profesionales de la salud no tienen la obligación de garantizar un resultado, sino de actuar con la debida diligencia, es decir, cumplir con la obligación de medios. Esto implica que, si la entidad demandada puede demostrar que prestó el servicio de acuerdo con los protocolos y estándares médicos, será exonerada de responsabilidad, incluso si el paciente sufrió un daño. No es necesario que en este caso la clínica pruebe la causa exacta del daño, sino que debe demostrar que este no fue producto de una negligencia o falla en el servicio. En otras palabras, mientras la institución médica pueda acreditar que actuó conforme a la *lex artis*, se considerará que el daño no es atribuible a una deficiencia en su actuación, liberándola de responsabilidad. Esta lógica evita la necesidad de probar una causa externa, como ocurre en los regímenes de responsabilidad objetiva.

Por tanto, en virtud de las pruebas documentales y la evaluación médica aportada, se concluye que no existió falla en el servicio prestado por el Hospital Militar Central. La actuación del personal médico fue diligente, técnica y profesional, no habiéndose configurado negligencia, error médico ni incumplimiento del deber de cuidado. En consecuencia, resulta improcedente atribuir responsabilidad civil al Hospital por los hechos materia de la reclamación.

D. ACREDITACIÓN DE LA IMPROCEDENCIA DEL PAGO DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS.

- *Reparos Frente a los Perjuicios Morales Solicitados*

³ Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 398862 de 2001, MP. Dr. Rodrigo Escobar Gil, 05 de abril de 2021, expediente T-398862.

⁴ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997.

En cuanto a las pretensiones indemnizatorias por concepto de perjuicios morales, es necesario señalar que la parte demandante no allegó al proceso prueba idónea que permita acreditar de manera objetiva la existencia del daño alegado ni su magnitud. La simple afirmación del perjuicio no basta para su reconocimiento judicial, siendo indispensable su demostración conforme a los criterios establecidos por la jurisprudencia nacional. En este sentido, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 28 de agosto de 2014, fijó los parámetros orientadores para la tasación de perjuicios inmateriales en el marco de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa. Allí se establecieron rangos indemnizatorios de acuerdo con la intensidad del daño y el vínculo con la víctima, precisando que el monto máximo otorgable por concepto de daño moral, tanto en eventos de muerte como de lesión grave, es de hasta cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada afectado.

Así las cosas, resulta evidente que las pretensiones elevadas por la parte actora —que solicita la suma de doscientos (200) SMLMV para cada uno de los demandantes— no solo carecen de respaldo probatorio alguno, sino que exceden ampliamente los topes establecidos por la jurisprudencia, incurriendo en una pretensión desproporcionada y sin fundamento jurídico. En consecuencia, al no haberse acreditado el perjuicio moral con prueba útil, conducente ni pertinente, y al haberse formulado una solicitud que desborda los parámetros fijados por las altas cortes, lo procedente es declarar la improcedencia del reconocimiento del perjuicio moral, así como la excesiva e injustificada tasación solicitada por los demandantes.

- *Reparos Frente al Reconocimiento del Daño Emergente.*

En este caso, el daño emergente no procede porque la parte demandante no relacionó suma alguna a pretender por este concepto. Es decir, la demandante no especificó ni cuantificó el monto del presunto daño emergente, lo cual impide su análisis y eventual reconocimiento por parte del juez. En consecuencia, no hay base fáctica ni probatoria sobre la cual pronunciarse, y por ello el alegato se centra únicamente en el lucro cesante consolidado y futuro. Por otro lado, resulta jurídicamente inviable para el juez reconocer una indemnización que no ha sido debidamente solicitada ni sustentada, toda vez que la carga de la prueba recae sobre quien alega el daño. La ausencia de esta información no solo desvirtúa la procedencia del perjuicio, sino que también evidencia la falta de rigor en la estructuración de la pretensión indemnizatoria, lo que conlleva necesariamente a su rechazo por improcedente.

- *Reparos Frente al Reconocimiento del Lucro Cesante.*

La suma solicitada por concepto de **lucro cesante consolidado** resulta desproporcionada y carente de sustento jurídico, ya que no está respaldada por ningún medio probatorio útil, conducente o pertinente que permita acreditar que el valor reclamado corresponde realmente a ingresos dejados de percibir como consecuencia del presunto daño. Resulta particularmente llamativo que se pretenda una indemnización tan elevada sin que se haya demostrado que la accionante tuviera una vinculación laboral formal o desarrollara una actividad económica estable. Incluso, según lo manifestado por los propios demandantes, la señora Brigitte Ávila realizaba labores informales en un café internet, circunstancia que tampoco ha sido acreditada mediante prueba, ni siquiera de carácter sumario. En consecuencia, no se probó la existencia de ingresos regulares ni se evidenció que, como resultado de los hechos alegados, la accionante hubiera dejado de ejercer alguna actividad económica remunerada. Tampoco obra en el expediente prueba alguna que demuestre la relación directa entre el supuesto actuar del Hospital Militar Central y una pérdida real

de ingresos. Por todo lo anterior, la pretensión formulada a título de lucro cesante consolidado carece de fundamento jurídico y debe ser rechazada por falta de acreditación del daño alegado.

Los perjuicios materiales reclamados bajo el concepto de **lucro cesante no consolidado** no se encuentran acreditados en el expediente, toda vez que los demandantes no aportaron prueba alguna que resulte útil, conducente o pertinente para demostrar, con un grado mínimo de certeza, que efectivamente percibían ingresos que dejaron de recibir como consecuencia del presunto daño. De acuerdo con lo previsto en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998 y conforme al principio de equidad que orienta la valoración de perjuicios en sede contenciosa, las pretensiones deben sustentarse en hechos verificables y no en simples conjeturas. Sin embargo, en el presente caso, no se allegó siquiera prueba sumaria que permita establecer la existencia de ingresos ciertos, ni que los mismos hayan cesado a raíz de los hechos objeto del proceso.

En tal sentido, no se acreditó en forma alguna la existencia del lucro cesante consolidado, razón por la cual esta pretensión carece de respaldo jurídico y probatorio, y resulta improcedente su reconocimiento por parte del juez.

- *Reparos Frente al Reconocimiento del Daño a la Salud Solicitado.*

El reconocimiento del daño a la salud no procede en el presente caso, toda vez que no se puede declarar responsable al Hospital Militar Central, dado que su actuación se ajustó a los más altos estándares de diligencia y cuidado en la atención prestada, lo que descarta cualquier imputación de responsabilidad. En ese sentido, no existe fundamento jurídico para ordenar el pago de suma dineraria alguna. Además, debe recordarse que el daño a la salud, conforme a su naturaleza jurídica, no busca asignar un valor monetario a cada afectación física o funcional del cuerpo, ni responde a una lógica compensatoria individual, sino que tiene como finalidad garantizar el resarcimiento de un derecho constitucional desde un enfoque estadístico y objetivo, lo cual no se configura en este caso al no demostrarse la vulneración de tales parámetros ni la existencia de un perjuicio patrimonial resarcible.

II. ALEGATOS RESPECTO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

A. SE ACREDITÓ LA IMPROCEDENCIA DE HACER EFECTIVOS LOS AMPAROS CONTENIDOS EN LA PÓLIZA No. 340-88-994000000001 POR CUANTO NO SE SOLICITÓ SU AFECTACIÓN.

Es fundamental que el Despacho tenga en cuenta que no resulta procedente la afectación de la póliza No. 340-88-994000000001 – Certificado 0, con vigencia del 29 de diciembre de 2014 al 22 de abril de 2015, dentro del presente proceso. Lo anterior, por cuanto en el escrito de llamamiento en garantía no se solicitó expresamente su afectación, ni se expusieron hechos, argumentos jurídicos o elementos probatorios dirigidos a sustentar su vinculación al litigio. La parte llamante fue clara al referirse de manera puntual y exclusiva a la póliza No. 930-88-994000000002 como el único contrato de seguro cuya cobertura pretendía hacer efectiva. En virtud del principio de congruencia, que impone al juez la obligación de resolver únicamente dentro del marco de las pretensiones y hechos alegados por las partes, no es jurídicamente viable extender los efectos del proceso a una póliza no mencionada ni controvertida oportunamente. Hacerlo equivaldría a incurrir en un fallo extrapetita, en abierta transgresión al debido proceso y al derecho de defensa de la aseguradora. Por tanto, la póliza No. 340-88-994000000001 debe permanecer al margen del presente juicio.

En ese sentido, debe recordarse que conforme al principio de congruencia procesal, consagrado en el artículo 281 del Código General del Proceso, el juez debe decidir la controversia de acuerdo con los hechos y las pretensiones formuladas por las partes en sus escritos. Este principio impide al juzgador pronunciarse sobre aspectos no solicitados por las partes, so pena de incurrir en felle *extra petita*, es decir, en una decisión que excede los límites fijados por las pretensiones y peticiones concretas del proceso.

En el presente caso, no existe ninguna solicitud dirigida a afectar la póliza No. 340-88-994000000001, razón por la cual resulta improcedente su análisis o vinculación por parte del despacho, dado que ello vulneraría el debido proceso y el derecho de defensa de mi representada. La omisión de su inclusión en el escrito inicial del llamamiento en garantía, en el que debió solicitarse su afectación de manera clara y precisa, impide jurídicamente que el juez se pronuncie sobre dicha póliza o le extienda efectos indemnizatorios dentro del fallo.

En consecuencia, se solicita respetuosamente al Despacho declarar no procedente la afectación de la póliza No. 340-88-994000000001 – Certificado 0, por no haber sido solicitada en la oportunidad procesal correspondiente, y por cuanto no puede el juez fallar sobre aspectos que no han sido objeto de petición, en estricta observancia del principio de congruencia que rige el proceso judicial.

B. SE ACREDITÓ LA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y MÉDICOS No. 340-88-994000000001 Y 930-88-994000000002.

Es preciso poner de presente al Despacho que la póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 340-88-994000000001 – Certificado 0, vigente entre el 29 de diciembre de 2014 y el 22 de abril de 2015, no puede ser afectada en este proceso. Primeramente en el escrito de llamamiento en garantía no se solicitó expresamente su afectación, ni se expusieron hechos ni argumentos jurídicos que sustentaran su inclusión en el trámite. En virtud del principio de congruencia procesal, el juez debe ceñirse a lo solicitado por las partes, sin poder extenderse a aspectos no planteados, so pena de incurrir en una decisión *extra petita*.

En segundo lugar, aún si se pretendiera su afectación, esta resultaría improcedente por falta de cobertura temporal, dado que la reclamación —materializada en la solicitud de conciliación extrajudicial— fue radicada el 13 de junio de 2016, más de un año después de haber expirado la vigencia del Certificado 0. Cabe recordar que esta póliza opera bajo la modalidad *claims made*, lo cual exige que la reclamación se formule dentro del período de vigencia para que proceda la cobertura. Como ello no ocurrió, es claro que dicha póliza no puede ser jurídicamente afectada.

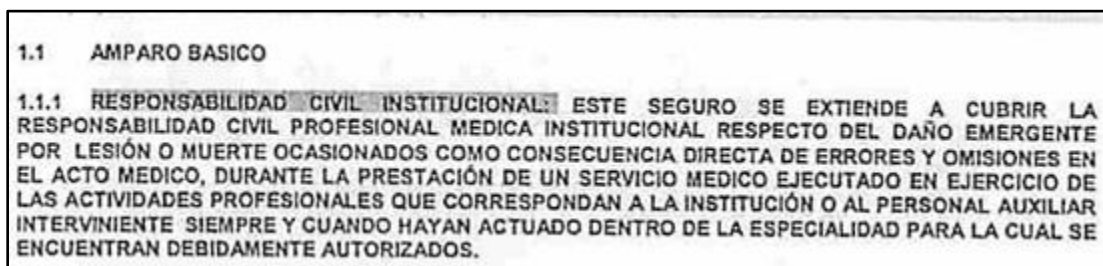
Lo anterior es igualmente aplicable a la póliza No. 930-88-994000000002, vigente entre el 9 de abril y el 6 de octubre de 2014, y también sujeta a la modalidad *claims made*. En este caso, la reclamación acreditada en el expediente fue igualmente radicada el 13 de junio de 2016, es decir, fuera del período de cobertura, por lo que esta póliza también carece de eficacia jurídica para amparar los hechos materia del litigio. En consecuencia, ninguna de las dos pólizas puede ser válidamente afectada en este proceso, ya sea por razones procesales o por ausencia de cobertura según el régimen aplicable. Por lo tanto, se solicita declarar probada la excepción de falta de cobertura temporal y excluir del proceso cualquier afectación a las referidas pólizas.

En este caso, se constata con claridad que la primera reclamación formal por parte de la presunta víctima se presentó a través de solicitud de conciliación extrajudicial radicada el 13 de junio de 2016, es decir, casi dos años después de vencida la póliza que se pretende afectar. De manera que no se cumple con el requisito esencial que impone esta clase de cobertura, cual es que la reclamación haya sido interpuesta dentro del término de vigencia. Así se desprende del propio contenido del acta de conciliación extrajudicial, que constituye la primera manifestación formal de la intención resarcitoria por parte de los demandantes, y cuya fecha de radicación desborda ampliamente los límites temporales de la póliza.

Por consiguiente, resulta indiscutible que las pólizas No. No. 340-88-994000000001 – Certificado 0 y 930-88-994000000002 no pueden ser llamadas a cubrir los perjuicios reclamados en esta causa, ya que la reclamación fue formulada fuera del marco temporal de cobertura, tal como lo exigen las condiciones generales aplicables a este tipo de seguros. Bajo tales circunstancias, mi prohijada no está obligada a responder ni asumir suma alguna por concepto de indemnización, ya sea frente a los demandantes o frente al asegurado, en tanto no se configura el presupuesto básico para activar la garantía. En virtud de lo anterior, y con fundamento en las pruebas obrantes en el expediente, solicito respetuosamente al despacho que se declare probada la excepción de falta de cobertura temporal respecto de la póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. No. 340-88-994000000001 – Certificado 0 y 930-88-994000000002.

C. SE ACREDITÓ LA INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN POR NO HABERSE REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS NO. 930-88-994000000002.

En este caso no existe obligación indemnizatoria a cargo de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. en relación con la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 930-88-994000000002 por cuanto no se ha materializado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, es decir, no se ha verificado la ocurrencia del hecho dañoso imputable al asegurado dentro del periodo de vigencia del contrato de seguro o durante el período de retroactividad, derivado de un acto médico realizado por el mismo. Lo anterior, de conformidad con las condiciones generales y particulares de las pólizas objeto de análisis, las cuales establecen como amparo principal:



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

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

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se concluye que no se ha configurado la obligación condicional en cabeza de mi representada, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. toda vez que no se acreditó una falla en la prestación del servicio médico atribuible a la Clínica Primavera. Por el contrario, como se ha demostrado a lo largo del presente escrito, la actuación médica fue oportuna, diligente y

ajustada a la lex artis y a los protocolos clínicos establecidos para el tratamiento del cuadro presentado por la paciente. En consecuencia, al no haberse verificado el hecho dañoso imputable al asegurado dentro de los términos de cobertura establecidos en la póliza, no se genera responsabilidad alguna para la aseguradora. En consecuencia, al no existir responsabilidad del Hospital Militar Central, no ha surgido la obligación del asegurador, y la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 930-88-994000000002.

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

El despacho debe tener en cuenta que la obligación indemnizatoria de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. solo surge si efectivamente se materializa el riesgo cubierto por la póliza. En este caso, no se ha demostrado la existencia de responsabilidad por una presunta falla médica en el asegurado, por lo que no corresponde la obligación indemnizatoria.

D. APLICACIÓN DE LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS DENTRO DEL CONTRATO DE SEGURO

Es importante resaltar que las exclusiones especificadas en el contrato de seguro establecen las circunstancias en las cuales no se procederá a realizar indemnización. En el caso de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 930-88-994000000002 es necesario señalar que los riesgos excluidos comprenden una serie de situaciones que no están cubiertas por el contrato de seguro. En caso de que se materialice alguno de estos riesgos, el asegurador queda exento de la obligación de realizar ningún tipo de prestación. Dichas exclusiones están claramente detalladas en las condiciones generales y particulares de la póliza. Si alguna de estas exclusiones se materializa, la póliza no cubrirá los siniestros o daños asociados en este sentido Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. no estará obligada a indemnizar por los presuntos perjuicios.

En este caso, En el presente asunto, debe resaltarse que el contrato de seguro de responsabilidad civil profesional - clínicas y centros médicos, suscrito entre las partes, contempla de manera expresa y clara una serie de exclusiones que delimitan el alcance de la cobertura otorgada por la aseguradora, las cuales resultan plenamente aplicables al caso en estudio. Específicamente, en el numeral 2.16 de las Condiciones Generales del contrato, las partes pactaron la exclusión de responsabilidad frente a los perjuicios reclamados bajo las modalidades de lucro cesante, daño moral (exceptuando una cobertura limitada), perjuicios fisiológicos y vida de relación, así como también la responsabilidad civil extracontractual. Se advierte que esta cláusula fue libremente aceptada por las partes y, en consecuencia, hace parte integral del negocio jurídico celebrado, generando efectos vinculantes.

En ese sentido, no existe obligación indemnizatoria alguna en cabeza de mi prohijada respecto de los perjuicios que la parte demandante pretenda hacer valer por concepto de lucro cesante o perjuicios fisiológicos o de vida de relación, toda vez que sobre dichos conceptos opera una expresa exclusión de

cobertura en virtud del acuerdo contractual.

Adicionalmente, en lo que respecta al daño moral, si bien el contrato reconoce una cobertura específica, la misma se encuentra limitada expresamente al 20% del valor asegurado, y únicamente procede ante sentencia judicial ejecutoriada, condición que, de momento, no se ha cumplido y cuya eventual materialización no comprometería la obligación de indemnizar más allá de lo expresamente pactado.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, y con fundamento en lo previsto en el numeral 2.1 de las Condiciones Generales del contrato de seguro, debe resaltarse la operancia de la cláusula de exclusión por dolo o culpa grave atribuible al tomador, asegurado o beneficiario. Dicha disposición exime expresamente a la aseguradora de cualquier obligación indemnizatoria, siempre que tales circunstancias sean acreditadas dentro del proceso, al configurar una causal objetiva de liberación de responsabilidad contractual. Así, en el evento de comprobarse que la presunta falla en el servicio médico obedece a una conducta dolosa o gravemente culposa por parte del asegurado o de alguno de los sujetos mencionados, mi representada no deberá asumir suma alguna, por encontrarse fuera del ámbito del riesgo asegurado, conforme a lo pactado en el contrato.

E. APLICACIÓN DEL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO Y DEDUCIBLE PACATDO DENTRO DEL CONTRATO DE SEGURO.

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

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

Con el fin de otorgar mayor claridad al Despacho sobre el seguro emitido por la aseguradora en lo que respecta a la aceptación de responsabilidad, es preciso indicar que se estableció un límite máximo asegurado de \$1.000.000.000 correspondientes al daño emergente derivado de la prestación del servicio médico. Adicionalmente, toda reclamación presentada contra el asegurado, sin importar la causa o el motivo de su presentación, está sujeta a un deducible del 15% sobre el valor de la pérdida, con un mínimo de 10.00 SMMLV.

De esta manera, la póliza en cuestión establece un límite de valor asegurado y un deducible pactado que deben ser respetados. Incluso si se determinara que existe falta de cobertura o alguna otra excepción aplicable, la responsabilidad de mi representada no podrá exceder el límite asegurado ni el deducible acordado.

F. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

El contrato de seguro de daños se basa en el principio de indemnización, cuyo propósito es proteger los bienes o el patrimonio de una persona frente a los riesgos cubiertos. La indemnización resultante no debe

superar el valor asegurado ni convertirse en una fuente de ganancia para el asegurado.

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

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

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

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

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

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

H. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

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

I. PAGO POR REEMBOLSO

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

IV. PETICIONES

1. Solicito comedidamente al Despacho se sirva denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda en lo que compete a nuestro asegurado Hospital Militar Central y consecuentemente, negar las pretensiones formuladas en el escrito del llamamiento en garantía.
2. Solicito que no se afecte la póliza No. 340-88-994000000001 – Certificado 0, con vigencia del 29 de diciembre de 2014 al 22 de abril de 2015, por cuanto en el escrito de llamamiento en garantía no se solicitó expresamente su afectación, ni se presentaron fundamentos fácticos o jurídicos que justificaran su vinculación al proceso. Además, el Certificado 0 carece de cobertura temporal, ya que la reclamación formulada en este caso fue presentada con posterioridad a la vigencia de la póliza, lo cual impide activar la garantía bajo la modalidad *claims made*.
3. En caso de una eventual condena en contra del asegurado y en el evento de que el despacho determine que también le asiste obligación indemnizatoria a la compañía aseguradora, solicito respetuosamente que se tengan en cuenta todas y cada una de las condiciones de la póliza, descritas en la contestación a la demanda y en el llamamiento en garantía, y reiteradas en esta oportunidad procesal, en especial que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Centros Médicos No. 930-88-994000000002 y la póliza No. 340-88-994000000001 certificado 0 **no prestan cobertura temporal**.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.

