

Señores

**JUZGADO SESENTA Y DOS (62°) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ  
D.C.-SECCIÓN TERCERA.**

[jadmin62bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:jadmin62bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA  
**RADICADO:** 110013343062**2023 0022400**  
**DEMANDANTES:** CAROLINA TORO SALAS.  
**DEMANDADOS:** NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA Y OTROS.  
**LLAMADO EN GARANTÍA:** LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y OTROS.

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con NIT. 900701533-7, quien obra como apoderada general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.**, según consta en el poder general conferido por Escritura Pública No. 966 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 5 de agosto de 2019, inscrita el 8 de julio de 2020, identificada con NIT 900.701.533-7, tal y como se acredita con los certificados de existencia y representación legal que se anexan, sociedad cooperativa de seguros, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo en primer lugar a **CONTESTAR LA DEMANDA Y LA SUBSANACIÓN A LA DEMANDA** instaurada por la señora Carolina Toro Salas, en contra de la Nación – Ministerio de Defensa y otros. En segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S., anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

## I. OPORTUNIDAD

Teniendo en cuenta que la notificación personal de la admisión del llamamiento en garantía se realizó por correo electrónico el 12 de julio de 2024, me permito presentar la contestación en la oportunidad legal para hacerlo, conforme a las disposiciones de los artículos 198 y 199 de la Ley 1437 del 2011, teniendo en cuenta que ese último fue modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 del 2021. En ese orden de ideas, el término de 15 días establecido en el inciso segundo del artículo 225 del CPACA se computa una vez transcurridos previamente dos días hábiles siguientes al envío del mensaje; término que inicia el 17 de julio del corriente, por lo que me encuentro en término para presentar el presente escrito.

**CAPÍTULO I**  
**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**AL HECHO 1.1.:** A Equidad Seguros Generales O.C., no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

No obstante, es importante señalar que si bien obra en el expediente registro civil de nacimiento del menor Juan Felipe Castillo Toro que acredita el vínculo de consanguinidad con la señora Toro Salas, no se acreditó con ninguna prueba idónea que sea madre cabeza de familia.

**AL HECHO 1.2.:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**AL HECHO 1.3.:** A Equidad Seguros Generales O.C., no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin embargo, debe señalarse que tras una revisión exhaustiva de las documentales obrantes en el expediente, solo se advierte una certificación en la que se indica que la señora Carolina Toro Salas estuvo vinculada con dicha entidad con un contrato a término fijo inferior a un año, desde el 02 de febrero de 2021 al 29 de junio de 2021. Sin advertirse lo indicado por la apoderada de la demandante con relación a los supuestos 11 meses inicialmente pactados y las prórrogas.

**AL HECHO 1.4:** A Equidad Seguros Generales O.C., no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.5:** A Equidad Seguros Generales O.C., no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.6:** A Equidad Seguros Generales O.C., no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.7.:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Aunque, es importante manifestar que, de acuerdo con la revisión de la historia clínica aportada al expediente, se advierte que al ingreso del menor a la entidad el 14 de mayo de 2021, quien suscribió la valoración, fue la médico Adriana Pilar Castro C.

**AL HECHO 1.8:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.9:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.10** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.11:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**AL HECHO 1.12:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.13:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Aunque, es importante resaltar que, de la revisión de la historia clínica aportada al plenario, se evidencia una serie de notas clínicas con el respectivo sello de los psiquiatras que realizaron la atención médica, tales como: Paula Corzo, Adriana Pilar Castro C, Dennis Caicedo R, Junny Wilches G., entre otros profesionales.

**AL HECHO 1.14:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

No obstante, se reitera que, dentro de la historia clínica aportada al expediente, se observa una serie de atenciones médicas suministradas por diversos psiquiatras.

**AL HECHO 1.15:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.16:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**AL HECHO 1.17:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.18:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**AL HECHO 1.19:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**AL HECHO 1.20:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin embargo, de conformidad con las documentales obrantes en el expediente, se observa el formato informe valoración socio familiar de verificación de derechos-restablecimiento de derechos fechado el 19 de mayo de 2021.

**AL HECHO 1.21:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por

los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.22:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.23:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.24:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**AL HECHO 1.25:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.26:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**AL HECHO 1.27:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.28:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.29:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.30:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.31:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Empero lo anterior, se resalta que de conformidad con la epicrisis que obra en el plenario y que fue expedida por el Instituto Nacional de Demencias Emanuel dentro del aparte de examen físico, no se observa que se describiera algún tipo de edemas.

**AL HECHO 1.32:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.33:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO 1.34:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

**AL HECHO 1.35:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

No obstante, es importante aclarar que dentro de las documentales aportadas con la demanda, se observa una aceptación de renuncia al cargo con fecha 29 de junio de 2021, en la que se indica que fue la señora Carolina Toro Salas quien voluntariamente presentó renuncia al cargo desempeñado como decana de la escuela de arquitectura en la Corporación Universitaria del Meta-UNIMETA.

**AL HECHO 1.36:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin embargo, se aclara que de acuerdo con la contestación presentada por Sanitas EPS, la Clínica Renovar no hace parte de la red adscrita a la EPS, por lo tanto, al no ser una entidad prestadora de salud de aquella entidad, claramente no desplegó ninguna conducta por acción u omisión que fuera la generadora del presunto daño alegado por la demandante.

**AL HECHO 1.37:** Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la parte demandante sin soporte probatorio alguno. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P., y de esta forma la demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Se aclara nuevamente que la Clínica Renovar no hace parte de la red adscrita a la EPS, por lo tanto, al no ser una entidad prestadora de salud de aquella entidad, claramente no desplegó ninguna conducta por acción u omisión que fuera la generadora del presunto daño alegado por la demandante.

**AL HECHO 1.38:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Se debe señalar también, que ninguna de las documentales aportadas, ni de las pruebas presentadas por la demandante demuestran erogación alguna por concepto de servicios profesionales jurídicos.

**AL HECHO 1.39:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin embargo, de conformidad con la revisión de las documentales aportadas y de la denuncia en mención, aquella fue archivada por atipicidad de la conducta ante la inexistencia de motivos o circunstancias fácticas que denotaran la comisión de un delito.

Dentro de los principales aspectos para dicha decisión, se evidencia lo siguiente: *“Al indagar sobre esta situación, el menor niega que le hubiese tocado alguna otra parte distinta a su cintura, y afirma además que este sujeto no le dijo nada, según el menor para soltarse de esta situación le pegó al sujeto y esta fue la forma de defenderse, soltarse y correrse para un sitio seguro donde había cámaras y las enfermeras lo podían ver”.*

Otro aspecto importante fue la valoración física realizada por el centro Emanuel en el que se describió lo siguiente: *“genitales externos normoconfigurados”*.

**AL HECHO 1.40:** A Equidad Seguros Generales O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los

medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin embargo, de acuerdo con la revisión de las documentales aportadas, se observa el acta de no acuerdo conciliatorio, expedida por el Procurador 195 Judicial I Para Asuntos Administrativos de Bogotá D.C.

## CAPÍTULO II

### I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

#### **OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES**

**FRENTE A LA PRETENSIÓN CONSTITUTIVA Y/O DECLARATIVA: ME OPONGO** a que se declare administrativa y patrimonialmente responsable a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS E.P.S. S.A.S, por las presuntas lesiones que sufrió el menor Juan Felipe Toro Castillo, derivadas de la atención médica suministrada por la Clínica Renovar S.A.S. desde el 14 hasta el 20 de mayo de 2021, como quiera que al interior del proceso se encuentra debidamente acreditado que: (i) La Clínica Renovar S.A.S. no hace parte de los prestadores adscritos a la red de EPS SANITAS, es decir, se advierte con suficiencia la ausencia de legitimación en la causa por pasiva de aquella entidad, (ii) Los presuntos abusos, lesiones físicas y psicológicas, la retención ilegal y prolongada, y la sobre medicación psiquiátrica aducidas por la apoderada de la demandante, ocurrieron en la Clínica Renovar S.A.S. sin prueba de su ocurrencia, tercero que no tiene ningún vínculo con EPS SANITAS, es decir, estamos ante el hecho de un tercero como eximente de responsabilidad y (iii) No existe ningún nexo de causalidad entre los presuntos perjuicios alegados por la demandante y los servicios médicos que autoriza EPS Sanitas, en ningún momento se acreditó negativa alguna y como se ha señalado previamente, la Clínica Renovar S.A.S. no hace parte de los prestadores de la demandada.

#### **FRENTE A LAS PRETENSIONES DE CONDENA**

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO** a que se condene patrimonial y solidariamente a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS E.P.S. S.A.S al pago de suma alguna por concepto de de la totalidad de perjuicios derivados del daño irrogado, esto es, los perjuicios morales, materiales, subjetivos y objetivados, actuales y futuros, así como el daño a la salud y el daño a la vida de relación, ante la ausencia de responsabilidad de dicha entidad, por la inexistente falla en el servicio médico, ya que en primer lugar se resalta la ausencia de legitimación en la causa por pasiva de la entidad demandada, sumado a lo anterior, como se indicó con anterioridad, los presuntos perjuicios causados al menor Juan Felipe Toro Castillo, corresponden al hecho de un tercero, dado que como la misma apoderada de la demandante lo indicó, ello ocurrió en las instalaciones de la Clínica Renovar S.A., la cual, no tienen ningún tipo de vínculo con la EPS.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PERJUICIOS MORALES: ME OPONGO** a la solicitud de reconocimiento de perjuicios morales, esto es, la suma de (i) 100 SMLMV en favor del menor Juan Felipe Castillo Toro en calidad de víctima y (ii) 100 SMLMV en favor de la señora Carolina Toro Salas en calidad de madre de la víctima, el mismo no tiene vocación de prosperidad, puesto que es pretendida sin acreditarse en el mismo sentido responsabilidad alguna por parte de EPS Sanitas, sumado a que no existe dictamen alguno que acredite las supuestas lesiones de carácter físico o

psicológico padecidas presuntamente por el menor.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN DAÑO A LA SALUD: ME OPONGO** a esta pretensión, dado que se precisa que esta categoría solo se reconoce a la víctima directa, siempre y cuando se pruebe en el proceso que las lesiones padecidas fueron responsabilidad de las entidades demandadas, por lo que para el caso en concreto no es plausible entonces reconocer y pagar suma alguna por esta tipología de perjuicio en favor de la demandante, en atención a la evidente falta de legitimación en la causa por pasiva de EPS Sanitas.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN DAÑO EN LA VIDA DE RELACIÓN Y DESARROLLO: ME OPONGO** a esta pretensión, en tanto el daño a la vida en relación es una tipología de perjuicio inexistente en la jurisdicción contenciosa administrativa, que se encuentra subsumida dentro del daño a la salud. En otras palabras, solicito que no se reconozca indemnización alguna por concepto de daño a la vida de relación, ya que esta categoría no se reconoce en la jurisdicción contencioso-administrativa desde el año 2014. Adicionalmente y en el hipotético caso de que el Juez considere que se está solicitando es el daño a la salud, de todas maneras, solicito se deniegue dicho reconocimiento.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN VIOLACIÓN A LOS DERECHOS CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE AMPARADOS: ME OPONGO ME OPONGO** al pago por concepto de daño material por afectación relevante a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados, en primer lugar, por cuanto es evidente que no hay lugar al reconocimiento de esta tipología de perjuicios en el caso concreto, como quiera que en ningún momento se menciona si quiera por qué se vulneraron estos derechos y mucho menos, se dice específicamente cuáles de ellos fueron aparentemente transgredidos. En segundo lugar, no obra en el expediente prueba alguna o elemento de juicio que demuestre tal vulneración alegada por el extremo actor. En cualquier caso, aunque las dos primeras condiciones se hubiesen cumplido, esta tipología de perjuicio no se repara con medidas pecuniarias, razón por la cual la solicitud de suma tasada en 30 SMMLV es inviable a todas luces.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN LUCRO CESANTE: ME OPONGO** a que se condene a EPS Sanitas, al pago de suma alguna por concepto de lucro cesante en favor de la señora Carolina Toro Salas, toda vez que, no se acreditó expectativa de continuidad cierta para la demandante, si bien se aportó un contrato laboral a término fijo inferior a un año por 3 meses, se evidenció la renuncia presentada por la demandante a su labor, sin que se observara que fuera la entidad la que tomara la decisión de dar por terminada la relación laboral.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN DAÑO EMERGENTE: ME OPONGO** a que se condene a EPS Sanitas, al pago de la suma de 14 SMMLV por concepto de daño emergente, como quiera que al interior del proceso, no se probó con ningún medio conducente, pertinente y útil, las supuestas erogaciones de la demandante relacionadas con servicios profesionales jurídicos.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO** a que se condene a EPS Sanitas, a reparación integral con medidas no pecuniarias, no existió ningún tipo de relación entre los perjuicios alegados y alguna conducta por acción u omisión de la EPS, se indicó que Renovar S.A.S no es un prestador adscrito a la red de EPS Sanitas.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO** a que se condene a EPS Sanitas, al pago de condena alguna actualizada, comoquiera que se evidencia la falta de legitimación en la causa por pasiva de la EPS, así como el hecho de un tercero en la presunta producción del daño, es decir de los perjuicios alegados por la demandante.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO** a que se condene a Sanitas EPS, al pago de suma alguna con ocasión a intereses, comoquiera que ninguna de las pretensiones de la demanda tiene vocación de prosperidad en contra de la demandada, por lo que no existe razón alguna para que se imponga a su cargo el pago de intereses.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO** que se imponga sentencia condenatoria a EPS Sanitas, comoquiera que ninguna de las pretensiones de la demanda tiene vocación de prosperidad en contra de la demandada, por lo que no existe razón alguna para que se imponga a su cargo el pago de intereses.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: ME OPONGO** a que se condene a Sanitas EPS, al pago de suma alguna por concepto de condena en costas, comoquiera que ninguna de las pretensiones de la demanda tiene vocación de prosperidad en contra de la demandada, por lo que no existe razón alguna para que se imponga.

### CAPÍTULO III

#### III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

##### **1. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR EPS SANITAS, ENTIDAD QUE LLAMÓ EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA**

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

##### **2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA MATERIAL POR PASIVA DE EPS SANITAS.**

EPS Sanitas no tuvo injerencia en la producción del presunto daño ni por acción ni por omisión, ya que quedó probado a través de las documentales aportadas por las demandadas, que 1) la atención médica objeto de reproche, que estuvo inmersa dentro del periplo de tiempo correspondiente desde el 15 hasta el 20 de mayo de 2021, fue dentro de las instalaciones de la clínica Renovar S.A.S., entidad que no hace parte de la red de prestadores de EPS Sanitas. 2) al no tener la EPS Sanitas ningún vínculo contractual con Clínica Renovar, la hospitalización que allí hubiere acontecido no compromete la esfera de la responsabilidad de la EPS ni siquiera por la vía de la solidaridad impropia, y 3) la EPS Sanitas no tiene ningún rol, ni función, ni obligación en el marco del servicio público de bienestar familiar (en cabeza exclusivamente del ICBF) que se activó mediante el

procedimiento administrativo e restablecimiento de derechos que solo involucra al ICBF y a la Policía Nacional.

Por ende, esta excepción se propone, por cuanto en el presente caso es claro que los hechos objeto de discusión, no ocurrieron al interior de la EPS ni de su red de prestadores, se precisa que fue una gestión realizada por la Policía Nacional, luego de que la madre del menor estableciera comunicación solicitando ayuda ante el estado que presentaba su hijo, además, EPS Sanitas bajo ese entendido, no tiene ningún vínculo con las entidades que hicieron parte de la atención, es decir, la Policía Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o Clínica Renovar S.A.S.

Por tal motivo, se parte por indicar que la legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado lo siguiente:

*“(...) la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá , al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”<sup>1</sup>. (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva, y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. A tenor literal de lo preceptuado por del Consejo de Estado se advierte lo siguiente:

*“Pues bien, la legitimación en la causa corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”<sup>2</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Aunado lo anterior, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de estas con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la

<sup>1</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo-Sección Tercera, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, radicación N°70001-23-31-000-1995-05072-01 (17720).

<sup>2</sup>

sentencia expuso:

*“1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Precisado lo anterior, se advierte que la legitimación en la causa por activa alude a la participación de las partes del proceso en los hechos que son objeto de debate o en la titularidad de un derecho en cabeza del solicitante que pueda ser objeto de pronunciamiento por la parte pasiva de la demanda, quien sería la objetivamente responsable de lo que endilga la parte activa. Lo cual tiene lugar cuando entre los sujetos procesales se predica la existencia de una relación jurídico procesal con ocasión a la materia y las pretensiones que versa la demanda.

En este sentido, carece de legitimación en la causa por activa quien actúa al interior del trámite cuando carece de un interés jurídico sustancial. De manera que las pretensiones están llamadas a fracasar en los eventos en que el demandante carezca de un interés o de un derecho jurídico perjudicado susceptible de ser resarcido por el demandado. En tanto la legitimación en la causa es el presupuesto procesal mediante el cual se permite verificar que las partes que integran los extremos de la Litis sean las llamadas a formular y a responder las pretensiones del libelo. Al respecto, esta precisión ha sido reiterada por el Consejo de Estado que a tenor literal expuso lo siguiente:

*“La legitimación en la causa consiste en la identidad de las personas que figuran como sujetos (por activa o por pasiva) de la pretensión procesal, con las personas a las cuales la ley otorga el derecho para postular determinadas pretensiones. Cuando ella falte bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Del examen anterior, se advierte que la legitimación en la causa es un presupuesto procesal derivado de la capacidad para ser parte en el proceso, por cuanto, es la facultad que le asiste a una persona para hacer valer un derecho subjetivo. De manera que para que se predique su existencia, el sujeto que comparece al proceso debe comprobar la titularidad para reclamar el interés jurídico que se debate en el proceso, así, como la carga probatoria suficiente, que permita demostrar que los demandados, en efecto, pueden eventualmente ser responsables de los hechos que se le endilgan.

Del anterior análisis jurisprudencial y del estudio realizado al acervo probatorio del proceso, se advierte la ausencia de legitimación en la causa por pasiva de EPS Sanitas, por cuanto al interior del plenario no obra prueba que acredite que dicha entidad tuvo relación alguna con la atención médica suministrada al menor Juan Felipe Castillo Toro, se exalta que no existió ni ha existido

ningún vínculo contractual entre la Clínica Renovar S.A.S. y la EPS Sanitas, dicha entidad, no hace parte de la red de prestadores adscrita a la EPS en comento.

En conclusión, al interior de este proceso no resulta jurídicamente procedente condenar a la EPS Sanitas al reconocimiento de suma alguna a título de indemnización a favor de la demandante, puesto que es claro que la demandada no está legitimada en la causa por pasiva para ser parte en la presente acción. En tanto, en el expediente no obra prueba que acredite que la atención médica suministrada al menor Castillo Toro fuera realizada por uno de los prestadores de EPS Sanitas, el menor cuando ingresó a la Clínica Renovar S.A.S. el 15 de mayo de 2021, no lo hizo en virtud de su afiliación a la EPS, sino que ingresó con ocasión a la gestión que realizó la Policía.

### **3. EL HECHO DE UN TERCERO COMO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD QUE IMPOSIBILITA LA CONFIGURACIÓN DE UNA FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

Dentro de las documentales obrantes en el plenario y lo narrado en la demanda, se observa que la atención médica suministrada al menor Juan Felipe Castillo Toro desde el 15 hasta el 20 de mayo de 2024, fue realizada en las instalaciones de la Clínica Renovar S.A.S con profesionales de la salud de dicha entidad, por lo que, claramente cualquier perjuicio que derivara de tal intervención no puede ser atribuible a EPS Sanitas, máxime, cuando se ha exaltado dicha clínica no hace parte de la red de prestadores de la EPS, e incluso, el ingreso del menor a la entidad, no fue en calidad de usuario de la EPS. Llama la atención

Con base en lo expuesto y documentado en el expediente, se evidencia que la atención médica suministrada al menor Castillo Taoro, se llevó a cabo en las instalaciones de la Clínica Renovar S.A.S. En consecuencia, es evidente que EPS SANITAS no es responsable ni generador de los daños o hechos alegados en la demanda, ya que no actuó como prestador de los servicios ni a través de su red propia o asociada, y además, no estuvo encargada del proceso de traslado institucional, adicionalmente, EPS SANITAS carece de cualquier vínculo contractual con IPS RENOVAR, lo cual excluye cualquier responsabilidad contractual o extracontractual directa o solidaria por las acciones de los demandados.

Con motivo a lo anterior, es preciso señalar que, el Consejo de Estado en diversa jurisprudencia ha resalta la causa extraña, con ocasión al hecho de un tercero, en los siguientes términos:

**En relación con la causal de exoneración consistente en el hecho de un tercero, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que la misma se configura siempre y cuando se demuestre que la circunstancia extraña es completamente ajena al servicio y que este último no se encuentra vinculado en manera alguna con la actuación de aquel, de manera que se produce la ruptura del nexa causal; además, como ocurre tratándose de cualquier causa extraña, se ha sostenido que la misma debe revestir las características de imprevisibilidad e irresistibilidad antes anotadas, más allá de la consideración de acuerdo con la cual ha de tratarse de una conducta ajena a la de la entidad pública demandada” (Negrilla y subraya fuera del texto original)**

Es decir, claro está que, la EPS Sanitas, no podía desplegar ningún tipo de acción u omisión con relación a atención médica que tuvo el menor Andrés Felipe Castillo Toro desde el 15 hasta el 20 de mayo de 2021, toda vez que dicha atención, fue con motivo a una urgencia, y derivó de una

gestión desplegada por la Policía Nacional.

En el mismo sentido, el Consejo de Estado, ha indicado que:

*Y, por otra parte, en lo relacionado con (iii) la exterioridad de la causa extraña, si bien se ha señalado que dicho rasgo característico se contrae a determinar que aquella no puede ser imputable a la culpa del agente que causa el daño o que el evento correspondiente ha de ser externo o exterior a su actividad, quizás sea lo más acertado sostener que la referida exterioridad se concreta en que el acontecimiento y circunstancia que el demandado invoca como causa extraña debe resultarle ajeno jurídicamente, pues más allá de sostener que la causa extraña no debe poder imputarse a la culpa del agente resulta, hasta cierto punto, tautológico en la medida en que si hay culpa del citado agente mal podría predicarse la configuración —al menos con efecto liberatorio pleno— de causal de exoneración alguna, tampoco puede perderse de vista que existen supuestos en los cuales, a pesar de no existir culpa por parte del agente o del ente estatal demandado, tal consideración no es suficiente para eximirle de responsabilidad, como ocurre en los casos en los cuales el régimen de responsabilidad aplicable es de naturaleza objetiva, **razón por la cual la exterioridad que se exige de la causa del daño para que pueda ser considerada extraña a la entidad demandada es una exterioridad jurídica, en el sentido de que ha de tratarse de un suceso o acaecimiento por el cual no tenga el deber jurídico de responder la accionada.**<sup>3</sup> (Negrilla y subraya fuera del texto original)*

Es decir, su señoría, claro está como se ha manifestado en líneas que anteceden, que no existe falla en el servicio por parte de la EPS Sanitas, derivada de alguna acción u omisión, por lo que, las presuntas secuelas físicas o psicológicas que padece el menor Castillo Toro, no guardan nexo causal alguno con la entidad mencionada, sino que contrario sensu, son hechos que ocurrieron a manos de terceros en la Clínica Renovar S.A.S.

Por lo cual, queda con suficiencia probado, que en el presente asunto operó una causal eximente de responsabilidad, configurada en el hecho de un tercero, dado que la atención médica psicológica que recibió el menor Catillo Toro desde el 15 y hasta el 20 de mayo de 201 fue en las instalaciones de la Clínica Renovar S.A.S., entidad que no hace parte de la red de prestadores adscritos, por lo cual, el presente líbello mandatario no está llamado a prosperar.

En relación con la inexistencia de una falla médica por parte de EPS Sanitas, es fundamental aclarar que, para que se declare la responsabilidad médica, es necesario que se demuestre la existencia de un acto médico realizado con culpa o dolo, y que dicho acto esté relacionado causalmente con el daño alegado por los demandantes. En el presente caso, EPS Sanitas no actuó como prestador de servicios de salud para el menor Castillo Toro, ni en la atención directa ni en la gestión de su traslado institucional, ya que dicha intervención no fue solicitada ni requerida por los responsables del menor.

Por lo tanto, al no haber participación de EPS sanitas en los procedimientos médicos o en cualquier otro aspecto relacionado con la atención del menor, no existe fundamento para considerar que haya habido una falla médica. La institución no realizó actos médicos ni tomó decisiones clínicas que pudieran haber afectado al menor, y, en consecuencia, no hay evidencia de culpa o dolo por parte

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, consejero Ponente: Mauricio Fajardo Gómez, 26 de marzo de 2008, radicación N°85001-23-31-1997-00440-01 (16530).

de EPS Sanitas en relación con los daños alegados. De acuerdo con los principios de responsabilidad médica, la falta de intervención en el proceso de atención del menor impide que se le atribuya una falla médica, enervando así cualquier pretensión de responsabilidad por parte de los demandantes.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una institución prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que los demandantes prueben la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la institución prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que los demandantes buscan declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias proferidas por las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la sentencia T-313/96, proferida por la Corte Constitucional, M.P Dr. Alejandro Martínez Caballero, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“La comunicación de **que la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacerse saber cuál es la responsabilidad médica”<sup>4</sup> (Subrayado y negrillas fuera del texto original”.*

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

*“Si bien las **intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida<sup>5</sup>” . (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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***

<sup>4</sup> Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 313 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero, 17 de julio de 1996, Expediente T-96723.

<sup>5</sup> Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 398862 de 2001, MP. Dr. Rodrigo Escobar Gil, 05 de abril de 2021, expediente T-398862.

**obligación de medio**, de la sola existencia del daño no había lugar apresumir la falla del servicio.”<sup>6</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, ahora resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, el Consejo de Estado ha sido claro al establecer:

“(…) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdece **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 (…)”<sup>6</sup>

(…)

(…) se limita a **demostrar que su conducta fue diligente** y que el daño sufrido por la víctima no fue producto de inatención o de atención inadecuada; ello implica, finalmente, deducir que el riesgo propio de la intervención médica, que no permiten que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentaron y fueron los causantes del daño. Por tal razón, se ha dicho que la prueba de la ausencia de culpa no puede ser nunca en realidad una prueba perfecta, en la medida en que lo que se evidencia, mediante la demostración de la diligencia y el adecuado cumplimiento de las obligaciones en la entidad médica, **es simplemente que el daño no ha tenido origen en su falla**, sin que tenga que demostrarse exactamente cuál fue la causa del daño recibido por el paciente, pues si se exigiera esta última demostración, se estaría pidiendo la demostración de una causa extraña, que es la causal de exoneración propia de los regímenes objetivos de responsabilidad.<sup>7</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007<sup>8</sup>, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

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

<sup>6</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997.

<sup>7</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997

<sup>8</sup> Ley 1164 de 2007 “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”

De cara a lo anterior, no puede ser declarada la responsabilidad civil médica sin acreditar uno de los elementos fundamentales para la prosperidad de tal cargo, como lo es la culpa del galeno. Esto en concordancia con la obligación de este, que como ya se indicó, es de medio y no de resultado. En consecuencia, la presunta acusación de una responsabilidad médica en cabeza del demandado con ocasión de una falla médica quirúrgica y/o negligencia, a todas luces debe ser de plano desestimada.

A este respecto, se pone de presente que en el caso bajo estudio resulta improcedente la declaratoria de responsabilidad de la EPS Sanitas por las presuntas secuelas que padece el menor Castillo Toro. Lo anterior, por cuanto la atención médica suministrada fue en una entidad totalmente distinta a la red de prestadores de nuestro asegurado.

En tal sentido, las relaciones comerciales y contractuales o las vinculaciones que tienen los profesionales de la salud que ocupan esas unidades o consultorios privados con las distintas EPS, o IPS, son ajenas a EPS Sanitas. así como las remisiones que hagan las EPS o IPS a de sus pacientes a ellos, quienes los atienden por su propia cuenta, beneficio y riesgo.

En efecto, menester resulta aclarar que la falla del servicio es definida como aquella violación al contenido obligacional exigible a una entidad pública en una situación concreta. Sin embargo, es connatural a este título de imputación el principio de relatividad de este. Al respecto, el Consejo de Estado se ha pronunciado en los siguientes términos:

*“La Sala de tiempo atrás ha dicho que la falla del servicio ha sido, en nuestro derecho, y continua siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete - por principio - una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual<sup>9</sup>*

*También ha sostenido que el mandato que impone la Carta Política en el artículo 2º inciso 2º, de que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra, bien, creencias y demás derechos y libertades...”debe entenderse dentro de lo que normalmente se le puede exigir a la administración en el cumplimiento de sus obligaciones o dentro de lo que razonablemente se espera que hubiese sido su actuación o intervención acorde con las circunstancias tales como disposición del personal, medios a su alcance, capacidad de maniobra, etc., para atender eficazmente la prestación del servicio que en un momento dado se requiera.”<sup>10</sup>*

**Es que las obligaciones que son de cargo del Estado – y por lo tanto la falla del servicio que constituye su transgresión- han de mirarse en concreto frente al caso particular que se juzga, tomando en cuenta las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo.**

*Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que está provisto, en*

<sup>9</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera, sentencia del 13 de julio de 1993, expediente No. 8163.

<sup>10</sup> Sentencia del 8 de abril de 1998, expediente No. 11837.

*orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de dichos medios, surgirá su obligación resarcitoria; si el daño ocurre, pese a su diligencia, no podrá quedar comprometida su responsabilidad”<sup>11</sup>*  
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así mismo, frente al análisis obligatorio de este principio cuando se impute la falla del servicio, ha indicado el Consejo de Estado, que:

*“7.4. En casos como el sub lite, el fallador de instancia debe analizar de manera integral las pruebas, a efectos de establecer las circunstancias y el contexto que rodeó los hechos, con el fin de poder concluir si efectivamente se incurrió en una falla en el servicio atribuible a la entidad demandada, lo anterior atendiendo a los parámetros establecidos por la doctrina y la jurisprudencia cuando han desarrollado la “teoría de la relatividad de la falla en el servicio”.*

*Sobre la particular resulta pertinente citar al profesor Rivero quien afirmó lo siguiente:*

*“El juez para decidir, en cada caso, si hay o no falla del servicio, se pregunta aquello que podríamos, en cada caso, esperar del servicio, teniendo en cuenta la dificultad más o menos grande la misión, las circunstancias de tiempo (períodos de paz o momentos de crisis), de lugar, de recursos sobre los cuales disponía el servicio público en personal y material, etc. De lo anterior resulta que la noción de falla del servicio tiene un carácter relativo, pudiendo el mismo hecho, según las circunstancias, ser reputado de culposo o no culposo”<sup>12</sup>*

*Lo anterior ha sido denominado por la jurisprudencia del Consejo de Estado como “el principio de la relatividad de la falta en el servicio”<sup>13</sup> Principio este, que evita que la responsabilidad de la administración, cimentada en el título de imputación subjetivo o común – denominado “falla en el servicio” – tome las obligaciones del Estado, ya seas las derivadas de manera explícita de una norma constitucional, legal, o reglamentaria, o del principio establecido en el artículo 2° de la Constitución Política, en obligaciones de resultado (...)*

*“En otro precedente, se dijo:*

**“Desconocer tales circunstancias implicaría dejar de lado de la relatividad de la falla del servicio<sup>14</sup>, es decir no tener en cuenta la conducta de la administración, en atención a las circunstancias de tiempo, modo, lugar, medios, personal e infraestructura del servicio”<sup>15</sup>** (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

La falla en el servicio es un título de imputación en materia de responsabilidad extracontractual del

<sup>11</sup> Sentencia del 3 de febrero de 2000. Radicado No. 252859. Sección Tercera del Consejo de Estado. C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

<sup>12</sup> Jean Rivero, Droit Administratif, Précis Dalloz, Paris, décima edición, 1983, p. 286 (Tomado de: “La noción de falla del servicio como violación de un contenido obligacional a cargo de una persona pública en el derecho colombiano y el derecho francés”, HENAO Juan Carlos.

<sup>13</sup> Sección Tercera, 3 de febrero de 2000, ponente: Hernández Enríquez, expediente 14787.

<sup>14</sup> El concepto fue esbozado y desarrollado por el profesor Jean Rivero en los siguientes términos: “El juez, para apreciarla [se alude a la falla del servicio], no se refiere a una norma abstracta; para decidir, en cada especie, si hay falta o no, él se pregunta, lo que en ese caso debía esperarse del servicio, teniendo en cuenta de la dificultad más o menos grande de su misión, de las circunstancias de tiempo (períodos de paz, o momentos de crisis), de lugar, de los recursos de que disponía el servicio en personal y en material, etc.

<sup>15</sup> Consejero Ponente: Enrique Gil Botero, Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010), expediente: 17.172.

Estado, el cual debe ser probado dentro del proceso. En efecto, no es presumible por parte del despacho, ya que al juez le está vedado presumir situaciones o responsabilidades simplemente con la mera afirmación de la parte demandante. Debe dicha afirmación tener sus elementos de prueba sólidos, o de lo contrario, no puede concluirse que existe la falla del servicio. Es precisamente en ese sentido en que se presenta este medio exceptivo, pues al no estar probada la falla en el servicio en cabeza de la EPS Sanitas, ni tener elementos de prueba que puedan si quiera dar un indicio de la existencia de ella, deberá declararse su ausencia.

#### **4. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA EPS SANITAS.**

No existe un nexo de causalidad entre el daño alegado por la parte demandante y las presuntas afectaciones psicológicas y físicas del menor Castillo Toro, ya que EPS Sanitas no intervino en la atención de dicho menor. En primer lugar, es importante señalar que EPS Sanitas no actuó como prestador de servicios de salud en este caso, ni a través de su red de servicios propia ni mediante su red de prestadores adscritos. La atención médica que recibió el menor no fue proporcionada por ninguna entidad vinculada a EPS Sanitas, lo cual excluye a esta EPS de cualquier responsabilidad respecto a los cuidados o tratamientos realizados. Esta falta de intervención directa en la atención del menor impide establecer una relación de causalidad entre las presuntas afectaciones del menor y las acciones u omisiones de EPS Sanitas.

Además, el proceso de traslado institucional del menor, en caso de que se hubiera requerido, no estuvo a cargo de EPS Sanitas, pues esta entidad no fue solicitada para gestionar tal traslado, y por ende, no tiene responsabilidad en la coordinación o ejecución del mismo. Tampoco existe un vínculo contractual entre EPS Sanitas e IPS Renovar, lo que refuerza la imposibilidad de establecer una responsabilidad directa o solidaria por los daños alegados en la demanda. En este contexto, se puede concluir claramente que no hay un vínculo causal entre los daños mencionados por la parte demandante y las acciones de EPS Sanitas, dado que no desempeñó un papel en la atención del menor Castillo Toro ni en los procedimientos relacionados con su salud.

En la doctrina y la jurisprudencia se ha discutido la necesidad de la existencia de ciertos elementos como la culpa, dependiendo de algunos elementos mínimos, sin los cuales, al juzgador no le quedará más del régimen de responsabilidad que se defiende de cara al caso concreto (responsabilidad subjetiva u objetiva).

Sin embargo, un elemento cuya necesidad nunca se ha puesto en duda, para poder demostrar la existencia de la responsabilidad, es el nexo causal. Lo anterior, porque es imposible achacarle un supuesto daño o perjuicio a una parte, sin que se acredite que sus actos efectivamente fueron la causa directa o eficiente del daño alegado.

Es por eso, por lo que la carga mínima de la prueba en cabeza del demandante consiste en demostrar el hecho, el daño y el nexo causal entre el hecho y el daño.

Sobre todo, lo anterior, la doctrina ha señalado lo siguiente:

*“En la responsabilidad civil existen dos nexos causales: primero, entre la culpa y el hecho,*

*y el segundo, entre el hecho y el daño. Si no hay nexo causal entre la culpa y el hecho, hay causa extraña. Si no hay nexo causal entre el hecho y el daño, este es indirecto.*

*Para que exista responsabilidad civil subjetiva, bien sea contractual o extracontractual, se requieren cuatro elementos: culpa, hecho, daño y nexo causal. En el caso de la responsabilidad civil objetiva, se necesitan tres elementos: hecho, daño y nexo causal<sup>16</sup> [subraye y negrilla fuera del texto original].*

Para determinar la existencia de nexo causal entre el hecho y el daño, se debe observar la relación eficaz entre el hecho generador y el daño causado. Es así, como el agente de quien se demanda la responsabilidad, tiene que estar ligado su actuar directamente con la generación del daño, es decir, su acción u omisión debe ser el generador del daño que se reclame.

Aunado a ello, se debe tomar en consideración que la carga de la prueba del nexo causal se encuentra en cabeza de la parte actora. De esta forma, si los demandantes no acreditan el mencionado nexo de causalidad, todas las pretensiones esbozadas en el líbello de la demanda deberán ser desestimadas, al no existir uno de los elementos estructurales de la responsabilidad. En otras palabras, bajo la premisa de que la carga de la prueba del nexo causal está en cabeza de los demandantes, en el evento en que este no logre acreditar el nexo causal se deberán denegar las pretensiones de la demanda. A este respecto, precisó el Consejo de Estado que:

*La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste<sup>17</sup>.*

Por lo cual, para el caso en concreto, debe señalarse entonces, que EPS Sanitas, no tuvo ningún tipo de relación con el presunto daño que infundadamente e indiscriminadamente se alega por la parte actora, ósea con las presuntas secuelas padecidas por el menor Castillo Toro, con ocasión a la atención médica psiquiátrica que le fue suministrada desde el 15 hasta el 20 de mayo de 2021, en las instalaciones de la Clínica Renovar S.A.S.

Así entonces, es inexistente la relación causal entre la atención médica del paciente y el daño, en la medida que no hubo tipo de relación entre atención médica alguna suministrada por los prestadores de EPS Sanitas y las presuntas lesiones del menor.

Por lo anterior, solicito comedidamente se declare la prosperidad de la presente excepción.

## **5. INCUMPLIMIENTO DE LA CARGA PROBATORIA DE LA PARTE DEMANDANTE.**

En el caso en estudio no se acreditó la falla o negligencia médica por parte de la EPS Sanitas, relacionada con la atención médica que tuvo el menor Juan Felipe Castillo Toro desde el 15 hasta

<sup>16</sup> ORTIZ GÓMEZ Gerardo "Nexo Causal en la Responsabilidad Civil" en: CASTRO Marcela – Derecho de las Obligaciones Tomo II. Editorial Temis S.A. Bogotá 2010.

el 20 de mayo de 2021, dado que, como se manifestó previamente, la Clínica Renovar S.A.S., entidad que brindó la atención, no hace parte de la red de prestadores de la EPS.

De acuerdo con la naturaleza de la prestación del servicio médico con miras a imputar la responsabilidad de la institución médica atacada, la jurisprudencia reitera este deber en la sentencia 174 del 13 de septiembre de 2002 proferida por la Corte Constitucional, en los siguientes términos:

*“... entonces el médico asume acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría y si el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente que le causa un específico, **este debe con sujeción este acuerdo demostrar en línea de principio el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o en su caso de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización** correspondiente cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, claro, excepto el caso excepcional de la presunción de culpa que con estricto apego al contenido del contrato pueda darse como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado.<sup>18</sup>” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así entonces, resulta completamente desconocido el deber legal de probar lo que se pretende, bajo el criterio establecido en el artículo 167<sup>19</sup> del Código General del Proceso, que precisamente impone la obligación de acreditar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que se persigue con la demanda, y toda vez que no existe prueba del error médico por lo que las pretensiones están llamadas a fracasar.

No es suficiente afirmar la ocurrencia del hecho objeto de reproche médico, que incluso es totalmente difuso en este caso, sino que debe probarse aquel, así como el suceso por causas atribuidas precisamente al error, negligencia o impericia del o los galenos, para que en efecto pueda existir responsabilidad de la demandada y al no darse cumplimiento de ello por la parte interesada sus pretensiones no pueden ser prósperas.

Conforme lo expuesto, comedidamente le solicita al señor Juez declarar la prosperidad de la presente excepción y negar la totalidad de las peticiones incoadas en la demanda por la parte actora.

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 174. Expediente 6199. Septiembre 13 de 2002.

<sup>19</sup>**ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA.** Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.;

No obstante, según las particularidades del caso, el juez podrá, de oficio o a petición de parte, distribuir, la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos. La parte se considerará en mejor posición para probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de prueba, por circunstancias técnicas especiales, por haber intervenido directamente en los hechos que dieron lugar al litigio, o por estado de indefensión o de incapacidad en la cual se encuentre la contraparte, entre otras circunstancias similares.

Cuando el juez adopte esta decisión, que será susceptible de recurso, otorgará a la parte correspondiente el término necesario para aportar o solicitar la respectiva prueba, la cual se someterá a las reglas de contradicción previstas en este código.

Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.

Ruego al señor juez tener probada esta excepción.

## 6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA SALUD.

Es importante señalar a este despacho, que la presunta víctima directa del proceso objeto de litigio, es el menor Castillo Toro, por lo que desde ya, señor juez, como bien lo sabe, resulta improcedente reconocimiento de este perjuicio, en atención a que no reúnen los presupuestos fijados para ello, es decir, dado que no se probó que las presuntas lesiones padecidas por el menor Castillo Toro derivaran de una falla en el servicio por parte de alguno de los prestadores de la EPS Sanitas, con lo que quedó desvirtuado su reconocimiento.

Deberá tenerse en cuenta que la jurisprudencia ha sido enfática en establecer que la indemnización del daño a la salud está sujeta a lo probado en el proceso, **única y exclusivamente para víctima directa**. Así lo manifestó el Consejo de Estado en sentencia del 28 de agosto de 2014, expediente 28804:

*“En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera. La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, **única y exclusivamente para la víctima directa**, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada. (...)”<sup>20</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En este mismo sentido, frente a la exclusividad de reconocimiento por esta tipología de perjuicios únicamente a la víctima directa, el Consejo de Estado manifestó en sentencia del año 2018, lo siguiente:

*“En relación con el daño a la salud, la Sección Tercera estableció que aquella no estaba encaminada al restablecimiento de la aflicción o del padecimiento que se genera con aquel, sino que se dirigía a resarcir económicamente “-como quiera que empíricamente es imposible- una lesión o alteración a la unidad corporal de la persona, esto es, la afectación del derecho a la salud del individuo”, razón por la cual procedía **únicamente en favor de la víctima directa del daño**, dependiendo de la gravedad o levedad de la lesión, con base en el porcentaje de disminución de capacidad sicofísica que se hubiere causado”<sup>21</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Este planteamiento fue reiterado en Sentencias del 28 de febrero de 2019, expediente número 2009-00230-01 (45831) y 2010-00428-01 (47321), en los cuales fue consejera Ponente la Doctora Marta Nubia Velásquez Rico, citando el mismo argumento esbozado con anterioridad, así:

*“En relación con la reparación del daño a la salud, la Sección Tercera estableció que aquella procedía únicamente en favor de la víctima directa del daño y que su cuantificación*

---

<sup>20</sup> Ibidem.

<sup>21</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Radicación No. 27001-23-31-000-2011-10226-01(50776). CP. Marta Nubia Velásquez Rico.

*dependía de la gravedad o levedad de la lesión que se hubiere probado en el proceso, es decir, de acuerdo con el porcentaje de disminución de capacidad sicofísica que se hubiere causado”<sup>22</sup>*

Dejando claro que el Consejo de estado fijó un lineamiento jurisprudencial según el cual, el reconocimiento de los perjuicios de esta índole se realizará única y exclusivamente a la víctima directa, de acuerdo con lo que resulte probado dentro del proceso. En tal virtud, se confirma con toda claridad que en el presente caso no hay lugar a tales reconocimientos, puesto que no se acredita que las presuntas lesiones que sufrió el menor Juan Felipe Castillo Toro, derivaran de la atención médica anteriormente señalada, fueran consecuencia de un nexo causal con la atención médica prestada por alguno de los prestadores de EPS Sanitas.

En conclusión, el honorable juez no deberá acceder a las pretensiones por concepto de daño a la salud, como quiera que es una tipología de perjuicio predicable únicamente de la víctima directa, que en este caso es el menor Juan Felipe Castillo Toro, de lo cual no se evidencia ni las presuntas lesiones, es decir, esto no ha sido probado, ni que si eventualmente existen, fueran consecuencia de una falla en el servicio por parte de la EPS Sanitas.

Razón por la cual resulta claramente improcedente reconocimiento de suma alguna por este concepto. En otras palabras, solicito que no se reconozca indemnización alguna por concepto de daño a la salud, ya que esta categoría no se reconoce sino a la víctima directa siempre y cuando se pruebe en el proceso que las lesiones padecidas fueron responsabilidad de las entidades demandadas, no es plausible entonces reconocer y pagar suma alguna por esta tipología de perjuicio en favor de la demandante.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

## 7. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN.

Es menester resaltar que es jurídicamente improcedente condenar a la parte pasiva de la *litis* al pago de suma alguna a título de daño a la vida de relación, toda vez que este concepto no tiene ninguna viabilidad jurídica, en cuanto dicha categoría del daño se encuentra totalmente desechada por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. Sobre el particular, el Consejo de Estado en la sentencia del 20 de octubre de 2014 afirmó:

*“(…) Por consiguiente, **se denegará la solicitud en relación con el reconocimiento del perjuicio denominado “daño a la vida en relación”, por ser una categoría desechada en la jurisprudencia unificada de esta Sección.** De otra parte, se negará la indemnización a “bienes constitucionales autónomos”, ya que de los medios de convicción que fueron arrojados al proceso no se desprende la configuración de esas categorías de perjuicios (...)*

*En sus planteamientos, la Corte distingue tres clases de daños extra patrimoniales: i) el daño moral; ii) el daño a la vida de relación y iii) el daño a derechos fundamentales o constitucionales. **Sin embargo, deja de lado que la noción de daño a la vida de relación***

<sup>22</sup> Consejo de Estado. Sentencia 2009-00230-01 (45831) y 2010-00428-01 (47321). 28 de febrero de 2019. CP. Marta Nubia Velásquez Rico.

ya ha sido ampliamente superada, como se explicó en párrafos precedentes de este proveído, por tratarse de una categoría abierta y que le abría paso a la indemnización indiscriminada de toda clase de perjuicios. (...)”<sup>23</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así las cosas, tenemos que el perjuicio solicitado ya no tiene cabida en nuestro ordenamiento jurídico como una categoría independiente de daño. Por el contrario, se encuentra subsumido en el concepto de daño a la salud. Por tanto, ningún juez administrativo en virtud de la unificación jurisprudencial podrá reconocer la categoría de daño a la vida de relación. Específicamente en la Sentencia de Unificación el Consejo de Estado se indicó lo siguiente:

*“En ese orden de ideas, el concepto de salud comprende diversas esferas de la persona, razón por la que no sólo está circunscrito a la interna, sino que comprende aspectos físicos y psíquicos, por lo que su evaluación será mucho más sencilla puesto que ante lesiones iguales corresponderá una indemnización idéntica. **Por lo tanto, no es posible desagregar o subdividir el daño a la salud o perjuicio fisiológico en diversas expresiones corporales o relacionales** (v.gr. daño estético, daño sexual, daño relacional familiar, daño relacional social), **pues este tipo o clase de perjuicio es posible tasarlo o evaluarlo, de forma más o menos objetiva, con base en el porcentaje de invalidez decretado por el médico legista.**”*

(...)

*“Por lo tanto, cuando el daño tenga origen en una lesión corporal (daño corporal), sólo se podrán reclamar y eventualmente reconocer los siguientes tipos de perjuicios – siempre que estén acreditados en el proceso:*

- i) *los materiales de daño emergente y lucro cesante;*
- ii) ***y los inmateriales, correspondientes al moral y a la salud o fisiológico, el primero tendiente a compensar la aflicción o padecimiento desencadenado por el daño, mientras que el último encaminado a resarcir la pérdida o alteración anatómica o funcional del derecho a la salud y a la integridad corporal**”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En consecuencia, no hay lugar a que su despacho acceda a las pretensiones de la demanda relacionadas con el daño a la vida de relación, como quiera que esta es una tipología de perjuicio inexistente en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa. Puesto que el daño a la vida en relación se subsume en el daño a la salud. De cualquier manera, en el eventual caso en que se llegare a hacer una evaluación de los perjuicios de vida de relación como afectaciones dentro de lo reclamado como daño a la salud, deberá tenerse en cuenta que la jurisprudencia ha sido enfática en establecer que la indemnización del daño a la salud está sujeta a lo probado en el proceso, **única y exclusivamente para víctima directa**. Así lo manifestó el Consejo de Estado en sentencia del 28 de agosto de 2014, expediente 28804:

*“En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera. La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, **única y exclusivamente para la víctima directa**, en cuantía que no podrá exceder de*

<sup>23</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección C. Octubre 20 de 2014.

*100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada. (...)*<sup>24</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De lo anterior se evidencia sin mayores dificultades, que en el caso que nos ocupa no hay lugar a reconocimiento por esta tipología de perjuicios, habida cuenta de que este tipo de daño únicamente se reconoce para la víctima directa siempre y cuando se acredite la pérdida y esta derive de una falla por parte de la entidad demandada. Ahora, como quiera que en el caso que nos ocupa la víctima directa, es decir el menor Castillo Toro, no probó dicha circunstancia, no hay lugar a ningún tipo de indemnización por este concepto. Por tanto, una vez más le solicito al despacho que no reconozca indemnización alguna por estos conceptos.

En consecuencia, el honorable juez no deberá acceder a las pretensiones por concepto de daño a la vida de relación, como quiera que es una tipología de perjuicio inexistente en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, que se encuentra subsumida dentro del daño a la salud. En otras palabras, solicito que no se reconozca indemnización alguna por concepto de daño a la vida de relación, ya que esta categoría no se reconoce en la jurisdicción contencioso-administrativa desde el año 2014. Adicionalmente y en el hipotético caso de que el juez considere que se está solicitando es el daño a la salud, de todas maneras, solicito se deniegue dicho reconocimiento.

## **8. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A DERECHOS FUNDAMENTALES CONSTITUCIONALMENTE PROTEGIDOS .**

El daño a derechos y bienes constitucionalmente protegidos es una categoría de daño inmaterial desarrollada jurisprudencialmente por las Altas Cortes. Tipología de perjuicio que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas, que tiene como objeto resarcir no sólo la dignidad humana de la víctima y la de su núcleo familiar, sino en general resarcir a la sociedad y al Estado. De manera que el reconocimiento de perjuicios por esta tipología está encaminado directamente a restablecer a la víctima en el ejercicio de sus derechos. Para lo cual se imponen medidas de reparación y garantías de no repetición, es decir, no medidas de carácter pecuniario como las solicitadas por la parte demandante en el presente caso, solamente en casos excepcionales.

En primer lugar, es evidente que la naturaleza de la reparación de esta tipología de daño es equivocadamente entendida por la parte demandante. Toda vez que esta tipología de perjuicio está encaminada directamente a restaurar plenamente los bienes o derechos constitucionales y convencionales que se ven afectados y que se reparan principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario. A fin de reparar no solamente a la víctima directa, sino a su familia, a la sociedad y al Estado. Al respecto, el Consejo de Estado ha establecido qué:

*“Al referirse a la liquidación en concreto de un daño de esta naturaleza, esa Corporación citó una sentencia de unificación de 28 de agosto de 2014, en la que se establece dicho criterio, a saber, la trasgresión a bienes constitucionalmente protegidos configura un tipo*

<sup>24</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Radicación No. 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804).

*de daño inmaterial autónomo, el cual debe resarcirse preferiblemente a través de medidas de reparación simbólica. Sobre este específico tema indicó la decisión unificadora:*

*El daño a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados tiene las siguientes características: i) Es un daño inmaterial que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas: sus causas emanan de vulneraciones o afectaciones a bienes o derechos constitucionales y convencionales. Por lo tanto, es una nueva categoría de daño inmaterial. ii) Se trata de vulneraciones o afectaciones relevantes, las cuales producen un efecto dañoso, negativo y antijurídico a bienes o derechos constitucionales y convencionales. iii) Es un daño autónomo (...) iv) La vulneración o afectación relevante puede ser temporal o definitiva (...). (i) **El objetivo de reparar este daño es el de restablecer plenamente a la víctima en el ejercicio de sus derechos**<sup>25</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Una vez precisado lo anterior, la Corporación resaltó la finalidad de la reparación del daño a los derechos constitucionalmente protegidos con el objetivo de precisar el fundamento de su reparación en medidas simbólicas no pecuniarias, en tanto su objeto es restaurar plenamente a la víctima de forma individual y colectiva:

*“La reparación de la víctima está orientada a (a) restaurar plenamente los bienes o derechos constitucionales y convencionales, de manera individual y colectiva; (b) Lograr no solo que desaparezcan las causas originarias de la lesividad, sino también que la víctima, de acuerdo con las posibilidades jurídicas y fácticas, pueda volver a disfrutar de sus derechos, en lo posible en similares condiciones en las que estuvo antes de que ocurriera el daño; (c) propender para que el futuro, la vulneración o afectación a bienes o derechos constitucionales y convencionales no tengan lugar; y (d) buscar la realización efectiva de la igualdad sustancial”<sup>26</sup>.*

Para los fines del precitado, el Consejo de Estado indicó que se deben adoptar medidas de reparación integral que operen con el propósito de reconocer la dignidad de las víctimas, reprobando las violaciones a los derechos humanos y concretar la garantía de verdad, justicia, reparación, no repetición y las demás definidas por el derecho internacional. Lo anterior, confirma lo dicho en líneas precedentes sobre la errónea interpretación que le ha dado la parte demandante a esta categoría de daño inmaterial, a fin de entenderla bajo su conveniencia. Cuando es claro que en este caso no se ha materializado daño a este tipo de derechos.

En segundo lugar, es preciso indicar que además de que es claro que en este caso no se causaron tales perjuicios, los mismos no se encuentran en ningún caso acreditados mediante prueba o elemento de juicio suficiente que permita demostrar su consumación. Puesto que es evidente que no basta con enunciar y solicitar un perjuicio para que el mismo sea reconocido, sino que debe

<sup>25</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección tercera. Expediente No. 329888 del 2014.

<sup>26</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección tercera. Expediente No. 329888 del 2014.

acreditarse suficientemente dentro del proceso. Máxime, cuando está establecido jurisprudencialmente que para que un perjuicio de esta tipología sea concedido, deben confluír dos factores según los términos de la jurisprudencia del asunto, a saber: (i) Debe encontrarse acreditada dentro del proceso su concreción, y (ii) Debe precisarse su reparación integral. Como se lee:

*“En cuanto al daño inmaterial por afectación relevante a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados se ha establecido que se reconocerá, aún de oficio, la vulneración relevante de bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados. Procederá siempre y cuando, se encuentra acreditada dentro del proceso su concreción y se precise su reparación integral”<sup>27</sup>*

Como en el caso concreto no obra prueba ni elemento de juicio que permita determinar la concreción de este tipo de daños, es apenas lógico que el despacho proceda a desestimar esta pretensión, además por cuanto la víctima directa falleció. Más aún, cuando lo que solicita la parte demandante es una indemnización económica que desconoce los topes fijados por el Consejo de Estado, como reconocimiento a este tipo de perjuicios, cuando la jurisprudencia ha sido clara en establecer que, una vez acreditado este daño, su reconocimiento se da a través de medidas reparatorias y solo en casos excepcionales se fija un carácter pecuniario, siempre y cuando no se haya reconocido el daño a la salud.

En tercer lugar, es importante resaltarle al despacho que en el improbable evento en que se encontraran consumados estos perjuicios, de todas maneras, no hay lugar al reconocimiento solicitado por la parte demandante por estos conceptos. En cualquier caso, aunque las dos primeras condiciones se hubiesen cumplido, esta tipología de perjuicio excepcionalmente opera, en los casos en los cuales las medidas de satisfacción no sean suficientes o posibles para consolidar la reparación integral y se reconocerá única y exclusivamente a la víctima directa, mediante el establecimiento de una medida pecuniaria de hasta 100 SMLMV, no obstante solamente cuando dicha indemnización no haya sido reconocida por daño a la salud, además esa decisión deberá guardar proporción con el daño y la naturaleza del bien o derecho vulnerado.

Solicito al señor juez declarar probada esta excepción.

## **9. IMPROCEDENCIA DE LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LUCRO CESANTE.**

La solicitud de lucro cesante por parte de la señora Toro Salas es improcedente dado que el lucro cesante se fundamenta en la existencia de una pérdida de ingresos futuros que se habrían generado si no hubiera ocurrido el daño imputado. En este caso, la señora Toro Salas renunció voluntariamente a su puesto como decana, lo que excluye la posibilidad de que el daño haya

<sup>27</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección tercera. Expediente No. 329888 del 2014.

causado una pérdida económica por la pérdida del cargo, ya que la decisión de dejar el puesto fue de su propia voluntad. Además, el contrato tenía una duración temporal de solo tres meses y no contemplaba ninguna expectativa de continuidad más allá de ese plazo, lo que implica que no existían ingresos futuros esperados o beneficios que se hubieran visto truncados por el daño alegado.

La jurisprudencia ha establecido que el lucro cesante debe estar vinculado a una expectativa razonable de beneficios futuros que se verían afectados por el daño; en este contexto, no se cumple con este criterio debido a la naturaleza temporal del contrato y la decisión voluntaria de la señora Toro Salas de renunciar al cargo. Por consiguiente, no procede reclamar lucro cesante en este caso, ya que no se cumplen los elementos esenciales para su reclamación.

Por lo anterior, es sumamente importante traer a colación los apartes de lo anteriormente señalado:

Junio 2021

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO	
Nombre del empleador Corporación Universitaria del Meta - UNIMETA	Dirección del empleador Carrera 33 No 34 - 06 San Fernando
Nombre del trabajador Toro Salas Carolina C.C. 52705616 Bogotá D.C	Dirección del trabajador: Calle 6 sur # 39 - 144 Piedemonte Hacienda Rosa blanca TEL. 3134510794 ctorosalas@hotmail.com
Lugar, fecha de nacimiento y nacionalidad 01/11/1979 Bogotá D.C [Cundinamarca] - Colombia	Cargo Decana de la Escuela de Arquitectura
Salario: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS (\$ 4559232.00)	
PERIODOS DEL PAGO Mensual	Fecha de inicio de labores 02/02/2021 DD/MM/AA ←
Lugar de ejecución de funciones Corporación Universitaria del Meta Carrera 33 No 34 06 Edificio Pantano de Vargas	Ciudad donde ha sido contratado el trabajador Villavicencio
Término inicial del contrato Tres (3) Meses	Vence el día 01/05/2021 DD/MM/AA ←



Para empezar, debe hacerse remembranza sobre los aspectos fundamentales que configuran el lucro cesante. Éste se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica, de contenido pecuniario, es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero, y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir, que no ingresará al patrimonio de la persona. Es decir, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar.

Ahora bien, se debe mencionar que todas las posibles discusiones que pueden emerger frente al particular fueron zanjadas mediante el más reciente pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano, en la que se elimina la presunción según la cual toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, en tanto contraría uno de los elementos del daño, esto es la certeza, de manera que el lucro cesante solo reconocerá cuando obren pruebas

suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

*“La ausencia de petición, en los términos anteriores, así como el incumplimiento de la carga probatoria dirigida a demostrar la existencia y cuantía de los perjuicios debe conducir, necesariamente, a denegar su decreto. (...)*

*En los casos en los que se pruebe que la detención produjo la pérdida del derecho cierto a obtener un beneficio económico, lo cual se presenta cuando la detención ha afectado el derecho a percibir un ingreso que se tenía o que con certeza se iba a empezar a percibir, el juzgador solo podrá disponer una condena si, a partir de las pruebas obrantes en el expediente, se cumplen los presupuestos para ello, frente a lo cual se requiere que se demuestre que la posibilidad de tener un ingreso era cierta, es decir, que correspondía a la continuación de una situación precedente o que iba a darse efectivamente por existir previamente una actividad productiva lícita ya consolidada que le permitiría a la víctima directa de la privación de la libertad obtener un determinado ingreso y que dejó de percibirlo como consecuencia de la detención.*

*Entonces, resulta oportuno recoger la jurisprudencia en torno a los parámetros empleados para la indemnización del lucro cesante y, en su lugar, unificarla en orden a establecer los criterios necesarios para: i) acceder al reconocimiento de este tipo de perjuicio y ii) proceder a su liquidación.*

*La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante.”*

Además de lo expuesto, y a parte de la obligación de acreditar la dependencia económica de quien solicita ser resarcido, se excluye toda posibilidad de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica.

Por lo anterior es improcedente deprecar una petición indemnizatoria por este rubro, como quiera que la renuncia al cargo fue una decisión personal y el contrato tenía una duración limitada sin expectativas de renovación. Por lo tanto, en virtud de la jurisprudencia previamente señalada y los argumentos presentados, tanto la demanda por lucro cesante como las acusaciones de falla médica deben ser rechazadas por carecer de bases legales y fácticas suficientes.

Por lo anterior, ruego señor juez declarar probada esta excepción.

## **10. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO Y FALTA DE PRUEBA DEL DAÑO**

**EMERGENTE.**

En lo que nos atañe respecto del daño emergente solicitado por la demandante, es indispensable mencionar que en el plenario no existe ni siquiera un soporte y/o comprobante que acredite que efectivamente la señora Toro Salas, sufragó los supuestos gastos pretendidos por concepto de daño emergente con motivo a pago de honorarios por asesorías jurídicas. En este sentido y dado a que no hay elementos materiales probatorios que acrediten las supuestas erogaciones de la demandante, es claro que el honorable juzgado administrativo no puede proceder al reconocimiento de los perjuicios aquí deprecados.

En dicho sentido, el máximo órgano Contencioso se ha pronunciado así:

*“En esta ocasión ambos lesionados, los señores Gonzalo Rodríguez Jerez y Efigenio Ayala Espinosa solicitan se les reconozca el daño emergente referido a todos los gastos médicos por la atención de las lesiones causadas en el accidente, imputable al demandado según se consideró ut supra. Para la Sala la negación de este perjuicio debe mantenerse, pese a los alegatos de los demandantes, pues no se trata denegar la prestación por cúmulo de indemnizaciones cuando provienen de causa jurídica independiente, **sino por falta de prueba del perjuicio, en cuanto no se probó el monto como tampoco el carácter personal del daño. Es que, para soportar una pretensión de este tipo, cuando menos, los actores debían acreditar que asumieron los gastos médicos que implicó su recuperación y además demostrar el monto de las erogaciones, supuestos ausentes en el sub-lite, pues incluso en el recurso de apelación se informa que, al parecer, los costos fueron cubiertos por la entidad de salud a la cual estaban afiliados.** Entonces, una cosa es que el daño emergente se presente cuando el perjudicado efectivamente debe asumir un egreso que no tiene la obligación de soportar, pudiendo en tal caso acumular indemnizaciones que provengan de fuentes jurídicas independientes y otra, muy distinta, que la víctima no acredite el pago directo y personal del gasto, esto es no cumpla con la carga procesal de demostrar que el mismo asumió la pérdida patrimonial, caso en el cual se impone la negación de tal pretensión, como bien se dispuso en primera instancia.”<sup>28</sup> (Negrilla y cursiva fuera del texto original).*

En conclusión, y dado que no hay prueba siquiera sumaria que demuestre que en efecto la demandante incurrió en un gasto correspondiente a la suma de 15 SMMLV, es claro que resulta improcedente su reconocimiento.

## 11. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo del extremo pasivo de

---

<sup>28</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección tercera, subsección B, Consejera Ponente Stella Conto Díaz, radicado no: 15001-23-31-000-2000-03838-01(19146), sentencia del 22 de abril de 2015.

la *litis* y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

#### CAPÍTULO IV.

#### CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA EPS SANITAS.

##### I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

**AL HECHO 1.:** No es un hecho que sirva de base al llamamiento en garantía que nos ocupa.

**AL HECHO 2.:** No es un hecho que sirva de base al llamamiento en garantía que nos ocupa.

**AL HECHO 3.:** No es un hecho que sirva de base al llamamiento en garantía que nos ocupa.

**AL HECHO 4.:** No es un hecho que sirva de base al llamamiento en garantía que nos ocupa.

**AL HECHO 5.:** Es cierto parcialmente, aclaro: entre mí representada y la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A., se suscribió la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales N°AA195705, cuya vigencia correspondió desde el 27 de septiembre de 2022 hasta el 13 de octubre de 2022 en la Modalidad Claims Made.

Por lo anterior, la primera reclamación al asegurador o asegurado se debía realizar en vigencia de aquella, no obstante, se observa a través de acta de conciliación, que la audiencia fue celebrada hasta el 15 de noviembre de 2022, es decir fuera de la vigencia de la póliza.

**AL HECHO 6:** No es cierto, aclaro: EPS SANITAS SAS, no dio aviso de la reclamación, en atención a que no cumplió con la acreditación de los elementos contenidos en el artículo 1077 y 1127 del Código de Comercio, a saber: la ocurrencia del siniestro, la responsabilidad que le asiste al asegurado y la cuantía de la pérdida. Lo que conllevó a que mí representada mediante comunicación del 11 de noviembre de 2022, solicitara una serie de documentales.

**AL HECHO 7.:** Es cierto.

**AL HECHO 8.:** No es cierto, aclaro: la modalidad de cobertura Claims Made exige dos requisitos esenciales para prestar cobertura: (i) hechos ocurridos en vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado (ii) primera reclamación al asegurador o asegurado en vigencia de aquella. Por lo que, para el caso en concreto es evidente la ausencia de cobertura temporal, así como la configuración de alguna de las exclusiones de cobertura, principalmente porque los hechos narrados en la demanda y que motivaron el presente litigio, ocurrieron en una entidad que no tienen ningún vínculo contractual en calidad de prestador con la entidad asegurada.

**AL HECHO 9.:** Lo esgrimido no es un hecho, son apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la apoderada de EPS Sanitas.

**AL HECHO 10.:** Lo esgrimido no es un hecho, son apreciaciones meramente subjetivas realizadas por la apoderada de EPS Sanitas.

## CAPÍTULO V

### I. A LAS PRETENSIONES TÁCITAS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Al momento de resolver lo concerniente a la relación sustancial que sirve de base a la convocatoria que se hizo a mi procurada, La Equidad Seguros Generales O.C. como llamada en garantía por parte de EPS Sanitas S.A.S. ruego tener en cuenta, pese a la ausencia de responsabilidad de dicha entidad y de mi procurada en torno a los hechos en que se basa la demanda, que en el remoto caso que prosperaren una o algunas de las pretensiones del libelo de la parte actora, en gracia de discusión y sin que esta observación constituya aceptación de responsabilidad alguna, mi representada se opone a la prosperidad de las pretensiones del llamamiento en garantía en la medida que excedan los límites y coberturas acordadas, y/o desconozcan las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también, si exceden el ámbito amparado otorgado o no se demuestra la realización del riesgo asegurado o se comprueba una causa de exclusión.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 1.: ME OPONGO** a la aceptación del llamamiento en garantía, como quiera que los hechos objeto del presente medio de control, ocurrieron en una entidad distinta a la asegurada a través de la póliza N°AA195705, sumado a la configuración de algunas de las exclusiones pactadas y la ausencia de cobertura temporal de aquella.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 2.: ME OPONGO** a que se condene a mi representada, en atención a que se demostró: (i) ausencia de legitimación en la causa por pasiva de EPS Sanitas, (ii) el hecho de un tercero, (iii) ausencia de cobertura temporal de la póliza N° AA195705.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 3.:** La relación sustancial entre mi representada y EPS Sanitas debe ser resuelta favorablemente a los intereses de mí representada, dado que no se ha materializado el riesgo asegurado, en tanto, ninguno de los prestadores de la red adscrita al asegurado, prestó algún servicio médico al menor Castillo Toro, adicionalmente, es evidente la configuración de ausencia de cobertura temporal de la póliza en comento, dada la modalidad Claims Made con la que fue suscrita.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.: ME OPONGO** a que se condene a mi representada, a reembolso alguno en atención a que se demostró: (i) ausencia de legitimación en la causa por pasiva de EPS Sanitas, (ii) el hecho de un tercero, (iii) ausencia de cobertura temporal de la póliza N° AA195705 y (iv) no se configuró el riesgo asegurado.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 5.: ME OPONGO** a que se condene a mi representada, a reembolso alguno por concepto de asistencia jurídica atención a que se demostró: (i) ausencia de legitimación en la causa por pasiva de EPS Sanitas, (ii) el hecho de un tercero, (iii) ausencia de cobertura temporal de la póliza N° AA195705 y (iv) no se configuró el riesgo asegurado.

## CAPÍTULO VI

### I. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

## 1. INEXISTENCIA DE COBERTURA TEMPORAL Y CONSECUENTEMENTE DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

En relación con la cobertura temporal de la póliza AA195705, es necesario establecer que, en el contexto de la presente disputa, dicha póliza no cubre el evento objeto de la demanda, dado que la audiencia de conciliación extrajudicial se llevó a cabo el **15 de noviembre de 2022**, fecha que claramente excede el período de vigencia de la póliza, el cual estuvo vigente hasta el 13 de octubre de 2022. Esta discrepancia temporal es fundamental para entender la falta de cobertura de la póliza en el caso en cuestión, ya que cualquier reclamación o evento posterior al término de vigencia de la póliza no puede ser amparado por la misma. Por lo tanto, al haber ocurrido la audiencia de conciliación fuera del período de vigencia de la póliza, se concluye de manera inequívoca que la póliza AA195705 no presta cobertura temporal.

Bajo la modalidad de descubrimiento se ofrece cobertura cuando el tomador, asegurado o beneficiario conoce el hecho dañoso dentro de la vigencia de la póliza. Por último, se tiene que el seguro pactado bajo la modalidad de reclamación o *claims made* opera, de un lado, si el interesado presentó su reclamación dentro de la vigencia de la póliza y, de otro, si los hechos por los que se reclama ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado.

Específicamente la modalidad de cobertura por reclamación o *claims made* tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997. Con la nombrada norma se introdujo esta nueva figura, cuya finalidad es que la aseguradora indemnice los perjuicios causados a terceros por hechos pretéritos a la vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando, la reclamación, al asegurado o a la aseguradora, se realice dentro de dicha vigencia. La respectiva norma establece lo siguiente:

*“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”. (negrita adrede)*

Si bien el artículo 1131 del Código de Comercio estipula que el siniestro se entiende ocurrido “*en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado*”, con la precitada norma se permitió, a través del pacto expreso entre contratantes, que se amparen hechos anteriores a la vigencia del seguro (retroactividad), bajo la condición de que la reclamación se realice dentro de la referida vigencia. Esto no quiere decir que el requerimiento sea requisito para que se configure la responsabilidad, sino que la obligación de pago de la aseguradora se sujeta al reclamo en el curso de la póliza.

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. N°AA195705, concertados entre la **EPS SANITAS** y mi representada, fue pactado bajo modalidad “*Claims Made*”. En consecuencia, para que opere la cobertura de la póliza, 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 N°AA195705 no debe afectarse, toda vez que la primera reclamación que se formuló no se realizó dentro del periodo de vigencia convenido, además, los hechos objeto de controversia ocurrieron con posterioridad a la vigencia pactada en el contrato de seguro.**

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 celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial en la que se reclama al asegurado fue el **15 de noviembre de 2022**.

La vigencia pactada en las pólizas es la siguiente:

- Póliza No. **N°AA195705**: desde el 30//08/2019, hasta el 13/10/2022.

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 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 dichas pólizas no tendrían cobertura en el caso debido a que la reclamación a la entidad asegurada se presentó por fuera de la vigencia pactada en el contrato de seguro, así como la ocurrencia de los hechos fue posterior a la vigencia pactada.

Se aclara finalmente que el periodo de extensión al que hace referencia la póliza, y que corresponde al lapso de dos años, guarda relación con el tiempo que tiene el asegurado para dar aviso a la aseguradora sobre el presunto siniestro, más no guarda relación con la modalidad explicada con anterioridad.

Por lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

**2. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS NO. N° AA195705.**

Debe decirse que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohijada La Equidad Seguros Generales O.C. con fundamento en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas N° AA195705, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado en ella, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, acaecido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad, derivado del acto médico ejercido por el asegurado. Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de las pólizas en cuestión, que menciona como amparo principal:

*“EL ASEGURADOR INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO TODA PÉRDIDA RESULTANTE DE UNA RECLAMACIÓN POR UN ACTO INCORRECTO DE MALA PRAXIS o POR UN ACCIDENTE DE UN PACIENTE, PRESENTADA POR PRIMERA VEZ CONTRA DICHO ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EN LA PRESTACIÓN O FALTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES POR UN ASEGURADO U OTRA PERSONA DE LA QUE EL ASEGURADO SEA LEGALMENTE RESPONSABLE..”*

En consonancia con lo anterior el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

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

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, puesto que no hubo falla médica atribuible a EPS Sanitas. Toda vez que como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, la atención médica suministrada al menor Castillo Toro objeto de reproche, fue dentro de las instalaciones de la Clínica Renovar S.A.S., entidad que no guarda ninguna relación con la EPS. En consecuencia, no existe realización de riesgo asegurado en el presente asunto en tanto que no hubo falla en el servicio médico, pues no se acreditó ningún tipo de acción u omisión en cabeza de la EPS que tuviera como consecuencia la presunta concreción del daño alegado en el presente medio de control.

Así las cosas y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de EPS Sanitas, no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla del servicio en cabeza del Clínica, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la póliza identificada con el N° AA1957050, por ende, tampoco surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

**3. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS N° AA195705:**

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B,

consejera Ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

*“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”<sup>29</sup>*

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, se exhorta a los Jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. Razón por la cual, es menester señalar que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. N°AA195705, en su Sección C señala una serie de exclusiones, dentro de las cuales, para el caso en concreto se configuran las siguientes:

**“1. ACTIVIDADES AJENAS**

**DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL EJERCICIO DE ACTIVIDADES AJENAS AL ÁMBITO LEGAL DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DEL ASEGURADO.**

*(b) MALA FE O UN ACTO U OMISIÓN DELIBERADAMENTE DESHONESTO, ANTIJURÍDICO, CRIMINAL, DOLOSO O FRAUDULENTO, O INCUMPLIMIENTO INTENCIONADO DE LA LEGISLACIÓN O REGULACIÓN COMETIDO POR UN ASEGURADO.*

*19. FACULTATIVOS Y ENFERMEROS DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A ENFERMEROS CONTRATADAS POR EL ASEGURADO O QUE ACTÚEN EN NOMBRE DEL ASEGURADO SIN PERTENECER AL COLEGIO DE ENFERMERÍA CORRESPONDIENTE O FACULTATIVOS QUE NO CUENTEN CON LA TITULACIÓN PERTINENTE AUTORIZADA POR EL ÓRGANO LEGISLATIVO, REGULADOR O ADMINISTRATIVO COMPETENTE, QUE NO PERTENEZCAN AL COLEGIO PROFESIONAL CORRESPONDIENTE, SI SU COLEGIACIÓN FUERA OBLIGATORIA POR LEY O FACULTATIVOS QUE NO CUENTEN CON SEGURO OBLIGATORIO PARA CUBRIR SUS PROPIOS ERRORES, OMISIONES O NEGLIGENCIA PROFESIONAL”.*

Así las cosas, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones arriba señaladas o las que constan en las condiciones generales y particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas N° AA195705 éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza de la aseguradora como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

#### **4. FALTA DE COBERTURA MATERIAL FRENTE A ERRORES ADMINISTRATIVOS**

Sin perjuicio, la inexistencia de comisión de error administrativo por parte de la EPS Sanitas en la atención del paciente, sería atribuible únicamente a un tercero, en el hipotético e improbable caso

<sup>29</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B., Mayo 27 de 2020.

de que se constatará que existió un error administrativo a cargo de la EPS, se debe advertir que la póliza no cubre este tipo de amparo. Como quiera que el riesgo asegurado es la responsabilidad médica en que incurra el asegurado, esto es, la EPS. Es decir, que la póliza de responsabilidad vinculada a este proceso cubre únicamente el patrimonio del asegurado por la responsabilidad que a este le corresponda, de tal suerte que en ningún caso ampara la responsabilidad administrativa que no hayan sido causados por el asegurado. Razón por la cual no es jurídicamente procedente condenar a la compañía aseguradora, por cuanto, lo único amparado en la póliza es la responsabilidad médica del asegurado Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A.

Ahora bien, el máximo órgano Constitucional en sentencia del 23 de abril de 2008 expuso la definición de asegurado en los siguientes términos:

*“En el contrato de seguro de responsabilidad el asegurado es el titular del interés asegurable y es aquella persona que puede ver afectado su patrimonio ante la ocurrencia de un siniestro por el cual debe responder, y cuyo patrimonio protege a través del seguro y puede tener a su vez la condición de tomador del seguro, siendo en consecuencia parte en el contrato de seguro.”<sup>30</sup>*

De manera que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas N° AA195705 expedida por mi poderdante La Equidad Seguros Generales O.C., no presta cobertura material en el caso que nos ocupa. Lo anterior, toda vez que el objeto de la póliza es indemnizar los daños causados por errores médicos o negligencia del asegurado como resultado de la Responsabilidad Civil Médica y no administrativa. De lo cual se pretende hacer responsable a la asegurada, EPS Sanitas, que, no podría endilgársele en los hechos base de este litigio, resultando consecuentemente improcedente la afectación de la póliza.

En conclusión, la póliza N° AA195705 no presta cobertura material y no podrá ser afectada, como quiera que el objeto asegurado es indemnizar los perjuicios causados por la responsabilidad civil profesional médica del asegurado. En otras palabras, el contrato de seguro no presta cobertura material en el caso concreto, como quiera que se está discutiendo la eventual responsabilidad administrativa de la EPS. De modo que aún en el hipotético e improbable caso de que se constatará que existió un error administrativo a cargo de la clínica, se debe advertir que la póliza no cubre este tipo de amparo. Como quiera que el riesgo asegurado es la responsabilidad médica en que incurra el asegurado, esto es, EPS Sanitas. Es decir, que la póliza de responsabilidad vinculada a este proceso cubre únicamente el patrimonio del asegurado por la responsabilidad que a este le corresponda, de tal suerte que en ningún caso ampara la responsabilidad administrativa que no haya sido causada por el asegurado.

## **5. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.**

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca

<sup>30</sup> Corte Constitucional. Expediente D-7001. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

*“Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.”*

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

**“Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”** (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: perjuicios morales, daño a la salud, daño a la vida de relación, entre otras, no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte de la EPS Sanitas, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte de la EPS que nada tuvo que ver con la atención médica objeto de reproche, que fue suministrada por parte de la Clínica Renovar S.A.S.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciendo a los accionantes.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

## **6. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA N°AA195705**

En el remoto e improbable evento en que el despacho considere que sí ha nacido a la vida jurídica

la obligación condicional de **SEGUROS GENERALES DEL ESTADO O.C.** en virtud de la póliza vinculada. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

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

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

*“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”<sup>31</sup>*  
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Para la Póliza. N° AA195705:

<sup>31</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 5952. Diciembre 14 de 2001.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00

**Documento:** Contrato de seguro Póliza No. N° AA195705

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al honorable despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** no puede ser condenada por un mayor valor que el expresamente establecido en la póliza antes referida. En todo caso, dichas pólizas contienen unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

**7. EN LA PÓLIZA N° AA195705 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE.**

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable despacho considere que la aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta los siguientes deducibles pactado en el contrato de seguro a la póliza. N° AA195705.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,750,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$ .00

Imagen obtenida de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas N° AA195705.

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

**“Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma**

*asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.*

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a "Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes"<sup>32</sup>. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable de pagar la indemnización a la parte actora en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el honorable juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que como se indicó, corresponde al diez por ciento (10%) sobre el valor de la pérdida, suma que no podrá ser inferior a \$150.000.000.

## 7. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

## CAPÍTULO VII

### MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

#### 1. DOCUMENTALES

- Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. Hospitales No. N° AA195705, con su respectivo condicionado particular y general.

#### 2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito al despacho se sirva hacer comparecer a los demandantes **CAROLINA SALAS TORO** y **JUAN FELIPE CASTILLO TORO** para que absuelvan el interrogatorio de parte con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda.

Solicito se sirva citar al representante legal de la **CLÍNICA DE SISTEMA NERVIOSO RENOVAR**, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda.

#### 3. TESTIMONIALES:

<sup>32</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 016118318-001. Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual. Deducible. Noviembre 29 de 2016.

- Solicito se sirva citar al patrullero **WILBER JOHAN RINCON MOJICA**, mayor de edad, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al despacho sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se presentaron los hechos objeto del presente litigio. Podrá ser citado en el correo electrónico [wilber.rincon@correo.policia.gov.co](mailto:wilber.rincon@correo.policia.gov.co) o en el abonado telefónico 3203939557.

- Solicito se sirva citar al patrullero **CESAR AUGUSTO REYES GUZMAN**, mayor de edad, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al despacho sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se presentaron los hechos objeto del presente litigio. Podrá ser citado en el correo electrónico [cesar.reyes3823@correo.policia.gov.co](mailto:cesar.reyes3823@correo.policia.gov.co) o en el abonado telefónico 3204367516.

- Solicito se sirva citar a la defensora de familia de conocimiento **JULIETH ALEXANDRA MUÑOZ TORRES**, mayor de edad, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al despacho sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se presentaron los hechos objeto del presente litigio. Podrá ser citada en el correo electrónico [julieth.muñoz@icbf.gov.co](mailto:julieth.muñoz@icbf.gov.co)

#### 4. OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE ACTORA:

Sea lo primero poner de presente, la improcedencia del decreto de prueba solicitado por el extremo actor en el acápite “e OFICIOS Y/O REQUERIMIENTOS”, como quiera que el apoderado de los demandantes se limita a peticionar que se oficie a las demandadas para que remitan copia de documentales relacionadas con la atención suministrada al menor Castillo Toro, sin reunir los presupuestos procesales establecido en el artículo 173 del Código General del Proceso.

*“ARTÍCULO 173. OPORTUNIDADES PROBATORIAS. Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código.*

*En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado. **El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente.***

*Las pruebas practicadas por comisionado o de común acuerdo por las partes y los informes o documentos solicitados a otras entidades públicas o privadas, que lleguen antes de dictar sentencia, serán tenidas en cuenta para la decisión, previo el cumplimiento de los requisitos legales para su práctica y contradicción”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En consonancia con la disposición antes referida, el juzgado deberá abstenerse de decretar pruebas que la parte demandante hubiera podido obtener directamente o por medio de derecho de petición. Presupuesto que en el caso bajo estudio no se encuentra acreditado, como quiera que los demandantes se limitan a incorporar el acápite “e OFICIOS Y/O REQUERIMIENTOS”, sin allegar prueba si quiera sumaria de que elevaron petición ante las entidades demandadas, mediante el cual solicitaran la remisión de los documentos solicitados.

#### **5. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL SOLICITADO POR LA PARTE ACTORA.**

Solicito respetuosamente al señor Juez que se ordene la comparecencia del perito que rinda el dictamen pericial solicitado por el apoderado de los demandantes, respecto a un profesional de psiquiatría y psicología infantil, en el evento que sea decretado por el despacho, en caso de que se acceda a la pretensión probatoria incoada por el apoderado de los demandantes. Esta solicitud se fundamenta en lo establecido en el artículo 228 del Código General del Proceso, que dispone la comparecencia del perito en la correspondiente audiencia de práctica de pruebas. La presencia del perito es necesaria para que ambas partes ejerzan el derecho de contradicción que les asiste dentro del proceso judicial.

### **CAPÍTULO VIII** **ANEXOS**

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C.
3. Certificado de existencia y representación legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

### **CAPITULO IX** **NOTIFICACIONES**

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9A N° 99 - 07, Piso 12-15, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: [notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)

Al suscrito en la Calle 69 N°4-48, Oficina 502 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



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