

Señores.

JUZGADO OCTAVO (08) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO (N)

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 52001333300820230016600
DEMANDANTES: ALBA ROCÍO LASSO ORDOÑEZ Y OTROS
DEMANDADO: NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTROS
LLAMADOS EN GTÍA.: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado general de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio principal en calle 100 No. 9 A -45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con el NIT.860.524.654-6, representada legalmente por JUAN PABLO RUEDA SERRANO, identificado con cedula de ciudadanía 79.445.028, como consta en el poder especial allegado. Encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** propuesta por la señora Alba Rocío Lasso Ordoñez y otros en contra del HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. DE LA UNIÓN - NARIÑO, y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por este a mi prohijada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su despacho tanto en la demanda como en el llamamiento en garantía, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I. OPORTUNIDAD

Teniendo en consideración que la notificación electrónica del Auto Interlocutorio No 190/2025 del 11 de febrero de 2025 que admitió el llamamiento en garantía se efectuó el día 12 de febrero de la misma anualidad y de acuerdo a lo reseñado en el artículo 199 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo modificado por el artículo 47 de la Ley 2080 de 2021, la notificación electrónica se entiende surtida pasados dos (2) días después del envío del mensaje de datos, por ello, el término empezó a contabilizarse desde el 17 de febrero de 2025, así, se tiene hasta el día 07 de marzo de 2025 para contestar la demanda y el llamamiento en garantía, por lo cual se concluye que este escrito se presenta dentro del término establecido para tal efecto.

CAPÍTULO II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

I. FRENTE A “HECHOS” DE LA DEMANDA

Frente al hecho denominado “PRIMERO”: A mi representada no le consta que las personas aquí descritas hagan parte del núcleo familiar de la señora Alba Lasso, teniendo presente que es una situación personalísima y la compañía no cuenta con ningún medio para corroborar lo aquí

señalado.

Frente al hecho denominado “SEGUNDO”: Es cierto lo aquí descrito, teniendo presente que se aportó certificado que así lo demuestra. Igualmente, solicito que se tenga como confesión lo aquí indicado, teniendo presente que al estar afiliada al régimen subsidiado y con el Grupo A1 del Sisbén es claro que la demandante no labora, ni tiene ingreso alguno.

Frente al hecho denominado “TERCERO”: Es parcialmente cierto, teniendo presente que la historia clínica aportada y la cita que realiza el apoderado es muy clara al indicar que la demandante tenía un cuadro de dolor sin mejora, e indica concretamente que el cuadro clínico llevaba 8 horas de evolución y estaba asociado a dolor en hipocondrio derecho de intensidad 8/10, y se extendía sobre región lumbar; además, el cuadro se acompañó de 4 episodios eméticos de características biliosas.

Frente al hecho denominado “CUARTO”: No es cierto lo señalado en este hecho, teniendo en cuenta que la intervención del médico en mención se dio posterior a la cirugía, tal y como se aprecia de la historia clínica:

NOMBRE:	LASSO ORDOÑEZ ALBA ROCIO	MEDICO TRATANTE:	JUAN PABLO MELO REALPE
IDENTIFICACION:	1061087722	ENTIDAD:	ASMET SALUD EPS SAS
FECHA DE NACIMIENTO:	1993-05-15 (29 AÑOS)	REGIMEN:	SUBSIDIADO
DIRECCION:	EL CAMPO	TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO
FECHA DE INGRESO:	2021-05-12 09:57:10	NIVEL DE USUARIO:	NIVEL I
FECHA DE EGRESO:	2021-05-17 12:50:00		
FECHA DE REGISTRO:	2021-05-12		

HISTORIA CLINICA DE HOSPITALIZACION

SIGNOS VITALES

Presión arterial:	129 / :	72	Frecuencia Cardíaca:	73	Frecuencia Respiratoria:	20	
Temperatura °C:	35.9	PESO Kg:	53	TALLA Cm:	1.52	IMC:	0.00

MOTIVO DE CONSULTA
TRASLADO DE QUIROIFANO

ENFERMEDAD ACTUAL:
 PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE EN COMPANIA DE MADRE DE NOMBRE ROSA ORDOÑEZ, QUIENES REFIERE CUADRO CLINICO DE 8 HORAS DE EVOLUCION ASOCIADO A DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO DE INTENSIDAD 8/10, QUIEN AFIRMA QUE DICHO DOLOR SE EXTIENDE SOBRE REGION LUMBAR, ADEMAS EXPRESA QUE EL CUADRO SE ACOMPAÑO DE 4 EPISODIOS EMETICOS DE CARACTERISTICAS BILIOSAS, ESTABLECE QUE CONSUME MORINGA EN JARABE PARA CONTROL DEL DOLOR PERO QUE NO OBSERVO NINGUN TIPO DE MEJORIA POR LO QUE DECIDE TRASLADARSE A ESTA INSTTUCION. ES DE RESALTAR QUE LA PACIENTE TENIA PROGRAMADA CIRUGIA PARA COLECISTECTOMIA PARA EL AÑO 2019, PERO PACIENTE POR MOTIVOS FAMILIARES NO ASISTIO A PROCEDIMIENTO

LA PACIENTE REFIERE NO HABER ESTADO EXPUESTA CON PERSONAS SOSPECHOSAS O CONFIRMADAS CON INFECCION POR SARS COV2. POR TAL RAZON SE ATIENDE BAJO LAS RESPECTIVAS MEDIDAS DE PROTECCION PERSONAL

PACIENTE REALIZAN COLECISTECTOMIA SIN COMPLICACIONE SPOR LO CUAL SE TRASALADA A HOSPITALIZACION

Y como igualmente se puede apreciar:

HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E									
<small>NIT 891200952-8 CARRERA 2 No. 16-08 LA UNION (Nariño) TELEFONOS 7442029 - 7442030</small>									
<small>NOMBRE: LASSO ORDOÑEZ ALBA ROCIO IDENTIFICACION: 1061087722 FECHA DE NACIMIENTO: 1993-05-15 (29 AÑOS) DIRECCION: EL CAMPIO FECHA DE INGRESO: 2021-05-12 09:57:10 FECHA DE EGRESO: 2021-05-17 12:50:00 FECHA DE REGISTRO: 2021-05-12</small>	<small>MEDICO TRATANTE: JUAN PABLO MELO REALPE ENTIDAD: ASMET SALUD EPS SAS REGIMEN: SUBSIDIADO TIPO DE USUARIO: BENEFICIARIO NIVEL DE USUARIO: Nivel I</small>								
HOJA DE EVOLUCION									
<small>Servicio: Hospitalizacion</small>									
HOJA DE EVOLUCION (Análisis de especialidad /o medicina general)									
NOTA NOTA MEDICA 20+33 HS PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS EDAD EN SALA DE RECUPERACION CON DIAGNOSTICO POSOPERATORIO DE COLECISTECTOMIA . ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE PRESENCIA LEVE DOLOR A LA PALPACION DE HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITO ESTERIL , SIN DISTENSION ABDOMINAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GENITOURINARIO: PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE AL MOMENTO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE SIRIS O DIFICULTAD RESPIRATORIA, PRESENTA RECUPERACION COMPLETA DE ANESTESIA , POR LO CUAL SE DA EGRESO DE QUIROFANO , SE TRASLADA A HOSPITALIZACION .									
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS									
ANALISIS	PLAN DE TRATAMIENTO								
PLAN DIARIO	Diagnostico								
<table border="1"> <tr> <td>Dx Principal:</td> <td>K800</td> <td>CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA</td> <td>Confirmado nuevo</td> </tr> <tr> <td>Causa Externa:</td> <td>Enfermedad general</td> <td>Finalidad Consulta:</td> <td>No aplica</td> </tr> </table>		Dx Principal:	K800	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	Confirmado nuevo	Causa Externa:	Enfermedad general	Finalidad Consulta:	No aplica
Dx Principal:	K800	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	Confirmado nuevo						
Causa Externa:	Enfermedad general	Finalidad Consulta:	No aplica						
CONDUCTA Y PLAN AMBULATORIO									

Adicionalmente, fue el cirujano, según la historia clínica, quien confirmó el diagnóstico tras realizar diversos exámenes (ayudas diagnosticas) y señaló que la paciente debía ser intervenida quirúrgicamente, como se puede observar de las notas del médico Jaime Navarro:

EVOLUCION	
EVOLUCION (Cambios, Complicaciones, Accidentes u otros eventos) 2+59 SE REVALORA A PACIENTE Y DADO A QUE PERSISTE DE DOLOR Y QUIEN PRESENTA ANTECEDENTE DE COLELITIASIS CON CRITERIO PARA COLECISTECTOMIA SE INDICA DEJAR EN OBSERVACION PARA VALORACION CONTROL DE DOLOR Y VALORACION POR LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL	
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO	
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO (Tipos y Resultados) HEMOGRAMA WBC. Recuento de Glóbulos Blanco 6.53 x 10 ³ 4 - 10 NE#. Neutrófilos # 4.14 x 10 ³ 2 - 7 LY#. Linfocitos # 2.05 x 10 ³ 0.8 - 4 MO#. Monocitos # 0.19 x 10 ³ 0.12 - 1.2 EOS#. Eosinófilos # 0.12 x 10 ³ BAS#. Basófilos # 0.03 x 10 ³ 0 - 0.1 ALY#. Linfocitos Atípicos # 0.02 x 10 ³ LIC#. Células Inmaduras # 0.01 x 10 ³ NE%. Neutrófilos % 63.5 % 50 - 70 LY%. Linfocitos % 31.4 % 20 - 40 MO%. Monocitos % 2.9 % 3 - 12 EOS%. Eosinófilos % 1.8 % 0.5 - 5 BAS%. Basófilos % 0.4 % 0 - 1 LIC#. Células Inmaduras % 0.1 % ALY%. Linfocitos Atípicos % 0.3 % RBC. Recuento de Góbulos Rojos 4.87 x 10 ⁶ 3.5 - 5 HGB. Hemoglobina 12.6 g/dL 11 - 15 HCT. Hematocrito 39.4 % 37 - 47 MCV. Volúmen Corpuscular Medio 80.9 fl. 80 - 100 MCH. Hemoglobina Corpuscular Me 25.9 pg 27 - 34 MCHC. Concentración Hemoglobina 32.1 g/dL 32 - 36 RDW-CV. Ancho de Distribución de 13.2 % 11 - 16 RDW-SD. Ancho de Distribución de 43.2 fl. 35 - 56 PLT. Plaquetas 233 x 10 ³ 150 - 450 MPV. Volúmen Plaquetario Medio 9.4 fl. 6.5 - 12 PDWsd. Ancho de Distribución Plaq 12.2 fl PCT. Plaquetocrito 0.220 % 0.108 - 0.282 PLCR. PLCR 32.4 % 13 - 43 INTERPRETACION: LINEAS CELULARES DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD PCR MENOR DE 6 INTERPRETACION: NEGATIVA	
Diagnostico de Egreso	
Diagnostico de Egreso(abierto) COLELITIASIS CON SIGNOS DE COLECISTITIS	

Sumado a esto, se aprecia en la historia clínica el concepto del cirujano y sus respectivas notas:

 <p>HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E NIT 891200952-8 CARRERA 2 No. 16-08 LA UNION (Nariño) TELEFONOS 7442029 - 7442030</p>	
<p>NOMBRE: LASSO ORDOÑEZ ALBA ROCIO IDENTIFICACION: 1061087722 FECHA DE NACIMIENTO: 1993-05-15 (29 AÑOS) DIRECCION: EL CAMPO FECHA DE INGRESO: 2021-05-12 09:57:10 FECHA DE EGRESO: 2021-05-17 12:50:00 FECHA DE REGISTRO: 2021-05-12</p>	<p>MEDICO TRATANTE: JOSHUA ARROYO ENTIDAD: ASMET SALUD EPS SAS REGIMEN: SUBSIDIADO TIPO DE USUARIO: BENEFICIARIO NIVEL DE USUARIO: NIVEL I</p>

SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

Datos Clinicos Importantes

DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCONDRIO DERECHO

Procedimiento Realizado

COLECISTECTOMIA

Hallazgos Operatorios

VESICULA DE PAREDES ENGROSADAS MULTILITIASICA MULTIPLES ADHERENCIAS GASTRO VESICULARES. COLECISTOEPILOICAS

Envío: ESPECIMEN **Descripción:** VESICULA BILIAR

Biopsia Previa

JOSHUA ARROYO

CIRUJANO
REGISTRO MEDICO 521770

Nótese que además de los síntomas que tenía la demandante, al momento de intervenir se hallaron otras sintomatologías (adicionales a las que ya tenía la señora Alba), como se constata:

NOMBRE: LASSO ORDOÑEZ ALBA ROCIO IDENTIFICACION: 1061087722 FECHA DE NACIMIENTO: 1993-05-15 (29 AÑOS) DIRECCION: EL CAMPO FECHA DE INGRESO: 2021-05-12 09:57:10 FECHA DE EGRESO: 2021-05-17 12:50:00 FECHA DE REGISTRO: 2021-05-14	MEDICO TRATANTE: JOSHUA ARROYO ENTIDAD: ASMET SALUD EPS SAS REGIMEN: SUBSIDIADO TIPO DE USUARIO: BENEFICIARIO NIVEL DE USUARIO: NIVEL I
--	---

HOJA DE EVOLUCION

Servicio: Hospitalizacion

HOJA DE EVOLUCION (Análisis de especialidad /o medicina general)

NOTA

NOTA DE CIRUGIA
 HORA: 08+00 AM CORRESPONDIENTE AL PASO DE REVISTA MEDICA

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD EN SU SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION CON DIAGNOSTICOS DE:
 - POP DE COLECISTECTOMIA POR LAPAROTOMIA DEL 12/05/2021 A LAS 15+50.
 HALLAZGOS: COLECISTITIS SUBAGUDA VESICULA DE PAREDES ENGROSADAS MULTILTITIASICA MÚLTIPLES ADHERENCIAS GASTRO VESICULARES. COLECISTOEPILOICAS.

S/ PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON LEVE DOLOR EN SITIO OPERATORIO, PASA LA NOCHE TRANQUILA CONCILIA SUEÑO POR PERIODOS LARGOS DE TIEMPO, NIEGA NAUSEAS, NIEGA EMESIS, , DIURESIS POSITIVO, NIEGA ALZAS TERMICAS, NO REFIERE MAS SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

SIGNOS VITALES
 PRESION ARTERIAL: 100/90 MMHG,
 FRECUENCIA CARDIACA: 68 LATIDOS POR MINUTO,
 SATURACION DE OXIGENO: 95%
 FRECUENCIA RESPIRATORIA:21 POR MINUTO,
 TEMPERATURA :36.7°C

EXAMEN FISICO:
 APARIENCIA GENERAL: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, NO ALGICO.
 CABEZA: NORMOCEFALO, SIN MASAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA SIN LESIONES
 CUELLO: MOVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOPATIAS, NO DOLOROSO.
 TORAX: TORAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIVO, SIN TIRAJES.
 PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREGREGADOS
 CORAZÓN: RÍTMICO, SIN SOPLOS
 ABDOMEN: RUIDOS HIDRO AEREOS PRESENTES, BLANDO, PRESENTA HERIDA QUIRURGICA EN LINEA MEDIA DE APROXIMADAMENTE DE 5 CM DE LONGITUD, HERIDA SECA, LIMPIA, SIN SIGNOS DE INFECCION, SIN SIGNOS DE SANGRADO. CON PRESENCIA DE PUNTOS DE SUTURA INTRADERMICOS, CON LEVE DOLOR A LA PALPACION EN SITIO QUIRURGICO.
 GENITOURINARIO: DIURESIS ESPONTANEA POSITIVA. PUNTOS URETERALES NEGATIVOS, PUÑOPECUSION NEGATIVA.
 EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILES, SIN EDEMA, CON BUENA PERFUSION DISTAL.
 NEUROLOGICO: ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/ 15.

REPORTE DE PARACLÍNICOS:
 14/05/2021

WBC 6.84
 NE% 71.1 %
 HGB 11.5 g/dL
 HCT 35.4 %
 PLT 216

FA 273.2 U/L
 TGO 285.0 U/L
 TGP 484.0 U/L

B Total 3.42 mg/dL
 B Directa 3.03 mg/dL
 B Indirecta 0.39 mg/dL

Amilasa 112 U/L

ANÁLISIS: PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, EN SU SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA, EN EL MOMENTO EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS CLÍNICOS DE SIRS, NI DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN EL REPORTE DE PARACLÍNICOS SE EVIDENCIA TRANSAMINASAS ELEVADAS, CON HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE BILIRUBINA DIRECTA Y AMILASA ELEVADA, CONSTANTES VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, AL EXAMEN FISICO LEVE DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE HERIDA QUIRURGICA, PACIENTE CON TENDENCIA A LA MEJORIA SIN EMBARGO POR HALLAZGOS ENCONTRADOS EN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SE DECIDE CONTINUAR CON HOSPITALIZACIÓN PARA COMPLETAR TRATAMIENTO CON MANEJO ANTIBIOTICO INTRAVENOSO Y SOLICITAR PARACLINICOS EVOLUTIVOS PARA EL DIA DE MAÑANA. ADEMAS, SE EDECIDO SUSPENDER VIA ORAL. SE EXPLICA CLARAMENTE CONDUCTA MEDICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR VOLUNTARIAMENTE.

Frente al hecho denominado “QUINTO”: A mi representada no le consta lo aquí descrito, teniendo presente que no guarda un orden cronológico con los hechos previamente narrado, tampoco se indica claramente cuando ocurrió esto, y mucho menos cita la página de la historia clínica que al menos de un mínimo de certeza de lo aquí indicado.

Frente al hecho denominado “SEXTO”: No es cierto lo aquí señalado, teniendo presente que la ecografía total se realizó una vez fue intervenida quirúrgicamente, y se hallaran patologías adicionales a la que ya tenía, tenía varias patologías a la vez, es por ello que el medico cirujano fue quien solicitó tal ayuda diagnostica, como se puede apreciar en el último extracto de la historia clínica que se colocó en respuesta al hecho cuarto, y complementada por la siguiente nota de la historia clínica:

TELÉFONOS 7442029 - 7442030

NOMBRE:	LASSO ORDOÑEZ ALBA ROCIO	MEDICO TRATANTE:	JOSHUA ARROYO
IDENTIFICACION:	1061087722	ENTIDAD:	ASMET SALUD EPS SAS
FECHA DE NACIMIENTO:	1993-05-15 (29 AÑOS)	REGIMEN:	SUBSIDIADO
DIRECCION:	EL CAMPO	TIPO DE USUARIO:	BENEFICIARIO
FECHA DE INGRESO:	2021-05-12 09:57:10	NIVEL DE USUARIO:	NIVEL I
FECHA DE EGRESO:	2021-05-17 12:50:00		
FECHA DE REGISTRO:	2021-05-15		

REPORTE DE ESTUDIO DE ECOGRAFIA
INFORME DE LECTURA DE IMAGENOLOGIA

Ordenado Por: JOSHUA ARROYO **Servicio:** Hospitalización **Tipo de Estudio:** ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

Hallazgos
ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
CON TRANSDUCTOR DE ALTA RESOLUCION SE REALIZA BARRIDO ECOGRAFICO QUE EVIDENCIA HIGADO DE ECOESTRUCTURA HOMOGENEA, VIA INTRA NO DILATADA. VIA EXTRAHEPATICA DILATA CON PRESENCIA DE BARRO BILIAR CON MULTIPLES IMAGENES LITIASICAS, **AUSENCIA DE VESICULA BILIAR POR ANTECEDENTE QUIRURGICO**. PANCREAS NO EVALUABLE POR METEORISMO, RIÑON DERECHO E IZQUIERDO DE CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS NORMALES. NO SE EVIDENCIA LIQUIDO LIBRE. APENDICE CECAL LINEAL SIN SIGNOS DE INFLAMACION
IDX: COLECOCOLITIASIS RESIDUAL

Diagnostico

Dx Principal	K800	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA	Confirmado nuevo
Dx Relacionado 1	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	
Causa Externa:	Enfermedad general	Finalidad Consulta:	No aplica

JOSHUA ARROYO



CIRUJANO

REGISTRO MEDICO 521770

Frente al hecho denominado “SEPTIMO”: No es cierto lo aquí descrito, teniendo presente que ese no fue el orden cronológico; primero: según lo expresado en la historia clínica, y resaltado en esta contestación, el médico cirujano fue quien dio la orden de operar a la demandante. Segundo, una vez operada la actora, se encontraron otras patologías adicionales a las que ya tenía, que hicieron que el cirujano solicitara diversos exámenes entre los cuales se encuentra la ecografía total, y en esta se hallaron otras sintomatologías, como se aprecia:

ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
CON TRANSDUCTOR DE ALTA RESOLUCION SE REALIZA BARRIDO ECOGRAFICO QUE EVIDENCIA HIGADO DE ECOESTRUCTURA HOMOGENEA, VIA INTRA NO DILATADA. VIA EXTRAHEPATICA DILATA CON PRESENCIA DE BARRO BILIAR CON MULTIPLES IMAGENES LITIASICAS, AUSENCIA DE VESICULA BILIAR POR ANTECEDENTE QUIRURGICO. PANCREAS NO EVALUABLE POR METEORISMO, RIÑON DERECHO E IZQUIERDO DE CARACTERISTICAS MORFOLOGICAS NORMALES. NO SE EVIDENCIA LIQUIDO LIBRE. APENDICE CECAL LINEAL SIN SIGNOS DE INFLAMACION

ANÁLISIS: PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, EN SU TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA, EN EL MOMENTO FEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS CLÍNICOS DE SIRIS, NI DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN EL REPORTE DE PARACLÍNICOS SE EVIDENCIA TRANSAMINASAS ELEVADAS PERO EN DESCENSO RESPECTO A LAS PREVIAS, CON AUMENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE BILIRUBINA DIRECTA Y AMILASA EN RANGOS NORMALES, AL EXAMEN FÍSICO TINTE ICTERICO GENERALIZADO, DOLOR A LA PALPACIÓN A NIVEL DE HERIDA QUIRÚRGICA, EL DÍA DE HOY SE REALIZA ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL QUE EVIDENCIA VIA EXTRAHEPATICA DILATADA CON PRESENCIA DE BARRO BILIAR E IMAGENES LITIASICAS POR LO QUE SE DECIDE INICIAR TRAMITES DE REMISION A TERCER NIVEL COMO URGENCIA VITAL PARA TOMA DE CPRE Y COLANGIORESONANCIA Y MANEJO INTEGRAL, VALORACION POR CIRUGIA GENERAL. EXPLICA CLARAMENTE CONDUCTA MÉDICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR VOLUNTARIAMENTE.

No está demás resaltar que el hecho de que se hayan encontrado otras patologías adicionales a las que ya tenía la actora no indica que haya existido un mal procedimiento, sobre todo porque la cirugía practicada, según la historia clínica, debió realizarse 2 años previos a la atención en urgencias.

Frente al hecho denominado “OCTAVO”: No es cierto lo aquí descrito, toda vez que desconoce el orden cronológico de los hechos.

Frente al hecho denominado “NOVENO”: Es cierto, aunque la narración de los hechos está en completo desorden, el apoderado cita las notas post-quirúrgicas que reposan en la historia clínica.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO”: Es cierto, el apoderado realiza una transcripción de lo manifestado en la historia clínica, se evidencia que una vez confirmada otra patología adicional a la cual la demandante fue a urgencia, el hospital demandado inició los trámites para remitir a la paciente a una clínica de mayor nivel pues no contaba con el equipo necesario.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO PRIMERO”: No es cierto, se debe tener presente que, si bien a mi representada no le consta directamente lo aquí descrito, de la historia clínica aportada se evidencia que se realizaron múltiples intervenciones a la demandante.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO SEGUNDO”: No es un hecho, son acusaciones sin prueba científica que realiza la parte actora; además, agrega en tales sus pretensiones, las cuales son abiertamente improcedentes, toda vez que la EPS asumió el pago de los tratamientos y hospitalización, tampoco la demandante laboraba. Por otro lado, la hospitalización de la actora se dio tras un cuadro clínico de 2 años de evolución, el cual la señora Lasso no trató a tiempo. Y la operación en si misma conlleva riesgos inherentes, lo cual también debe ser objeto de análisis, dado que la medicina no es una ciencia exacta, pero se reitera, no existe prueba científica que evidencie una omisión a las guías o protocolos de la época.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO TERCERO”: No es un hecho, son transcripciones legales y constitucionales que realiza el apoderado de la parte actora.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO CUARTO”: No es un hecho, son transcripciones jurídicas que realiza el apoderado cuya finalidad es intentar imputar competencia al Departamento de Nariño.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO SEXTO”, “DÉCIMO SEPTIMO”, “DÉCIMO OCTAVO”: No es un hecho, es la narración cronológica del trámite que se llevó a cabo ante la Procuraduría, en cumplimiento del requisito de procedibilidad.

II. FRENTE A “LO QUE SE PRETENDE” DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por carecer de fundamentos fácticos, jurídicos y probatorios que hagan viable su prosperidad. En las pretensiones de la demanda es notorio el deseo desproporcionado del extremo actor por lucrarse, debido a que no logra, siquiera de forma sumaria, demostrar los elementos esenciales para que se configure la eventual responsabilidad en cabeza de la parte pasiva de la Litis.

Frente la pretensión denominada “1”: Respetuosamente manifiesto al despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se acceda a la solicitud de declaratoria de responsabilidad de la entidad demandada **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** por los supuestos perjuicios ocasionados a los demandantes por la atención e intervención quirúrgica el día **12 de mayo de 2021**. Máxime cuando no hay ningún tipo

de evidencia en el expediente que establezca que por parte del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** se haya desarrollado alguna conducta negligente u omisiva que hubiese sido la desencadenante de los hechos reprochados. No obstante, lo que si se evidencia es una negligencia y descuido por parte de la demandante, la señora **Alba Rocío Lasso Ordoñez**, toda vez que la cirugía a que fue sometida había sido programada desde dos años antes de su ingreso al servicio de urgencias, y por no recibir ninguna atención su cuadro clínico empeoró y fue esto lo que produjo que hubiera sido operada de urgencia.

Frente la pretensión denominada “2”: Respetuosamente manifiesto al despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se acceda a la solicitud de declaratoria de condena de la entidad demandada **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** por los supuestos perjuicios ocasionados a los demandantes por la atención e intervención quirúrgica del día **12 de mayo de 2021**. Máxime cuando no hay ningún tipo de evidencia en el expediente que establezca que por parte del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** se haya desarrollado alguna conducta negligente u omisiva que hubiese sido la desencadenante de los hechos reprochados.

Frente al perjuicio denominado “2.1.1” (PERJUICIO DAÑO A LA SALUD): Respetuosamente manifiesto al despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene a la entidad demandada, **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, a indemnizar a la aquí demandante por el supuesto daño a la salud. Se insiste en que al plenario no se arrió una sola prueba que diera cuenta de una acción omisiva o negligente atribuible a la E.S.E., así como tampoco se aportó con la demanda las supuestas secuelas padecidas por la demandante, aunado a esto, no es viable el reconocimiento del daño a la salud, toda vez que su causación se da únicamente cuando existe un perjuicio fisiológico o biológico derivado de una lesión corporal o psicofísica, lo cual no corresponde al caso concreto.

Frente al perjuicio denominado “2.1.2” (PERJUICIOS DE ORDEN MORAL): Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene a la entidad demandada, **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, a indemnizar a los aquí demandantes por los supuestos daños morales sufridos, toda vez que ni siquiera se aportaron pruebas que acrediten los elementos de la responsabilidad.

Además, me opongo por cuanto los mismos son excesivos y desbordan los lineamientos establecidos en la Sentencia de Unificación del Consejo de Estado en caso de lesiones, pues no existe dentro del plenario un documento que determine el porcentaje de la gravedad de la supuesta lesión sufrida por la señora **Alba Rocío Lasso Ordoñez**. Para casos de lesiones el Consejo de Estado ha señalado por cada gravedad de lesión un monto máximo en salarios mínimos legales mensuales vigentes para los diferentes niveles de relación afectiva. En el caso en mención no existen elementos materiales probatorios que den cuenta de la existencia de una mala praxis médica, como lo narra la parte actora, como tampoco la gravedad de lesión, ni mucho menos que la misma sea igual o superior al 50% para que la parte actora solicite cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por lo que resulta antitécnico solicitar perjuicios morales por una lesión de la cual no se tiene certeza.

Adicionalmente, no se aportaron pruebas de la afectación psicológica de los demandantes, motivo por el cual, se debe tener presente que las intervenciones quirúrgicas no generaron ninguna lesión (tampoco existe prueba de que ello sea así), en todo caso, las secuelas de cualquier cirugía es una cicatriz, la cual con el tiempo en muchos casos desaparece o disminuye.

Frente al perjuicio denominado “2.2” “2.2.1” (LUCRO CESANTE): Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohilada, manifiesto que me opongo a su reconocimiento, toda vez que su reconocimiento es manifiestamente improcedente, teniendo presente que no existe dentro del plenario una prueba tan siquiera sumaria que evidencie los supuestos ingresos que percibía la señora **Alba Rocío Lasso Ordoñez** antes de la cirugía. Adicionalmente, tampoco se demuestra que la demandante con ocasión a la intervención quirúrgica que dio origen al presente proceso haya dejado de percibir los mismos, sumado a esto, no se sabe cómo el apoderado demandante arribó a esos valores. No citó la expectativa de vida de la víctima, no aportó prueba del factor salarial a utilizar y tampoco cuenta con un dictamen pericial de pérdida de capacidad para tasar adecuadamente el porcentaje de la supuesta merma económica. Por lo que la tasación del perjuicio reclamado resulta abiertamente desproporcionada e injustificada. En esa medida, ni aún bajo la hipótesis de que el juzgador encontrara procedente la declaratoria de responsabilidad, resultaría viable el reconocimiento del rubro deprecado, sobre todo si la parte actora confesó en la narración de los hechos que la víctima directa figura en el régimen subsidiado de salud con Grupo A1 del Sisbén.

Frente al perjuicio denominado “2.2.2” (DAÑO EMERGENTE): Respetuosamente manifiesto al despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene a la entidad demandada, **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, a indemnizar a la aquí demandante por el supuesto daño emergente sufrido. Máxime, cuando no existe dentro del plenario prueba de los supuestos gastos o erogaciones económicas que tuvo que sufragar la demandante como consecuencia del hecho objeto del presente litigio, toda vez que ni siquiera se mencionó en qué gastos específicamente incurrió, sobre todo para justificar el monto de \$100.000.000 Pesos M/cte solicitados.

Frente a la pretensión denominada “2.3”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohilada, manifiesto que me opongo a la prosperidad de la misma, teniendo presente que la jurisdicción contenciosa es rogada; además, la reparación se hace con base a la certeza, por ello, no puede pretender la parte actora demandar bajo perjuicios hipotéticos y no solicitados en la demanda y de los cuales ni siquiera la parte actora tiene conocimiento.

Frente a la pretensión denominada “3”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohilada, manifiesto que me opongo a la prosperidad de la misma, por cuanto al no configurarse los elementos de la responsabilidad patrimonial en cabeza de la entidad demandada, **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, no habrá lugar a indexar ninguna suma de dinero.

Frente a la pretensión denominada “4”: Aunque la pretensión no es dirigida directamente en contra de mi prohilada, manifiesto que me opongo enfáticamente a que se ordene a la entidad demandada, **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, a dar cumplimiento a establecido en el artículo 188 del CPACA. Lo anterior, toda vez que a todas luces resulta improcedente, pues no se

acreditan los requisitos necesarios para que se estructure la responsabilidad como se ha explicado, por lo que no habrá condena en contra de la entidad demandada

Frente a la pretensión denominada “5”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohijada, manifiesto que me opongo a la prosperidad de la misma, por cuanto al no configurarse los elementos de la responsabilidad patrimonial y extracontractual en cabeza de la entidad demandada, **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, no habrá lugar a intereses moratorios. Igualmente, la solicitud desconoce lo establecido en el artículo 192 del CPACA, pues, si no existe una sentencia o un auto con una condena que establezca una cantidad líquida de dinero, no son viables lo interés moratorios

Frente a la pretensión denominada “6”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohijada, manifiesto que me opongo a la prosperidad de la misma, por cuanto, desconoce el procedimiento reglado establecido en el CPACA para el cobro de sentencias.

III. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

En el presente acápite se presentarán los fundamentos de hecho y de derecho que en general, sustentan la oposición a las pretensiones de la demanda y que en particular dan cuenta de que la demandante no ha probado, como es su deber, la existencia de todos los supuestos normativos de la presunta responsabilidad patrimonial que pretende endilgarse a la parte demandada en este litigio.

Sustento la oposición a las pretensiones invocadas por el extremo activo de este litigio, de conformidad con las siguientes excepciones:

A. INEXISTENCIA DE LA FALLA DEL SERVICIO, NO ESTÁ ACREDITADA LA RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.

Dentro del plenario no existen elementos materiales probatorios tan siquiera sumarios que acrediten la responsabilidad de la ESE, toda vez que no existió ninguna falla del servicio, de hecho, se evidencia que la intervención quirúrgica en urgencias ocurrió porque la señora Alba Lasso acudió al centro hospitalario de manera tardía. Además, la historia clínica aportada por el asegurado no evidencia que el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** haya incumplido sus deberes y como consecuencia de esto se materializara algún daño. Aunado a esto, cualquier intervención quirúrgica lleva consigo ciertos riesgos y en un remoto evento que cualquiera de estos riesgos se materialice no por ello debe existir responsabilidad alguna.

En relación a la falla en la prestación de servicio, el Consejo de Estado ha determinado que la “*falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo*”. (Consejo de Estado, 2012, Rad. 25000-23-26-000-1996-03282-01(20042)). Sin embargo, es trascendental que la autoridad a la que se le imputa responsabilidad sea competente y esté dentro de sus funciones la prestación del mismo. Al respecto la jurisprudencia contenciosa ha indicado que:

"1.- En casos como el presente, en los cuales se imputa responsabilidad a la administración por el incumplimiento o el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones, la determinación de si el daño causado al particular tiene el carácter de daño antijurídico, depende de acreditar que la conducta de la autoridad fue inadecuada. Si el daño que se imputa a ésta se deriva del incumplimiento de un deber que legalmente le corresponde, o de su cumplimiento inadecuado, la antijuridicidad del daño surgirá entonces aquí de dicha conducta inadecuada, o lo que es lo mismo, de una FALLA EN EL SERVICIO. [...] "2.- Para determinar si aquí se presentó o no dicha falla del servicio, debe entonces previamente establecerse cuál es el alcance de la obligación legal incumplida o cumplida inadecuadamente por la administración. Debe precisarse en qué forma debió haber cumplido el Estado con su obligación; qué era lo que a ella podía exigírsele; y, sólo si en las circunstancias concretas del caso que se estudia se establece que no obró adecuadamente, esto es, que no lo hizo como una administración diligente, su omisión podrá considerarse como causa del daño cuya reparación se pretende. "La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y (...) su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía prestarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como anormalmente deficiente (Consejo de Estado, 2007, Rad: 27434)

Del texto anterior se extrae que existe responsabilidad siempre y cuando la omisión de una de las funciones que la autoridad administrativa sea competente haya sido la determinante para la producción del daño. No obstante, se debe probar dentro del proceso la existencia de tal falla del servicio, pues, *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"* (Ley 1564, 2012, Art 167). Por tanto, la parte demandante tiene la carga de probar el supuesto de hecho.

Asimismo, sobre la consecuencia probatoria y procesal que tiene lugar cuando quien debe acreditar el hecho y la causa de este, no lo hace, el Consejo de Estado ha determinado que:

Las consecuencias de la omisión probatoria advertida en el plenario obedecen a lo dispuesto por el artículo 177 del C. de P. Civil, de conformidad con el cual "[i]ncumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen", norma que consagra, en estos términos, el principio de la carga de la prueba que le indica al juez cuál debe ser su decisión cuando en el proceso no se acreditan los hechos que constituyen la causa petendi de la demanda o de la defensa, según el caso. Carga de la prueba sustentada, como ha precisado la Sección, en el principio de autoresponsabilidad de las partes, que se constituye en requerimiento de conducta procesal facultativa exigible a quien le interesa sacar adelante sus pretensiones y evitar una decisión desfavorable. (...) en el caso concreto resulta evidente que la carga de la prueba recae en quien pretende, de manera que es la parte actora la que debe soportar las consecuencias de su inobservancia o descuido, esto es, un fallo adverso a sus pretensiones [...] (Consejo de Estado, 2012, 13001-23-31-000-1992-08522-01(21429))

Entendiéndose que en los casos que no se acredite probatoriamente las circunstancias de hecho, el camino a seguir es un fallo adverso. Asimismo, la responsabilidad de los médicos es de medio mas no de resultado; en consecuencia, por regla general la responsabilidad médica en la jurisdicción contenciosa deberá analizarse en principio bajo el régimen de la falla probada del servicio, lo que impone al demandante, según el análisis previo, la obligación de acreditar probatoriamente el daño, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y la consecuencia dañosa, tal y como ha sido reiterado por el Consejo de Estado, así:

Existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño (Consejo de Estado, 2010, Rad. 19101)

En el caso concreto, tenemos que, de las pruebas aportadas, el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E** cumplió cabalmente con la atención brindada a la demandante, pues, realizó diversos exámenes y ayudas diagnósticas e intervino quirúrgicamente a la actora tras un análisis del cirujano. Por otro lado, se aprecia que no se aportó ninguna prueba técnica que permita evidenciar alguna omisión o mala praxis.

Asimismo, se debe tener de presente que las intervenciones quirúrgicas llevan consigo un riesgo inherente, es decir, las complicaciones que se pueden presentar por la sola realización del acto médico, y que tiene por causas la complejidad o dificultad del mismo, las condiciones del paciente o la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se utilizan para llevarlo a cabo etc. Y que termina produciendo, en algunos casos, un daño físico o psíquico en el paciente, sin que implique una mala praxis, o una negligencia médica. Es por ello, que resulta trascendental analizar las guías medicas y los procedimientos establecidos para época, pues, se resalta nuevamente que no se puede pretender que toda intervención medica sea satisfactoria o que no implique ningún riesgo.

Se puede concluir, que la atención brindada por el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E** se ajusta al cumplimiento de la praxis médica, pues, se le consultó los antecedentes a la actora, se analizó a detalle los exámenes médicos o ayudas diagnosticas, y se intervino quirúrgicamente tan pronto como fue posible. Por ello, en el remotísimo evento que el despacho considere que la intervención quirúrgica ocasiona un daño, se deberá a analizar si dicho daño está entre los riesgos inherentes a la operación, y si se desconoció las guías o criterios médicos durante dicha intervención quirúrgica.

Con todo, solicito respetuosamente al despacho resuelva como probada la presente excepción.

B. CULPA O HECHO EXCLUSIVO DE LA VICTIMA-FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Si bien es cierto que dentro de las pruebas aportadas por la demandante se evidencia la inexistencia de responsabilidad a cargo del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E**, no está demás aclarar que el hecho que se demanda se produjo por el actuar exclusivo y determinante de la víctima, pues, la conducta de ésta fue determinante para que fuera intervenida de manera inmediata en el servicio de urgencias, teniendo presente que de manera negligente aplazó y omitió su intervención quirúrgica, y una vez su problema clínico se complicó y agravó, fue que acudió al servicio de urgencias.

En este punto es importante resaltar la extensa jurisprudencia del Consejo de Estado sobre el hecho o culpa de la víctima: *“para que el hecho o culpa de la víctima como causal eximente de responsabilidad tenga plenos efectos liberatorios, resulta determinante que la conducta del propio*

perjudicado sea fundamento y raíz del menoscabo, es decir, que el comportamiento de éste se erija como causa adecuada, decisiva y determinante en la producción o resultado del hecho lesivo o que haya contribuido a su propia afectación debiendo o pudiendo evitarla” (Consejo de Estado, 2024, rad. 47001233100020110047101 (68514)).

Ahora bien, analizando lo manifestado por la demandante en el líbello demandatorio, se evidencia que esta expresa que existió una mala praxis médica, porque supuestamente la intervención quirúrgica le causó una lesión en los conductos biliares. Sin embargo, no se aportó prueba técnica que así lo evidencie. Por otro lado, lo que sí se puede constatar es que se intervino quirúrgicamente de urgencia a la demandante por un problema del cual requería operación muchos años antes del **12 de mayo del 2021**, tal y como se constata de la historia clínica:

 HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E <small>NET 891200952-8 CARRERA 2 No. 16-08 LA UNION (NARIÑO) TELEFONOS 7442029 - 7442030</small>	
NOMBRE: LASSO ORDOÑEZ ALBA ROCIO	MEDICO TRATANTE: LESLY JULIETH FERNANDEZ LOPEZ
IDENTIFICACION: 1061087722	ENTIDAD: ASMET SALUD EPS SAS
FECHA DE NACIMIENTO: 1993-05-15 (29 AÑOS)	REGIMEN: SUBSIDIADO
DIRECCION: EL CAMPO	TIPO DE USUARIO: BENEFICIARIO
FECHA DE INGRESO: 2021-05-12 02:35:02	NIVEL DE USUARIO: NIVEL I
FECHA DE EGRESO: 2021-05-12 09:00:57	
FECHA DE REGISTRO: 2021-05-12	

NOTAS DE ENFERMERIA
NOTAS DE ENFERMERIA

NOTA

INGRESA PACIENTE LASSO ORDOÑEZ ALBA ROCIO AL SERVICIO DE URGENCIAS POR REPETIDA OCACION A LA EDAD DE 27 AÑOS DESPIERTA AFEBRIL MUY ADOLORIDA PACIENTE DEPIERTA CONCIENTE ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS INGRESA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR PACIENTE REFIERE SER PROCEDENTE DE EL MUNICIPIO DE FLORENCIA AFILIADA A ASMET

MOTIVO DE CONSULTA:
" TENGO CALCULOS EN LA VESICULA "

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE EN COMPAÑIA DE MADRE DE NOMBRE ROSA ORDOÑEZ, QUIENES REFIERE CUADRO CLINICO DE 8 HORAS DE EVOLUCION ASOCIADO A DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO DE INTENSIDAD 8/10, QUIEN AFIRMA QUE DICHO DOLOR SE EXTIENDE SOBRE REGION LUMBAR, ADEMAS EXPRESA QUE EL CUADRO SE ACOMPAÑO DE 4 EPISODIOS EMETICOS DE CARACTERISTICAS BILIOSAS, ESTABLECE QUE CONSUME MORINGA EN JARABE PARA CONTROL DEL DOLOR PERO QUE NO OBSERVO NINGUN TIPO DE MEJORIA POR LO QUE DECIDE TRASLADARSE A ESTA INSTITUCION. ES DE RESALTAR QUE LA PACIENTE TENIA PROGRAMADA CIRUGIA PARA COLECISTECTOMIA PARA EL AÑO 2019, PERO PACIENTE POR MOTIVOS FAMILIARES NO ASISTIO A PROCEDIMIENTO

LA PACIENTE REFIERE NO HABER ESTADO EXPUESTA CON PERSONAS SOSPECHOSAS O CONFIRMADAS CON INFECCION POR SARS COV2. POR TAL RAZON SE ATIENDE BAJO LAS RESPECTIVAS MEDIDAS DE PROTECCION PERSONAL

PACIENTE QUE REIFERE
ESCOLARIDAD:3 DE PRIMARIA
OCUPACION:AMA DE CASA
TIPO DE SANGRE:0+
ESTADO CIVIL:CASADA
EN CASA COCINAN CON GAS
A SUS ANTECEDENTES REFIERE
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: COLELITIASIS
ANTECEDENTES TRAUMATOLOGICOS: NO REFIERE
ANTECEDENTES QUIRURGICOS: CESAREA
ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE
ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS: NO REFIERE
ANTECEDENTES TOXICOALERGICOS: NO REFIERE ALERGIA A MEDICAMENTOS CONOCIDO
ANTECEDENTES HOSPITALIZACIONES: NO REFIERE
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: G1C1V3, CESAREA GEMELOS FUM: 31/07/19
PACIENTE QUIEN ES VALORADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR MEDICA DE TURNO DOCTOR JAIME NAVARRO QUIEN ORDENA COMO AMBULATORIO
SOLUCION SALINA 0.9% DAR A 60 CC HORA
DIPIRONA AMP 1 GR. DAR VIA IV 2 GR AHORA
OMEPRAZOL AMP 40 MG. DAR VIA IV 40 MG AHORA
METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG. DAR VIA IV 10 MG AHORA
HIOSCINA AMP 20 MG. DAR VIA IV 20 MG AHORA
DICHA MEDICACION SE CUMPLE
REVALORA DOCTOR JAIME NAVARRO CON PRECIO REPORTE DE PARACLINICOS QUIEN DECIDE DEJAR EN OBSERVACION CON DIAGNOSTICO: COLECISTITIS
CRONICA ORDENA NUEVOS PARACLINICOS,
SE UBICA A USUAIIRA EN UNIDAD SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS SE BRINDAN CUIDADOS DE ENFERMERIA
SE CONTROLAN SIGNOS VITALES:
TENCION ARTERIAL:120/70
FRECUENCIA CARDIACA:73
FRECUENCIA RESPIRATORIA:20
TEMPERATURA:36°C
SATURACION:98%

Nótese que de la historia clínica antes referida se puede desprender lo siguiente: 1. La paciente tenía que haberse realizado la intervención quirúrgica desde el año 2019, dos años antes de su intervención en urgencias. 2. La demandante era consciente de su patología y no hizo nada durante todo ese tiempo para intentar ser operada o intervenida medicamente. 3. La demandante ya tenía cicatrices y adherencias en su cuerpo por la cesárea que antes se le había practicado.

Por tanto, es evidente que para ese momento, **12 de mayo de 2021**, cumplía un criterio grave de riesgo, lo que hizo que una vez practicadas las ayudas diagnósticas y explicado los riesgos sea operada, pero dicha situación se produjo por el descuido total de la paciente, hoy demandante. Toda vez que la paciente tiene un deber de responsabilidad, autocuidado y autotutela, el cual fue totalmente desatendido, porque no atendió las ordenes de sus galenos y descuidó por completo su estado de salud, al no permitir ser intervenida quirúrgicamente desde la fecha inicial que fue estipulada.

En conclusión, se debe observar dentro del proceso la conducta víctima, pues la misma fue determinante para que se produjera el hecho, toda vez que omitió la realización de la intervención quirúrgica años antes, y dejó que el problema creciera y se complicara más para finalmente acercarse al servicio de urgencias; por ello, fue la conducta de la víctima la que produjo que dicha cirugía hubiera sido realizada de manera urgente y con mayores complicaciones a su salud.

C. AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD.

Se debe tener presente que no existió ninguna mala praxis de la entidad demandada **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** en la intervención quirúrgica acaecida el día **12 de mayo de 2021**. En primer lugar, la responsabilidad médica es de medio, no de resultado; por tanto, la mera enunciación del resultado no acredita la ocurrencia de una conducta antijurídica atribuida al centro hospitalario. En segundo lugar, para que se logre obtener la declaratoria de responsabilidad, es indispensable que se acrediten los elementos esenciales de la responsabilidad tales como un hecho dañoso que produjese un daño antijurídico, no obstante, en el presente caso no existe una relación entre el hecho dañoso y la ocurrencia del daño. Máxime, cuando no se aportaron elementos probatorios que dieran cuenta de la existencia de una mala praxis por parte de la entidad demandada.

La responsabilidad civil del Estado se encuentra regulada en el artículo 90 de la Constitución Política que reza lo siguiente: *“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste.”* De acuerdo a lo señalado anteriormente, para que se configure la responsabilidad en cabeza del Estado, debe existir una acción u omisión causada por este. Adicionalmente, un nexo causal, el cual, según lo establecido por el Consejo de Estado, *“constituye un concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño”*. (Consejo de Estado, 2012, 17001-23-3-1000-1999-0909-01).

Sin embargo, en el caso concreto no se allegaron elementos materiales probatorios que den cuenta ni siquiera de la existencia de una mala praxis atribuible a la entidad demandada. Además, es importante mencionar que cuando por acciones u omisiones se causa injustamente un daño a otro y existe además un factor o criterio de atribución, subjetivo por regla general y excepcionalmente objetivo, que permita trasladar dicho resultado dañoso a quien lo ha generado, surge a su cargo un deber de prestación y un derecho de crédito en favor de la persona que ha sufrido el detrimento. No obstante, en el presente asunto no se han configurado los elementos que se requieren para la configuración de dicha responsabilidad, al no presenciarse un nexo causal entre la supuesta lesión y

la intervención quirúrgica, sobre todo porque la demandante tenía un cuadro clínico de muchos años lo cual pudo tener consecuencias en la supuesta lesión que se demanda.

En conclusión, no existe responsabilidad a cargo del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** por no configurarse los elementos de la responsabilidad del Estado. En efecto, no se allegaron elementos materiales probatorios que acreditaran que la supuesta lesión objeto de esta demanda se deba a una mala praxis. Es decir, no existe prueba de la supuesta conducta omisiva generadora del daño alegado y en ese sentido, no habrá argumentos jurídicos para imputar responsabilidad al **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**

En ese contexto, solicito respetuosamente al Despacho se sirva declarar probada esta excepción

D. LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ES DE MEDIO NO DE RESULTADO

Se debe tener de presente, como se ha señalado en todo el escrito, que la responsabilidad medica no sea analiza por el resultado, sino por los medios. Es decir, la parte demandante tiene la carga de aportar las guías o protocolos lo cuales debieron aplicarse y se desconocieron. Teniendo presente que el hecho que una persona asista al centro hospitalario o a urgencias no garantiza resultado alguno; además, las intervenciones quirúrgicas de por si acarrear riesgos inherentes a las mismas, pues, la acción de operar un cuerpo, aplicar medicamentos etc implica lidiar con posibles complicaciones, las cuales son normales, pero que en muchos casos no son previsibles (todos los cuerpos reaccionan de una manera diferente). No hay que olvidar que la medicina no es una ciencia exacta, asimismo, en algunas ocasiones el personal medico cumple con los protocolos, pero debido a una reacción del cuerpo del paciente, o por complicaciones del paciente, el resultado puede ser adverso, y no por ello existe responsabilidad del centro hospitalario o personal médico.

Es por ello que se propone esta excepción, toda vez que la carga de probar cual fue el protocolo o guía medica vigente al momento de los hechos que se desconoció le corresponde a la parte demandante, y el análisis de responsabilidad se hace por los medios y no por el resultado.

- **SUBSIDIARIAMENTE, EN EL EVENTO QUE EL DESPACHO NO CONSIDERE LA EXISTENCIA DE UNA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA, Y ATRIBUYA PARTICIPACIÓN AI CENTRO MEDICO, SE DEBERÁ EVALUAR LA CONDUCTA DE LA DEMANDANTE POR LA TEORIA DE LA CONCURRENCIA DE CULPAS**

Si bien es cierto dentro de las pruebas aportadas por las partes dentro del proceso no se evidencia la ocurrencia del hecho de la manera como lo narra la parte actora, ni que sea imputable a la E.S.E. demandada, ni existe un nexo causal, no está demás aclarar que en el remotísimo evento que se encuentre probado que la intervención quirúrgica ocasionó o intervino de alguna manera en la supuesta lesión, además de por alguna extraña razón esta lesión sea imputable al **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** y que la conducta de la víctima no fue completamente determinante para que ocurriera de este, se deberá analizar la conducta de la señora **Alba Rocío Lasso Ordoñez** por la teoría de la concurrencia de culpas.

El Código Civil en su artículo 2357 establece que “*La apreciación del daño está sujeta a reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente.*” Bajo las reglas del citado artículo, para el análisis del daño, se deberá evaluar la conducta de la víctima, y si concurrió un actuar negligente para la materialización del mismo.

En el presente caso, se explicó que no existe ninguna prueba que demuestre que el hecho ocurrió de la manera como lo narra la parte demandante, pues no se aportó prueba técnica que permita evidenciar una mala praxis. No obstante, se deberá evaluar la conducta de la actora, pues, violó gravemente el deber objetivo de cuidado al no adherirse al tratamiento y omitir ser oportunamente intervenida quirúrgicamente, lo que complicó mucho más su cuadro clínico. Por ello, si tales conductas no son suficiente para romper el nexo casual, se deberán evaluar bajo el criterio establecido en el artículo 2357 del código civil.

Se puede concluir que si bien no existe prueba del hecho de la manera como la narra la parte actora, del nexo causal, o de responsabilidad alguna por parte del centro médico, en un remotísimo evento que el despacho considere que si existió el hecho dañoso, y que en ese remoto escenario el daño sea imputable al **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, se deberá evaluar la conducta de la víctima en el siniestro, pues existió una responsabilidad de la señora **Alba Rocío Lasso Ordoñez** en la supuesta comisión del daño, no obstante, si la conducta de la víctima no fue lo suficientemente determinante, se deberá analizar el hecho desde la concurrencia de culpas y en caso de que exista algún perjuicio que reparar, aplicar los respectivos descuentos que haya lugar, por lo menos en un valor igual o superior al 50%,.

E. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.

Coadyuvo las excepciones propuestas por el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** solo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada, ni comprometan su responsabilidad.

F. IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS INMATERIALES:

Antes de abordar la oposición a los rubros señalados en la demanda, es menester indicar que los perjuicios no son indemnizables en el caso concreto, porque no revisten antijuridicidad, ya que ante el análisis de la imputabilidad fáctica no se observa, ni se prueba que el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** haya participado con su conducta en los hechos que lo produjeron, ni tampoco es jurídicamente imputable al centro médico accionado por cuanto no se acredita una transgresión a un deber o una obligación de stirpe legal, ni constitucional.

1.1 Frente a los perjuicios morales:

La tasación propuesta del daño moral es exorbitante y en tal virtud, no puede ser tenida en cuenta por el despacho. La pretensión resulta excesivamente cuantificada al solicitarse la suma de **cien (100) SMLMV** para la supuesta víctima, y **cincuenta (50) SMLMV** para el resto de demandantes, hijos menores de edad. Esta petición resulta antitécnica, pues no se ha logrado acreditar la

gravedad de la lesión, ni la pérdida de capacidad laboral de la demandante, mucho menos que estas sean superiores o iguales a un 50%. Por ese motivo, no puede solicitar un reconocimiento basado en supuestos o sumas hipotéticas.

Ahora bien, debe aclararse que la indemnización no puede ser fuente de enriquecimiento para la presunta víctima. En otras palabras, es imperativo que el juez tenga en cuenta que los principios generales del derecho, la legislación y los criterios jurisprudenciales, establecen que la víctima de un hecho dañoso no puede enriquecerse como consecuencia de una indemnización. Por el contrario, la reparación únicamente debe propender por llevar a la persona al estado previo al acontecimiento del hecho. Por lo anterior y sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada, en el evento que el honorable juez considere que sí se reúnen los elementos de la responsabilidad, comedidamente le solicito desestime la tasación exorbitante de perjuicios propuesta por el demandante. En su lugar, se deberán atender fielmente los criterios jurisprudenciales establecidos por el Consejo de Estado que corresponden a lo siguiente:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Así pues, frente a los perjuicios morales solicitados en el líbello de la demanda, es preciso señalar que el Consejo de Estado, mediante Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales, sostuvo lo siguiente:

La reparación moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

(...)

Deberá verificarse la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la que determinará el monto indemnizatorio en salarios mínimos. Para las víctimas indirectas se asignará un porcentaje de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado, conforme al cuadro.

La gravedad o levedad de la lesión y los correspondientes niveles se determinarán y motivarán de conformidad con lo probado en el proceso.

Nivel No. 1. **Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno-filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes)**. Tendrán derecho al reconocimiento de 100 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%, a 80 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al

40% e inferior al 50%; a 60 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 40 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 20 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 10 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior a 10%". (Énfasis propio).

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte demandante. Solicitar **(100) SMLMV** para la señora **Alba Rosso**, y **50 SMLMV** para cada uno de sus hijos menores de edad resulta a todas luces exorbitantes, máxime cuando no existe documento que acredite la gravedad de la lesión y que la misma sea igual o superior al 50%, evidenciando así un ánimo injustificado de lucro, al tasar tal perjuicio en tan elevado monto. Por otro lado, no hay que olvidar que la atención en urgencias se debió al mal estado clínico de la víctima, lo cual se debe tener en consideración, pues ya la víctima tenía comprometido su estado de salud y no fue la atención clínica la generadora de algún daño.

En conclusión, es inviable el reconocimiento por daño moral en las sumas pretendidas por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es equívoca. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por este concepto que supere los montos fijados a partir de la unificación jurisprudencial del Consejo de Estado. De ese modo, en tanto las sumas solicitadas en las pretensiones de la demanda desconocen los lineamientos establecidos por esa corporación y no se encuentran probadas, por ello, deben ser desestimadas.

Por todo lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1.2 Frente al daño a la salud.

En primer lugar, es menester indicar que, analizando el caso en concreto, dentro del expediente se solicita una indemnización por esta tipología de perjuicios bajo una premisa completamente errada. Lo anterior, toda vez que no se arrió una sola prueba que diera cuenta que las supuestas secuelas padecidas en razón de la lesión que es objeto de demanda sean iguales o superiores al 50% de pérdida de la capacidad laboral de la actora y que su origen haya sido la intervención quirúrgica. Por lo cual, al no estar probados estos elementos esenciales, lo alegado en el líbello inicial tendrá que tenerse por desestimado. Asimismo, de forma equivocada se solicita la suma de **200 SMLMV** para la supuesta víctima directa del hecho, desbordando los lineamientos establecidos por el Consejo de Estado en Sentencia de Unificación.

Al momento de estimar la solicitud por daño a la salud, se desatendieron completamente los topes máximos de indemnización fijados por el máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativo para la tasación del daño, los cuales son los siguientes:

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL	
Gravedad de la lesión	Victima directa
	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

En tal virtud, la solicitud se encuentra totalmente elevada y desconoce los lineamientos bajo los cuales se reconoce el mismo. Así las cosas, ante la desmesurada solicitud del daño a la salud estimado en **200 SMLMV**, para la supuesta víctima directa del hecho, es claro que no podrá proceder tal pretensión, toda vez que es evidente el ánimo especulativo de la errónea tasación de este perjuicio, en tanto el mismo resulta claramente exorbitante e improcedente.

Por lo tanto, al no existir pruebas que acrediten que los daños sean equivalentes al 50% de la pérdida de la capacidad laboral y que son producto del hecho, además, al no evidenciarse la responsabilidad en cabeza de la entidad demandada, el despacho deberá desestimar la pretensión. Así mismo deberá tenerse en cuenta los límites fijados por el Consejo de Estado.

En conclusión, es desacertada la petición de reconocimiento del daño a la salud en la suma pretendida por la parte demandante, toda vez que no existen elementos materiales probatorios que den cuenta de la existencia de responsabilidad en cabeza del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**

G. IMPROCEDENTE E INDEBIDA ACREDITACIÓN DE LOS PERJUICIOS MATERIALES.

Antes de abordar la oposición a los rubros señalados en la demanda, es menester indicar que los perjuicios no son indemnizables en el caso concreto, porque no revisten antijuridicidad, ya que ante el análisis de la imputabilidad fáctica no se observa, ni se prueba que la E.S.E demandada haya participado con su conducta en los hechos que lo produjeron, ni tampoco es jurídicamente imputable al centro médico accionado por cuanto no se acredita una transgresión a un deber o una obligación de estirpe legal, ni constitucional.

1.1. Sobre el lucro cesante

No existió ninguna mala praxis en la intervención quirúrgica ocurrida el día **12 de mayo de 2021**, y mucho menos existió responsabilidad por parte del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** al no allegarse una prueba técnica que acreditara una conducta negligente de la entidad demandada. Por lo tanto, es menester indicar al despacho que no hay lugar al reconocimiento de indemnización a título de lucro cesante, toda vez que no se aportó prueba de la supuesta pérdida de capacidad laboral o un dictamen que acreditara la gravedad de la lesión para la liquidación. Adicionalmente, la parte actora pretende el reconocimiento de dicho perjuicio sin cumplir con la carga probatoria correspondiente. En el expediente no milita contrato laboral, desprendibles de pago de salario,

transferencias bancarias, afiliación al Sistema General de Seguridad Social, u otro medio probatorio que acredite la vinculación laboral de la señora **Alba Rocío Lasso Ordoñez**, y esta no puede ser susceptible de presunción. Por lo tanto, al no existir elementos materiales probatorios para liquidar este perjuicio material no es procedente su reconocimiento.

El lucro cesante se ha entendido como 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, o que no ingresará al patrimonio de la persona. En efecto, 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.

No obstante, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es decir que si no se hubiese producido el daño el ingreso debía percibirse, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico.

Esto significa que el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias. Por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso, siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos dejados de percibir.

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. Providencia 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 se 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. (Énfasis propio).

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna 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 contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual. Descendiendo al caso objeto de estudio, debe manifestarse que la señora **Alba Rocío Lasso Ordoñez** pretende el reconocimiento del lucro cesante en cuantía de **\$ 100.000.000 Pesos M/cte** derivado de la intervención quirúrgica (Sin tener certeza de alguna lesión), sin aportar contrato laboral, desprendibles de pago, afiliación al Sistema de Seguridad Social en el régimen contributivo, o cuentas bancarias que acreditara la respectiva vinculación de la demandante. Igualmente, la parte actora confesó mediante apoderado en el hecho segundo de su demanda que se encontraba en el régimen subsidiado de salud y se encontraba en el Grupo A1 del Sisbén, es decir, que no laborara ni ejercía una actividad económica, como se aprecia:

SEGUNDO: La joven **ALBA ROCIO LASSO ORDOÑEZ**, se encuentra afiliada a **ASMET SALUD EPS S.A.S** dentro del Régimen Subsidiado en calidad de Beneficiario Nivel I y se encuentra afiliada en el Grupo A1 del Sisbén en su fase IV.

Por otro lado, no se sabe cómo el apoderado de la parte activa llegó a esas cifras. No explicó que documentos soportan el salario que tomó, la expectativa de vida y no tiene un dictamen de PCL para determinar cuál fue la merma en su capacidad productiva. Tampoco se adjuntaron documentos contables que evidencien los pagos realizados al demandante, ni su periodicidad.

En conclusión, al no haberse aportado prueba si quiera sumaria que permita acreditar la ganancia dejada de percibir como consecuencia del hecho dañoso, no resulta procedente la pretensión impetrada en el líbello genitor, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante.

1.2 Frente al daño emergente

Es menester indicar al despacho que no hay lugar al reconocimiento de indemnización a título de daño emergente, toda vez que, en primer lugar, este rubro no se liquida bajo supuestos y esta no puede ser susceptible de presunción. En efecto, es necesario una prueba que acredite la causación

de los mismos. En segundo lugar, no se allegó una sola prueba al plenario que acreditara una mala praxis médica, negligencia o incumplimiento de sus deberes (tampoco existe prueba técnica que así lo determine) por parte del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** En tercer lugar, no se probaron las supuestas erogaciones económicas que sufragó la demandante dentro del escrito de la demanda. Por lo tanto, al no existir elementos materiales probatorios para liquidar este perjuicio material, no es procedente su reconocimiento.

Por lo anterior, no hay lugar al reconocimiento de este perjuicio, máxime cuando en materia de indemnización de perjuicios, opera el principio de que el daño y su cuantía deben estar plenamente probados para proceder a su reconocimiento, toda vez que al juzgador le está relegada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio y más aún la magnitud del mismo. En efecto, con miras a la obtención de una indemnización, no basta alegar el supuesto detrimento, por cuanto el mismo no es susceptible de presunción, sino que es obligatorio acreditar debidamente su cuantificación.

En igual sentido, se debe memorar al despacho que este corresponde a la pérdida económica por la destrucción o puesta en peligro del bien jurídico y todos aquellos gastos, erogaciones o desembolsos que necesariamente una persona debe hacer para atender todo lo relacionado con la vulneración del mismo o las secuelas que éste deja, y en el caso particular, no existe ninguna prueba efectiva de que la demandante haya efectuado el pago de la suma pretendida, en razón a la supuestas erogaciones que haya debido hacer por la intervención quirúrgica ocurrida el **12 de mayo de 2021**. Resaltándose que la parte actora solicita la suma de **\$100.000.000 Pesos M/cte** por supuestos “traslados” a hospitales, dicha suma carece de sustento probatorio y resulta abiertamente injustificada. Frente a esta valoración solicito al despacho que se consideren como no probadas, toda vez que, se reitera, no existe dentro del plenario, una prueba fehaciente que determine la cuantía de los gastos en los que supuestamente incurrió el demandante con ocasión a la intervención quirúrgica acaecida el **12 de mayo de 2021**, sobre todo si el costo de las intervenciones y hospitalización la asumió directamente la EPS a la que se encontraba afiliada la paciente.

En conclusión, no puede generarse un pago a cargo de la demandada sobre supuestos que no han sido probados, así como tampoco se encuentra probada la responsabilidad que daría lugar a una posible condena. En estos casos la jurisprudencia señala que solamente los gastos razonables serán indemnizados pues la parte actora no puede aprovechar tal situación para señalar gastos excesivos o irrelevantes que no se causaron en razón al objeto de la litis del proceso, así las cosas, no hay lugar al reconocimiento y pago del perjuicio enumerado en este hecho.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

H. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito señora juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del Código General del Proceso que establece que *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la*

contestación de la demanda”.

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO III. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.

Siguiendo el orden propuesto, en este acápite se desarrollará lo concerniente al llamamiento en garantía formulado por **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** a la compañía aseguradora que represento. Así pues, se procederá:

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “1”: Si bien no es un hecho que aluda al llamamiento sino a información del proceso. Es cierto que el objeto de la litis está relacionada a la atención que recibió la señora Alba Lasso en el hospital demandado, dado que así se desprende de la demanda y de la historia clínica allegada.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “2”: Si bien no es un hecho que aluda al llamamiento sino a la información del proceso. Es cierto, los procedimientos relatados que recibió la señora Alba Lasso, teniendo presente que se aportó historia clínica que así lo evidencia.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “3”: Si bien no es un hecho que aluda al llamamiento sino a información del proceso. Es cierto, los diagnósticos aquí descritos, puesto que así se encuentra consignado en la historia clínica que fue allegada al proceso.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “4”: Si bien no es un hecho que aluda al llamamiento sino a información del proceso. Es cierto, el procedimiento quirúrgico realizado, el cual respondía a la información y diagnósticos que se tenían, puesto que dicha información se encuentra en la historia clínica.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “5”: No es un hecho, sino una pretensión; aunado a esto, tal pretensión no guarda relación con el llamamiento que se realiza a mi prohijada.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “5”: No es un hecho, sino una pretensión. Aunado a esto, con respecto a que en un remoto evento que el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** sea condenado en esta causa pueda reclamar a mi prohijada, se trata de una pretensión y no de un hecho. Sin embargo, manifiesto que me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en la Póliza No. 436-88-994000000097 con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, prorrogada hasta el 13 de enero de

2023. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto por el Código de Comercio Colombiano.

II. FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Manifiesto que me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 436-88-994000000097 con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, prorrogada hasta el 13 de enero de 2023. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto por el Código de Comercio Colombiano. Aunado a esto, la póliza a la cual se hizo referencia no presta cobertura temporal, como se pasará a explicar.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A. AL TENER LA PÓLIZA UNA MODALIDAD DE COBERTURA DE CLAIMS MADE, LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No 436-88-994000000097 NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL

La póliza por medio de la cual se vinculó a mi representada fue expedida bajo la modalidad *Claims made*, lo que quiere decir que el hecho tuvo que haberse presentado durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad pactado por las partes, además, la reclamación a la aseguradora debía efectuarse dentro de su vigencia, sin embargo, la reclamación se realizó de manera extemporánea, por ello, la póliza no presta cobertura temporal.

Es imperativo recordar que existen diferentes modalidades de cobertura en los contratos de seguro. Las más comunes en la actividad aseguraticia son las siguientes: ocurrencia, descubrimiento y reclamación o *claims made*. La primera hace referencia a la cobertura que se brinda cuando el hecho que da lugar al amparo ocurre mientras la póliza está vigente. 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 siempre que se cumplan las siguientes dos condiciones: que el interesado haya presentado su reclamación dentro de la vigencia de la póliza y, que los hechos por los que se reclama ocurran dentro del período de vigencia o de retroactividad pactado.

Específicamente la modalidad de cobertura por *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 que se reclamen en vigencia de la póliza, así hayan ocurrido en el periodo de retroactividad. 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) (Negrillas y subrayados por fuera del texto original)

Igualmente, se debe dejar claro que solamente se puede pactar la cobertura de descubrimiento en los casos de seguros de manejo y riesgos financieros, pero para los casos de responsabilidad tal modalidad no es posible pactarla.

Ahora bien, analizando el caso concreto tenemos que la vigencia de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 436-88-99400000097** corrió desde el 13 de enero de 2021 al 13 de enero de 2022, y posteriormente fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, pactándose un periodo de retroactividad, de la siguiente manera:

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA ES A PARTIR DE: 13 DE ENERO DE 2021, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y/O QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO ANTERIORMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

Por tanto, se tiene que el periodo de retroactividad se estableció desde el 13 de enero de 2021, aunado a lo anterior, sobre la modalidad de cobertura en la póliza se estipuló lo siguiente:

MODALIDAD DE COBERTURA:

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN CLAIMS-MADE, DONDE SE ENTIENDE POR CLAIMS-MADE LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES, CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ Y REPORTADAS DURANTE EL PERIODO DEL SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES CAUSADOS POR ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA EN SUS AMPAROS GENERALES Y PARTICULARES, POR HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA.

Nótese que la modalidad de cobertura es *claims made*, toda vez que señaló expresamente que la reclamación debe realizarse durante el periodo de vigencia de la póliza, por hechos ocurridos durante dicha vigencia o su periodo de retroactividad. Por consiguiente, la póliza solo ofrece cobertura si se presentan estos 2 eventos: Primero, debe ser un hecho ocurrido durante la vigencia de la póliza o durante el periodo de retroactividad, siempre y cuando el asegurado lo conozca durante la vigencia de la póliza. Segundo, la reclamación a la entidad aseguradora o a la aseguradora se haya interpuesto durante el periodo de vigencia de la póliza. En caso de no presentarse alguno de los dos eventos antes mencionado, la póliza no ofrecerá cobertura temporal.

Así, detallando el caso en marras, tenemos que el hecho ocurrió el 12 de mayo de 2021, con la atención médica que recibió la demandante. No obstante, la reclamación a la entidad asegurada se efectuó de manera extemporánea con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial, el 12

de mayo de 2023, esto es, cuando la vigencia del último anexo de la póliza ya había expirado, recordando que dicha vigencia culminó el 13 de enero de 2023, como se señaló.

Se puede concluir que la póliza de seguro vinculada cuya vigencia abarca desde el 13 de enero de 2021 al 13 de enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, no ofrece cobertura temporal, pues, si bien el hecho ocurrió durante el periodo de retroactividad de la póliza, la reclamación se realizó posterior a la vigencia de esta, siendo así, se citó a audiencia de conciliación prejudicial, convocando a la entidad asegurada aquí demandada, el 12 de mayo de 2023, esto es, tres meses después de la terminación del contrato de seguro.

B. INEXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 436-88-994000000097.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000097** con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 de enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, luego que para justificar sus pretensiones la parte actora no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales aparentemente sufridos, así como tampoco allegó pruebas que acreditaran la existencia de una mala praxis el día **12 de mayo de 2021** como consecuencia de una acción u omisión por parte del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** En ese sentido, no hay elementos para afectar el contrato de seguro aludido.

El Consejo de Estado ha intentado definir el contrato de seguro en su jurisprudencia, sobre todo el objeto del mismo, indicando lo siguiente:

El Código de Comercio no define el contrato de seguro, pero puede decirse que es aquel por medio del cual una persona legalmente autorizada para ejercer esta actividad, "(...) asume los riesgos ajenos mediante una prima fijada anticipadamente"; o dicho en otras palabras, es aquel contrato por el cual "(...) una parte, el asegurado, se hace prometer mediante una remuneración, la prima, para él o para un tercero, en caso de realización de un riesgo, una prestación por la otra parte, el asegurador (...)". Se trata de un mecanismo de protección frente a múltiples riesgos que pueden afectar el patrimonio de las personas y que pueden ser asumidos por el asegurador, quien se compromete a pagar una indemnización en caso de realizarse tal riesgo -lo que se traduce en la producción del siniestro- a cambio del pago de una determinada suma de dinero, denominada prima. (Consejo de Estado, 2013, 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472))

Con fundamento en la cita anterior, se debe tener en cuenta que la póliza se hace exigible una vez ocurre el siniestro, es decir, el cumplimiento del riesgo trasladado, entendiéndose como riesgo según el artículo 1054 Código de Comercio "*el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador*".

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone esta excepción toda vez que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** no está

obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las condiciones generales documentadas en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-99400000097** con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, el amparo que se pretende afectar con la presente acción, se pactó así:

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES.

De conformidad con lo anterior, se evidencia que el riesgo asegurado en el contrato de seguro en comento no es otro que la “*Responsabilidad Civil Profesional Medica*” en que incurra el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, asegurado de acuerdo con la legislación colombiana. Dicho de otro modo, el contrato de seguro documentado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-99400000097** con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023 entrará a responder, si y solo si el asegurado, en este caso el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** es declarado patrimonialmente responsable por los daños irrogados a “terceros” y siempre y cuando no se presente una causal de exclusión u otra circunstancia que enerve los efectos jurídicos del contrato de seguro. Así las cosas, esa declaratoria de responsabilidad civil extracontractual constituirá el “siniestro”, esto es, la realización del riesgo asegurado (Art. 1072 del C.Co.).

De acuerdo con la exposición anterior y teniendo en cuenta lo descrito en el líbello de demanda, así como los medios probatorios aportados al plenario, se tiene que la demandante no acreditó que efectivamente el riesgo asegurado se haya materializado por el concurso de los elementos propios de la responsabilidad y, por consiguiente, las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar. En consecuencia, no se logra estructurar una responsabilidad civil en cabeza del asegurado, esto es, no se realiza el riesgo asegurado como condición *sine qua non* para activar la responsabilidad que, eventual e hipotéticamente, pudiera corresponder a la aseguradora.

Se concluye, que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-99400000097** con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

Solicito señora Juez declarar probada esta excepción.

C. CONFIGURACIÓN DE EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 436-88-99400000097

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.¹

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 Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000097 con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, en su página 3 señala una serie de exclusiones, además, indica que se incluyen como exclusiones absolutas de cobertura las que figuran en el texto del condicionado general depositado por la aseguradora en la superintendencia, las cuales solicito expresamente se apliquen al caso concreto. Tales exclusiones se encuentran enumeradas en la página primera en el acápite nombrado “ARTÍCULO 2º EXCLUSIONES” de la siguiente manera:

ARTÍCULO 2º - EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
2. DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

¹ Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN
7. INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
11. DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO, INCLUYENDO ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
12. CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
13. TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
14. TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 7 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
15. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.
17. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.
18. TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD A LOS PACIENTES, DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD

RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.

19. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS DEL ASEGURADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA.

20. DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.

21. FALLOS DE TUTELA.

22. FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

23. FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA, ASÍ COMO AL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

24. RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.

25. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, INCLUIDOS LOS DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL.

26. DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERCEN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

27. RESPONSABILIDAD PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

28. HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.

29. LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.

30. ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.

31. DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA, TENENCIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

32. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

33. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC. 34. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.

35. MULTAS Y PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.

36. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN

DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

37. OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y SEA O NO CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY.

38. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA.

39. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

40. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.

42. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

43. DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

44. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.

45. USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.

48. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AUN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS. SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

49. ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.

50. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.

51. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

52. QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

53. CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/O OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

54. LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO

POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

55. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.

56. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SALVO QUE CONSTE ACUERDO EXPRESO EN CONTRARIO.

57. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000097** con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 de enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

D. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento.

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 establece 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, perjuicios materiales y daño a la salud, no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, 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 entidad que nada tuvo que ver con los supuestos daños alegados por la demandante.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitorio 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 la demandante.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiende 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.

E. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES PACTADOS EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 436-88-99400000097

En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se estableció un límite de **MIL MILLONES DE PESOS (\$1.000.000.000) PESOS M/CTE**, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-99400000097** con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 de enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1.000.000.000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1.000.000.000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1.000.000.000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1.000.000.000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1.000.000.000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1.000.000.000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		30.000.000.00	0.00

Conforme a lo señalado anteriormente, en este caso en particular, operaría la suma asegurada equivalente a **MIL MILLONES DE PESOS (\$1.000.000.000)**, toda vez que el amparo que se pretende afectar es el de Responsabilidad Civil Institucional. En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción denominada “*Límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones pactados en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000097*” con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

F. NO DEBE DESCONOCERSE LA EXISTENCIA DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 436-88-994000000097

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**, y, en este caso para la póliza, se pactó en el **10% del valor de la pérdida mínimo de 10 SMMLV**

El deducible, el cual está legalmente permitido, encuentra su sustento normativo en el artículo 1103 del Código de Comercio, el cual reza que “(...) *Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)*”

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro.

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado.

En el caso concreto, el deducible se encuentra pactado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000097** con vigencia desde el 13 de enero de

2021 al 13 enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023 de la siguiente manera:

" DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 10 SMMLV

Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E** sea hallado patrimonialmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas al proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente al **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**

G. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y EL HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.

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

Nos encontramos frente a dos responsabilidades diferentes a saber: 1. la del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la Ley propia y 2. la de mí representada aseguradora cuyo fundamento no emanan de la ley propiamente dicha, sino de la existencia de un contrato de seguro celebrado dentro de los parámetros de los artículos 1036 del Código de Comercio y S.S., encontrándose entonces que las obligaciones del asegurado y de la aseguradora son independientes y, por tanto, carentes de solidaridad.

La Corte Suprema de Justicia a través de su Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017, Radicación No 05001-31-03-005-2008- 00497-01 ha precisado que: *"(...) Por último, la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (...)"*.

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

En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito. Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley.

En virtud de tal independencia en las obligaciones, se hace evidente la ausencia de solidaridad, de manera que la responsabilidad de mi representada está atada exclusivamente por las condiciones pactadas en la póliza, esto es, el límite asegurado para cada amparo, las condiciones del contrato de seguro, y por la normatividad que lo rige.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de cada póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectaría como resultado de la configuración de una causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la carátula de la misma.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

H. PAGO POR REEMBOLSO

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

Debido a que el Seguro de Responsabilidad cuenta con la acción del asegurado (que normalmente se ejerce a través del llamamiento en garantía) y la acción directa (que puede ser ejercida por la víctima), la jurisprudencia ha dicho que, cuando la compañía aseguradora es vinculada al proceso judicial mediante el llamamiento en garantía -como sucede en este caso -, surge únicamente la obligación de reembolsar lo pagado por el asegurado. A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma directa a la aseguradora, precisamente porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.(...)” (Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado.)

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional, como se había indicado anteriormente. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le rembolsé el monto de la condena que sufre

Así las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a través de pago directo, **sino por reembolso o reintegro**.

I. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más

reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohijada.

Solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepción.

J. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro

Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del Código General del Proceso, el cual establece que *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”*.

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito del asunto.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO IV. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- **DOCUMENTALES**

1. Original del poder especial que me faculta para actuar como apoderado de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
2. Certificado de existencia y representación legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
3. Copia de la carátula, el condicionado particular y general de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-994000000097** con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, cuyo tomador y asegurado es el **HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E.**

- **TESTIMONIALES.**

Respetuosamente, solicito a este Despacho decretar el testimonio del Doctor **NICOLÁS LOAIZA SEGURA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.107.101.497 de Cali, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, asesor externo de la compañía de seguros que

represento, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** quien podrá citarse al correo electrónico nicolas.1719@hotmail.com con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, y en especial para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de las pólizas expedidas por mi prohijada, tales como prorrogas, cláusulas entre otras condiciones y eventualmente con base en lo autorizado por el art. 221 del CGP, mediante su declaración incorpore documentos que den cuenta de novedades sobrevinientes en el tráfico de relaciones del contrato de seguro.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Solicito respetuosamente se sirva citar a la audiencia de pruebas o a la oportunidad procesal correspondiente a la demandante:

ALBA ROCIO LASSO ORDOÑEZ

Lo anterior con la intención de responder a las preguntas que le formularé en sobre cerrado o verbalmente en la misma diligencia, correspondiente a la aclaración de las situaciones de hecho que motivó la presente demanda. La referida demandante podrá ser citada por conducto de su apoderado judicial.

OPOSICIÓN DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

- **Frente al dictamen pericial**

Solicito que se niegue su decreto porque no se aportó, ni solicitó conforme al artículo 218 del CPACA; teniendo presente que lo procedente era aportarlo con la demanda o enunciarlo para que sea el juez quien decida su decreto o vea viable conceder el término solicitado.

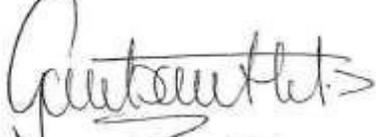
CAPÍTULO V. NOTIFICACIONES

A la parte actora, y su apoderado, en las direcciones referidas en el escrito de la demanda.

A mi procurada **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C** en la Calle 100 No. 9 A -45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., Email: notificaciones@solidaria.com.co

Al suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali (V); correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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