

Señores:

JUZGADO CINCUENTA Y TRES (53) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

cmpl53bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL.
RADICADO: 110013103018-2024-00190-00
DEMANDANTE: INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT
DEMANDADOS: COMPENSAR EPS Y OTROS
LLAMADA EN GARANTIA: LA EQUIDAD SEGUROS O.C Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con **NIT No. 900.701.533-7**, quien obra como apoderada general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con **NIT No. 860.028.415-5**, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., según consta en los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo en primer lugar a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA** formulado por la demandada CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPITULO I. CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

Frente al hecho 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades

procesales previstas para ello.

Frente al hecho 2: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, según los documentos clínicos que obran en el expediente, la demandante ya tenía antecedentes clínicos y había asistido a consulta por padecimientos que desencadenan en lo hoy alegado.

Frente al hecho 3: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Sin perjuicio de lo anterior, se observa en la historia clínica del 20 de diciembre 2014, el diagnóstico de discopatía lumbar con radiculopatía y se documenta la realización de la RMN y la correspondiente remisión a neurocirugía.

Frente al hecho 4: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 5: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, lo anterior, COMPENSAR EPS indicó en su contestación que durante los tres primeros trimestres de 2015 la paciente recibió atención médica, en la que ya manifestaba sufrir un dolor incapacitante, según consta en las consultas realizadas el 4 de marzo, 22 de abril, 29 de abril y 4 de mayo de 2015.

Frente al hecho 6: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata

de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 7: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, En la valoración médica del 6 de octubre de 2015 se evidencia que la paciente había estado bajo el cuidado de un equipo interdisciplinario de especialistas, quienes inicialmente determinaron que su condición debía tratarse con analgésicos, terapias y bloqueos. No obstante, al no presentar mejoría e incluso manifestar un agravamiento del dolor, sus médicos, de manera acertada, le recomendaron un plan de manejo quirúrgico mediante artrodesis y microdiscectomía.

Frente al hecho 8: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, la historia clínica de la demandante refleja que en efecto, la cirugía de artrodesis y microdiscectomía L5-S1 fue realizada el 13 de noviembre de 2015 en la Clínica Marly, con posterioridad a la firma de consentimientos informados. Procedimiento en el cual no se presentó ninguna complicación, tanto así, que existe en su historia clínica una nota médica en la que se indica que la paciente tenía un posoperatorio satisfactorio.

Frente al hecho 9: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 10: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, se el expediente demuestra que los padecimientos ya venían presentándose desde antes de noviembre de 2015

Frente al hecho 11: No me consta. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sumado a lo anterior, la condición psiquiátrica de la demandante no se originó como consecuencia del procedimiento quirúrgico, sino que fue el resultado de su diagnóstico previo de dolor crónico. Adicionalmente, la documentación aportada por COMPENSAR EPS desvirtúa la afirmación de que, posterior a la cirugía, la paciente comenzó a requerir asistencia en sus actividades diarias, dado que ya presentaba una dependencia significativa antes de la intervención del 13 de noviembre de 2015. En este sentido, la EPS ha acreditado, mediante un cuadro detallado de consultas médicas previas al procedimiento, que dichas limitaciones no derivaron de la cirugía, sino que corresponden a la progresión natural de su patología.

Frente al hecho 12: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, debe aclararse que si bien, la historia clínica sí menciona diagnósticos psiquiátricos, en ninguna parte de la documental se confirma que fueran consecuencia exclusiva de la cirugía. Por el contrario, lo que se permite ver en el plenario del proceso es que la situación psiquiátrica que presentó la demandante se debió a su diagnóstico de dolor, que nada tiene que ver la cirugía, pues como puede observar su Despacho, la cirugía alivianó los síntomas durante meses, trayendo mejoría a la paciente.

Frente al hecho 13: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 14: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 15: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 16: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 17: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Es menester indicar que las condiciones mencionadas por la parte demandante no pueden ser atribuidas a la cirugía de fecha de fecha 13 de noviembre de 2015, que las circunstancias atienden a todo el contexto de sus padecimientos previos a los cuales se le brindo tratamiento e intervención en su debido momento. Máxime, cuando su historial clínico evidencia que, antes de la intervención quirúrgica de noviembre de 2015, la paciente ya requería asistencia para levantarse y realizar

determinadas actividades, debido a la limitación funcional derivada de su diagnóstico. En consecuencia, no resulta procedente atribuir dicha condición a la cirugía, toda vez que está demostrado que tanto la limitación como el dolor responden a la evolución natural de su patología.

Frente al hecho 18: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, es dable advertir que, La sospecha de vejiga neurogénica fue descartada en la valoración del 26 de octubre de 2020, donde se determinó que la pérdida de control de esfínteres no tenía relación con los estudios de imágenes realizados. Las resonancias de cerebro, columna cervical y torácica fueron normales y no mostraron lesiones compresivas. Además, como se probará, esta condición no puede atribuirse a la cirugía de noviembre de 2015, ya que el procedimiento se realizó en una zona de la columna que no está relacionada con el control de esfínteres.

Frente al hecho 19: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Al hecho 20: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 21: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 22: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Según la información aportada por la EPS, la paciente había consultado en múltiples ocasiones por limitaciones en su pie izquierdo, derivadas de su patología preexistente. En este sentido, COMPENSAR EPS presentó un cuadro detallado en el que se registran dichas consultas, lo que demuestra que, antes del procedimiento quirúrgico, la paciente ya presentaba una limitación funcional, desvirtuando así cualquier intento de atribuir esta condición a la cirugía.

IPS	Fecha	Descripción
USS COMPENSAR	16/02/2015	presenta parestesias costeantes en pierna izquierda, hipoestesia en dermatomo I5 s1



USS COMPENSAR	03/03/2015	- Sensación de inestabilidad de cuello de pie.
USS COMPENSAR	04/03/2015	- El dolor es permanente - Limitación funcional
USS COMPENSAR	12/06/2015	Dice que la piel de la extremidad se siente "como dormida". Dice que a veces no le obedecen y que es coja de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza. El dolor es continuo, sin horario. Es severo 9/10.

De igual forma, contrario a lo argumentado por la accionante, según consulta del 27 de julio de 2021, se determinó que la señora no tiene pie caído.



Ejemplo :3428137 Paciente : INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT Identificación : CC - 52794764

Historia Clínica de Ingreso

Clasificación : Diag. Principal
 Tipo : Confirmado Repetido
 Finalidad Consulta : No Aplica
 Causa Externa : Enfermedad general

Análisis y Plan
 PACIENTE EOCN IDX ANOTADO QUE EN EL MOMENTO NO ENCUENTRO CRITERIO PARA USAR OTOP NO TIEN PIE CAIDO CONSIDERAR QUE SE BENEFICIA DE TERAPIA FISICA PARA REENTRENAMIENTO EN MARCHA Y PROPRIOCEPCION. ADEMAS SE SOLICITA AEDX D EMMSS EVALUAR STC PATOLOGIA DE SOBRE USO POR USO PROLONGADO DE AYUDA PARA LA MARCHA.

Clasificación de la Atención : Consulta Externa

Responsable Fimar :
 No. Interlocutor : 200012425
 Responsable : ROBAYO MONTANA CLAUDIA LILIANA
 Registro : 5280785
 Especialidad : MEDICINA FISICA REHABILITACION

Fecha : 27.07.2021 Hora : 13:08

Frente al hecho 23: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 24: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 25: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 26: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, se advierte que según documentación aportada en el expediente, Después del procedimiento realizado en noviembre de 2015, se le practicaron varias imágenes diagnósticas a la paciente para confirmar que el material de osteosíntesis estuviera correctamente posicionado. Sin embargo, si años después de la cirugía se presentara un desprendimiento de dicho material, esto no sería indicativo de una mala práctica médica, sino de un riesgo inherente a los procedimientos que implican el uso de injertos.

Frente al hecho 27: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente,

conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 28: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, del análisis de la historia clínica se desprende que no es preciso afirmar que la paciente sufrió "lesiones permanentes" como resultado del tratamiento médico recibido. Por el contrario, la documentación médica evidencia que sus dolores y limitaciones ya estaban presentes antes del procedimiento quirúrgico realizado en 2015, lo que descarta que estos sean consecuencia de la intervención.

Frente al hecho 29: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Cabe señalar que ninguno de los dos profesionales que elaboraron este dictamen es neurocirujano, por lo que no puede considerarse un análisis especializado en la materia. No es posible hablar de experticia cuando las conclusiones presentadas provienen, en realidad, de un médico general.

Frente al hecho 30: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 31: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 32: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Del análisis de la historia clínica se evidencia que la paciente fue informada en todo momento, no solo a través de los consentimientos informados, sino también mediante las notas clínicas, en las cuales se deja constancia de que comprendió y aceptó el procedimiento.

Frente al hecho 33: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, La historia clínica deja constancia de la indicación terapéutica de la cirugía. Tras dos años de tratamientos analgésicos y múltiples valoraciones interdisciplinarias, la intervención quirúrgica fue recomendada como el último recurso disponible para mejorar la condición de la paciente y garantizar su bienestar.

Frente al hecho 34: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

La historia clínica evidencia lo contrario a lo afirmado por la parte demandante, ya que la paciente recibió una atención integral antes del procedimiento quirúrgico. Se le brindaron valoraciones y tratamientos en múltiples especialidades, incluyendo psiquiatría, anestesiología, fisioterapia y terapia física, con el fin de manejar su condición de la manera más adecuada y agotar todas las alternativas terapéuticas antes de optar por la cirugía. Además, se documenta que fue sometida a un enfoque interdisciplinario, con evaluaciones constantes y seguimiento médico riguroso, lo que confirma que la decisión de realizar el procedimiento quirúrgico no fue apresurada ni improvisada, sino que respondió a la falta de mejoría con los tratamientos previos y a la necesidad de buscar una solución definitiva dentro de los parámetros médicos adecuados.

Frente al hecho 35: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 36: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 37: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 38: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 39: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

De igual forma, tal como puede observarse en la historia clínica, ninguno de los perjuicios mencionados por la demandante puede atribuirse a la cirugía realizada el 13 de noviembre de 2015, ya que síntomas como el dolor crónico, la debilidad en la pierna y pie izquierdo, la semidependencia, los trastornos del sueño, las dificultades para caminar y la afectación mental ya estaban presentes antes del procedimiento, como se constata en la relación de consultas presentada por

COMPENSAR EPS, en las que se refleja que el dolor y la limitación funcional, estaban presentes en la paciente desde antes de la realización del procedimiento. Además, la vejiga neurogénica no se encuentra respaldada por ningún hallazgo imageneológico en su columna o cerebro, especialmente considerando que el nivel de la columna intervenido no está relacionado con el control de esfínteres. De haber existido una lesión medular en ese nivel, la disfunción esfinteriana habría surgido inmediatamente después de la cirugía. Asimismo, la paciente no presenta pie caído ni requiere ayudas para su movilidad. En realidad, su condición actual corresponde a la evolución natural de su enfermedad y no a un error médico.

Frente al hecho 40: No me consta: La demandante no demuestra cuál fue la conducta quirúrgica específica que podría haber causado el daño que alega. Por el contrario, la parte demandada sí acredita que la cirugía estaba médicamente indicada, que representaba la última opción terapéutica para la paciente, que se utilizó una técnica quirúrgica adecuada y que hubo una planificación estratégica efectiva para minimizar el dolor postoperatorio. En este sentido, durante la intervención se realizaron diversos procedimientos según la necesidad clínica.

Frente al hecho 41: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 42: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, la historia clínica de la demandante demuestra que los padecimientos alegados ya estaban presentes antes de la intervención quirúrgica. Los registros médicos reflejan que, previo al procedimiento, la paciente había sido diagnosticada con dolor lumbar crónico, radiculopatía, síntomas urinarios irritativos y limitaciones funcionales, lo que evidencia que dichas condiciones no fueron consecuencia de la cirugía, sino parte de la evolución natural de su patología preexistente.

La afectación mental de la paciente surgió antes de la cirugía de noviembre de 2015, y ningún daño físico puede atribuirse a dicho procedimiento. El dolor crónico, la debilidad en la pierna y pie izquierdo, la semidependencia, los problemas de sueño y la dificultad para caminar ya estaban presentes antes de la intervención. Además, la sospecha de vejiga neurogénica no tiene respaldo

en hallazgos imageneológicos de la columna o el cerebro (ver historia clínica 26/10/2020), y la cirugía no afectó el nivel espinal responsable del control de esfínteres. Asimismo, se ha descartado que la paciente tenga pie caído o requiera ayudas para moverse. Su condición actual corresponde a la evolución natural de su discopatía y del dolor crónico asociado a esta.

Frente al hecho 43: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, la historia clínica demuestra que El aflojamiento o rotura de tornillos es un riesgo esperado en este tipo de cirugías y no indica mala práctica médica. Con el tiempo, el injerto se consolida y puede generar estos efectos, que no siempre requieren una nueva cirugía. En ningún momento hubo lesión o presión sobre la médula ósea, lo que habría causado una paraplejía inmediata, lo cual no ocurrió. La incontinencia urinaria, que apareció un año después, no tiene relación con la cirugía, ya que si hubiera sido causada por la intervención, se habría manifestado de inmediato. Además, los nervios responsables del control de esfínteres (S2-S4) no fueron afectados, ya que la cirugía se realizó en L5-S1, un nivel diferente de la columna. Por otro lado, la paciente ya tenía antecedentes de cistitis e infecciones urinarias antes de la cirugía, por lo que no pueden atribuirse al procedimiento. De igual forma, no hay evidencia científica que relacione el estreñimiento o el aumento del dolor menstrual con la cirugía o con una supuesta lesión nerviosa, la cual nunca existió según la historia clínica.

Frente al hecho 44: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho al hecho 45: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

El aflojamiento o rotura de tornillos es un riesgo esperado en este tipo de cirugías y no indica mala

práctica médica. Con el tiempo, el injerto se consolida y puede generar estos efectos, que no siempre requieren una nueva cirugía. En ningún momento hubo lesión o presión sobre la médula ósea, lo que habría causado una paraplejia inmediata, lo cual no ocurrió.

Frente al hecho 46: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 47: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Se debe aclarar que la afirmación de que la paciente presenta pie caído es errónea y ha sido descartada médicamente. Según la valoración realizada el 27 de julio de 2021 por la Dra. Claudia Liliana Robayo, especialista en fisioterapia, se determinó que la paciente NO presenta pie caído ni requiere el uso de ortesis de apoyo para la marcha, como una ortesis tibiopédica (OTP). Dicho diagnóstico confirma que la supuesta afección no es real y que cualquier limitación funcional en la marcha responde a una disminución de la masa muscular por desuso, razón por la cual se indicó fisioterapia para reentrenamiento de la marcha.

En consecuencia, se desvirtúa cualquier intento de atribuir una condición inexistente a la cirugía realizada en noviembre de 2015 y, por tanto, no hay fundamento para alegar que el procedimiento causó una afectación neurológica permanente.

Frente al hecho 48: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, se debe indicar que, El trastorno psicológico de la paciente no fue consecuencia del procedimiento quirúrgico realizado en noviembre de 2015, sino del curso natural de su patología preexistente y del dolor crónico que la afectaba desde antes de dicha intervención. En este sentido,

el malestar que experimentaba no puede ser atribuido a una actuación del cuerpo médico, ya que su condición obedecía a la evolución propia de su enfermedad y no a una supuesta falla en la atención brindada.

Frente al hecho 49: Es cierto, conforme consta así en el expediente.

Frente al hecho 50: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, es preciso aclarar que la base salarial sobre la cual la demandante cotizaba no era de \$2.000.000, como se afirma. Según la información aportada por COMPENSAR EPS, se evidencia que su cotización era considerablemente inferior a dicho monto.

202112	\$ 908,526
202112	\$ 978,320
202111	\$ 908,526
202111	\$ 978,320
202110	\$ 908,526
202110	\$ 978,320
202109	\$ 908,526
202109	\$ 0
202109	\$ 1,008,320
202108	\$ 978,320
202107	\$ 978,320
202106	\$ 30,285
202106	\$ 948,035
202105	\$ 30,285
202105	\$ 978,035
202104	\$ 60,569
202104	\$ 917,751
202103	\$ 965,702
202102	\$ 965,702
202101	\$ 977,269

Frente al hecho 51: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 52: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente,

conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

En todo caso, El trastorno psicológico de la paciente no fue provocado por la cirugía realizada en noviembre de 2015, sino que fue el resultado de la evolución natural de su patología preexistente, la cual le generaba dolor crónico desde antes de la intervención. Por lo tanto, dicha condición no puede atribuirse a la actuación del cuerpo médico, ya que su origen radica en el progreso de la enfermedad y no en el procedimiento quirúrgico.

Frente al hecho 53: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 54: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Es un aspecto propio de la órbita íntima y familiar de la demandante de manera tal que el extremo actor deberá probarlo

Frente al hecho 55: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 56: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 57: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho 58: Es cierto, tal como consta en los elementos aportados al expediente.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

ME OPONGO a la prosperidad de **TODAS** las pretensiones de la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Comoquiera que al hacer la narración de los hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad la cual como se establecerá en el proceso no se estructuró. Lo anterior, habida cuenta que en estos casos impera el principio de la carga de la prueba. En ese orden de ideas en el entendido que, tanto la empresa promotora de salud y las instituciones prestadoras del servicio de salud y los médicos tratantes fueron diligentes, oportunos y peritos, deberán negarse todas las pretensiones de la demanda.

DECLARATIVAS.

Frente a la pretensión 1: Me opongo, puesto que no se configuran los elementos esenciales para establecer responsabilidad civil en el caso de Ingrid Johanna Baquero Betancourt. Ni COMPENSAR EPS, ni la Clínica de Marly, ni el Dr. Mauricio Toscano incurrieron en una conducta culposa o dolosa que haya causado el daño alegado. Se siguieron protocolos médicos adecuados, se agotaron tratamientos conservadores antes de optar por la cirugía y se garantizó el acceso oportuno a servicios médicos. La paciente tenía antecedentes de su condición antes del procedimiento y su evolución responde al curso natural de su enfermedad. No hay pruebas que acrediten una falla médica o que el daño alegado tenga relación directa con la cirugía. Además, la responsabilidad solidaria de COMPENSAR EPS no es aplicable, ya que esta entidad solo garantizó el acceso a los servicios médicos sin intervenir en la atención directa prestada por la Clínica de Marly y el Dr. Toscano. En consecuencia, no hay fundamentos para declarar responsabilidad ni otorgar una indemnización.

CONDENATORIAS.

Frente a la pretensión 1: OPOSICIÓN FRENTE AL DAÑO MORAL: Me opongo. La solicitud de indemnización por daño moral debe ser rechazada, ya que no se cumplen los requisitos para que

sea declarada una responsabilidad civil. No hay pruebas que demuestren la existencia, intensidad o cuantificación del daño más allá de las afirmaciones de la demandante. Además, la atención médica fue adecuada y se agotaron todas las opciones terapéuticas sin que se evidencie un daño antijurídico imputable a la parte demandada.

En cuanto a la liquidación del daño, la suma solicitada de 100 SMMLV (\$130.000.000) es excesiva y supera los topes establecidos por la Corte Suprema de Justicia, que solo en casos excepcionales como fallecimientos ha reconocido valores significativamente menores. Por lo tanto, se rechaza la pretensión por falta de prueba, desproporcionalidad en la indemnización y ausencia de fundamentos para atribuir responsabilidad.

Frente a la pretensión 2: OPOSICIÓN FRENTE AL DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN: Me opongo. Se solicita negar la indemnización por daño a la vida de relación, ya que no se cumplen los requisitos para establecer responsabilidad civil médica. Además, la suma solicitada de \$130.000.000 (100 SMMLV) es excesiva y contradice los criterios jurisprudenciales. Por lo tanto, la pretensión debe ser rechazada por falta de fundamento y desproporcionalidad en la indemnización solicitada.

Frente a la pretensión 3 (mal denominada 2): OPOSICIÓN FRENTE AL LUCRO CESANTE Me opongo. Se solicita negar la pretensión de lucro cesante, ya que no se configuran los elementos de responsabilidad que justifiquen su indemnización. La parte demandante no puede reclamar un lucro cesante que no se materializó ni se materializará en el futuro, ya que los daños físicos y mentales alegados se originaron antes de los hechos cuestionados o son consecuencia del desarrollo natural de su enfermedad preexistente. Además, la liquidación presentada carece de sustento adecuado y debe ser objetada. En consecuencia, no es procedente atribuir a la parte demandada un perjuicio que no le es imputable ni ordenar su resarcimiento.

Frente a la pretensión 4 (mal denominada 3): Me opongo a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a LA EQUIDAD SEGUROS S.A.

Adicionalmente, esta pretensión es a todas luces anti-técnica. Ello, porque no puede acumularse la indexación monetaria con el pago de los intereses puesto que ambos conceptos tienen la misma finalidad, la cual es paliar el poder adquisitivo del dinero. Sobre este punto, la Corte Suprema de Justicia, en un caso que se puede aplicar análogamente al presente, afirmó:

*“(…) Puestas de ese modo las cosas, puede concluirse que la compatibilidad originaria de la corrección monetaria y de los intereses, depende, fundamentalmente, de la naturaleza y tipología de éstos, puesto que si ellos son los civiles, nada impide que, in casu, se ordene el reajuste monetario de la suma debida. **Pero si el interés ya comprende éste concepto (indexación indirecta), se resalta de nuevo, imponer la corrección monetaria, per se, equivaldría a***

decretar una doble –e inconsulta- condena por un mismo ítem, lo que implicaría un grave quebranto de la ley misma, (...).³ – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Así las cosas, además de lo que ya se establecido, esta pretensión no debe ser tenida en cuenta pues la indexación de la moneda no se puede acumular con los intereses moratorios

Frente a la pretensión 5, mal denominada 4: Me opongo a la condena en costas y gastos del proceso, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

Objeto el juramento estimatorio presentado por el demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en la objeción no se hará alusión a los perjuicios inmateriales toda vez que el mismo estipula expresamente que *“El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales.”*

En cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, específicamente el lucro cesante solicitado en la demanda, objeto su cuantía en atención a que la parte demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización deprecia. No resulta entonces procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de la parte demandante de sumas de dinero por concepto de lucro cesante, en tanto, no se probó (i) que la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT desarrollara una actividad económica y está a que atendía, (ii) que percibiera ingresos y cuales eran, (iii) que tuviera un cese en sus actividades (esto no está probado en ninguna medida) y (iv) que esta última se derivara como consecuencia de la atención medica brindada por las demandadas.

Frente al lucro cesante, se objeta también, puesto que la liquidación presentada por la parte demandante se basa en una estimación errónea. La demandante sostiene que su ingreso mensual era de \$2.000.000, cuando en realidad, según la información aportada por COMPENSAR EPS, su base de cotización era aproximadamente \$900.000 o una suma similar. En consecuencia, la liquidación que se presenta carece de validez, ya que parte de un supuesto incorrecto y no refleja el ingreso real de la demandante. Al basarse en una cifra inflada, todo el cálculo resulta equivocado, por lo que no puede ser aceptado como fundamento para determinar un eventual perjuicio económico.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los

daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular ha establecido lo siguiente:

“(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.”¹ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(…) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (…)”² - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En síntesis, se objeta la estimación del lucro cesante, como quiera que la tasación de los perjuicios reclamados se hizo con base en meras especulaciones. En ese sentido, resulta claro que la estimación hecha por el extremo actor no fue razonada, sino que se basó en rubros caprichosos que ni siquiera obedecían a una pérdida patrimonial cierta.

En virtud de lo expuesto, resulta claro que el extremo actor desconoció los mandatos legales y jurisprudenciales citados, dado que su estimación no obedece a un ejercicio razonado sino meramente especulativo. Razón por la cual, objeto enfáticamente el juramento estimatorio presentado por el extremo actor.

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA.

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

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. M.P. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

Coadyuvo las excepciones propuestas por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE E.P.S. COMPENSAR, COMO CONSECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LE CORRESPONDEN COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

Lo primero que deberá tener en cuenta el Despacho es que, en este caso, no es procedente declarar la responsabilidad de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR en su programa de Entidad Promotora de Salud - COMPENSAR EPS, en virtud del cumplimiento de todas las obligaciones que le corresponden como entidad promotora de salud. La EPS ha actuado en el marco de la normatividad vigente, cumpliendo con todas las funciones que la ley le asigna como entidad aseguradora dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En tal sentido, cualquier imputación de responsabilidad a COMPENSAR EPS carece de fundamento jurídico, pues ha garantizado la prestación del servicio de salud conforme a los parámetros normativos establecidos.

En el plenario del proceso obran pruebas documentales suficientes que permiten concluir que todas las autorizaciones requeridas para la atención de la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT fueron entregadas de manera oportuna, sin dilaciones ni trámites administrativos innecesarios. Es importante aclarar que COMPENSAR EPS, en su calidad de entidad promotora de salud, no tiene la obligación de prestar directamente los servicios médicos, tratamientos o asistencia, sino que su función es garantizar la prestación del servicio de salud a través de la red de prestadores contratados. Dicho de otra manera, la EPS no es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), sino un intermediario entre el usuario y los prestadores de salud, cuya función consiste en la gestión de riesgos en salud y la administración eficiente de los recursos destinados a la atención médica.

Esta excepción se funda, entre otros, en el hecho de que la vinculación de COMPENSAR EPS a este proceso obedece exclusivamente al aseguramiento en salud que brinda dentro del SGSSS. En virtud de esta afiliación, el riesgo en salud se traslada a la EPS escogida por el usuario para su administración y gestión dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS). Dicho plan constituye las prestaciones asistenciales a las que se tiene derecho en virtud de la afiliación y que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) contratadas por la EPS. Por lo tanto, las IPS son las encargadas de la prestación directa de los servicios médicos, la determinación de diagnósticos, la realización de procedimientos y el suministro de tratamientos, mientras que la EPS se limita a garantizar el acceso a dichos servicios mediante la respectiva autorización.

De manera fundante, la Ley 100 de 1993 delimita claramente las funciones de las EPS, estableciendo que a estas les corresponde organizar y garantizar la prestación del PBS y girar los

recursos para la atención médica de sus afiliados. El aseguramiento, en este sentido, se circunscribe a las labores administrativas de autorización de los servicios de salud requeridos por el afiliado y la contratación de la red de IPS para su prestación. En consecuencia, la responsabilidad de la EPS se agota en la verificación de la red prestadora, la autorización de servicios y la gestión de los recursos financieros destinados a la atención de los afiliados.

Por consiguiente, en el análisis de responsabilidad de las EPS debe realizarse con base en su papel de asegurador, es decir, en la diligencia para autorizar y permitir la atención médica. En este caso, COMPENSAR EPS ha cumplido con su deber, facilitando el acceso a los tratamientos y medicamentos prescritos por el personal médico de las IPS, conforme lo dispone la Ley 1122 de 2007. No se le puede trasladar la prestación directa de los servicios médicos asistenciales ni el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, ya que dicha función le corresponde a las IPS. Esto significa que la EPS no tiene incidencia en la calidad del servicio prestado por las IPS ni en la ejecución de procedimientos médicos, razón por la cual no se le puede endilgar responsabilidad alguna por supuestas fallas en la atención médica.

En concordancia con lo anterior, la Corte Suprema de Justicia a dispuesto:

“Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación.”³

En el mismo pronunciamiento, la Corte determino respecto al juicio de reproche culpabilístico que:

“En lo que respecta al componente subjetivo de la responsabilidad (exigible en los casos de responsabilidad por culpabilidad), no basta que la acción generadora del daño se atribuya al artífice como obra suya (imputatio facti), sino que hace falta entrar a valorar si esa conducta es meritoria o demeritoria de conformidad con lo que la ley exige (imputatio iuris). También en materia de culpabilidad, el dolo y la culpa se imputan a partir de un marco de sentido jurídico que valora la conducta concreta del agente (...)” – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En ese orden de ideas, La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha establecido que, para imputar responsabilidad a un agente, es necesario que el hecho desencadenante del daño haya ocurrido bajo su esfera de control y que haya incumplido un deber jurídico de actuación. En este

³ Sentencia SC13925 del 24 de agosto de 2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

caso, la demandada no tenía tal deber de actuación respecto de la prestación directa del servicio de salud, sino solo la obligación de garantizar su acceso, la cual ha sido cumplida a cabalidad. En ese sentido, la responsabilidad de la EPS solo podría configurarse en caso de haberse demostrado una omisión en la autorización de los servicios de salud requeridos, lo cual no ha ocurrido en el presente caso, dado que la EPS otorgó oportunamente todas las autorizaciones necesarias para la atención de la demandante.

Considerando lo anterior, COMPENSAR EPS únicamente podría ser responsable si se acreditara que no asumió, administró y gestionó los riesgos en salud de la señora BAQUERO BETANCOURT o que no realizó las labores administrativas necesarias para garantizar la prestación de los servicios requeridos. Sin embargo, las pruebas documentales demuestran que la EPS garantizó un acceso efectivo a los servicios de salud, con remisiones oportunas y autorizaciones inmediatas para el tratamiento médico requerido. En particular, se brindó: *i)* Atención por especialistas en Neurocirugía, Neurología, Clínica del Dolor, Fisiatría, Terapia Física y Ocupacional, Medicina Alternativa, Psiquiatría, Psicología, Medicina General, Medicina Laboral, Urología, Gastroenterología, Proctología, Otorrinolaringología, Cirugía Oral y Ginecología, entre otros. *ii)* Autorización para la realización de una cirugía de alta complejidad, específicamente una artrodesis, en una IPS de cuarto nivel, a cargo de un neurocirujano altamente capacitado y especializado en intervenciones de columna. *iii)* Aprobación de la hospitalización en diferentes niveles de atención, incluyendo hospitalización en piso, Unidad de Cuidado Intermedio y Unidad de Cuidados Intensivos, según las necesidades médicas de la paciente. *iv)* Continuidad en la prestación de servicios dirigidos a su recuperación, asegurando que se mantenga la atención necesaria para su tratamiento y rehabilitación. En este sentido, no se ha incumplido ninguna de las obligaciones derivadas del contrato de afiliación al Plan de Beneficios en Salud (PBS). COMPENSAR EPS ha cumplido con su rol, garantizando en todo momento la disponibilidad de los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para procurar la adecuada atención y recuperación de la paciente.

En conclusión, debe manifestarse entonces que COMPENSAR EPS actuó de manera diligente y cuidadosa en el transcurso de afiliación de la señora Ingrid Johanna Baquero por cuanto se cumplieron todas las funciones que estaban a su cargo para garantizar la salud de la afiliada. Puesto que se le autorizaron los servicios, los exámenes médicos prescritos por los galenos, las radiografías, las terapias físicas con especialistas, las resonancias magnéticas y las intervenciones quirúrgicas a las cuales fue remitida que requirió, sin imponer el más mínimo obstáculo para que efectivamente se le prestaran los servicios de salud correspondientes y finalmente, se le brindaron todos los medios para una debida, diligente y oportuna atención, apegada siempre a los más altos estándares de diligencia y cuidado médico.

3. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO DILIGENTE, ADECUADO Y CARENTE DE CULPA REALIZADO POR PARTE DE CLINICA MARLY Y EPS COMPENSAR.

En el caso que nos atañe no existe falla médica que se le pueda imputar al Centro de Atención CLÍNICA DE MARLY, ni a ninguno de los integrantes del extremo pasivo de esta litis, toda vez que el actuar de los profesionales de la salud adscritos a estas entidades fue diligente, idóneo y adecuado en la prestación del servicio a la paciente INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, conforme a los principios de la lex artis. Dado que La limitación funcional y el dolor crónico que la paciente reclama no son consecuencia de una mala praxis en la cirugía del 13 de noviembre de 2015, sino del curso natural de su enfermedad. Desde antes de dicha intervención, ya presentaba dolor severo, dificultades para la marcha y limitaciones en su movilidad, lo que evidencia que sus padecimientos obedecen a su condición preexistente y no a una falla médica. En tal sentido, no puede imputarse responsabilidad alguna por una supuesta falla en la prestación del servicio de salud.

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

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica⁴ .”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

⁴ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.

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

Así mismo, la Corte Suprema de Justicia, sentencia del 15 de septiembre de 2016, se pronunció en de la siguiente forma:

*“(…) **El médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo**; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (…)”⁶*

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

*De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguo, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá pagando la prestación prometida. **Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos** que, como tales, escapan a su dominio, *verbi gratia*, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.”⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo pronunciamiento indicó:

⁵ Corte Constitucional. Sentencia del 05 de abril de 2001. Expediente T-398862. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

“El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.”⁸

De forma similar, en pronunciamiento del 30 de septiembre de 2016, la Corte Suprema de Justicia expuso que:

*“**La responsabilidad civil** derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– **se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS** o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; **o la debida diligencia y cuidado** de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”⁹. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de los sujetos que componen el extremo pasivo del litigio, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

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

Por lo anterior, Las más altas cortes de Colombia han establecido que las obligaciones de los

⁸ Ibidem.

⁹ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01

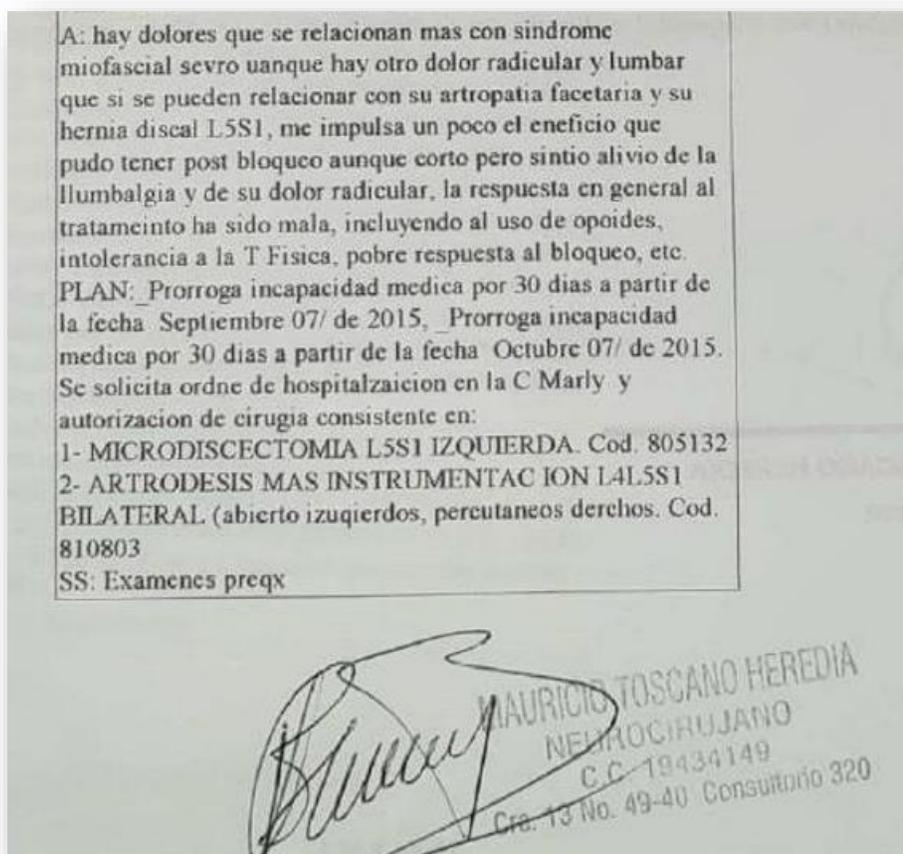
médicos son de medio y no de resultado. En este sentido, si se demuestra que el prestador del servicio actuó con la debida diligencia, no puede atribuírsele responsabilidad alguna. En el presente caso, las entidades demandadas han probado que su actuar fue diligente, oportuno y ajustado a la lex artis en la prestación del servicio de salud a la paciente, lo que enerva cualquier pretensión de responsabilidad en su contra. La responsabilidad médica es una institución jurídica que permite a los pacientes reclamar el resarcimiento de perjuicios causados por un acto médico culposo o doloso. Para que se configure dicha responsabilidad, es necesario probar la existencia de una falla en la atención, un daño antijurídico y un nexo causal entre ambos. No obstante, la carga de la prueba recae sobre la parte demandante, y en este caso, no se ha logrado demostrar la existencia de error alguno por parte del personal médico. Por el contrario, de la documentación que conforma el expediente, se desprende que la atención médica suministrada por COMPENSAR EPS y la CLÍNICA DE MARLY se apegó a los más altos estándares médicos, garantizando la adecuada atención de la paciente.

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de las Instituciones médicas. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es (i) La falla, (ii) El daño antijurídico y (iii) El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Para el caso en concreto, el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde el momento en que la paciente INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT ingresó por primera vez a las instalaciones de la IPS. Desde su ingreso, se le brindaron las atenciones correspondientes en debida forma y de manera pronta, asegurando en cada paso una atención de alta calidad, diligente y oportuna, en procura de salvaguardar su salud y bienestar, como se observará a continuación:

La paciente consultó por dolor lumbar crónico con irradiación a la pierna izquierda, síntomas urinarios y parestesias. En respuesta a sus síntomas, se realizaron múltiples valoraciones médicas con especialistas en medicina general, ortopedia, neurocirugía, psiquiatría y anestesiología. Se le practicaron estudios diagnósticos como resonancia magnética, gammagrafía ósea, electromiografía y exámenes de laboratorio, los cuales revelaron una discopatía lumbar con compresión de la raíz nerviosa L5-S1. Ante la persistencia del dolor y la falta de respuesta a los tratamientos conservadores, la paciente fue sometida a terapias físicas, analgesia con opioides, bloqueos epidurales y manejo psiquiátrico. Al evidenciarse que no existía una mejoría significativa con estas medidas, el equipo médico determinó que la intervención quirúrgica era la mejor alternativa terapéutica disponible. El 13 de noviembre de 2015, el Dr. Mauricio Toscano realizó una artrodesis lumbar L5-S1 con colocación de tornillos transpediculares e injerto óseo para estabilizar la columna. Dicha cirugía se llevó a cabo sin complicaciones y en el posoperatorio inmediato se evidenció una evolución adecuada de la paciente.

Contrario a lo argumentado por la parte demandante, la historia clínica de la paciente demuestra que se le practicaron todos los exámenes necesarios para un adecuado diagnóstico y tratamiento. Desde su primera consulta, se inició un protocolo de atención con exámenes complementarios, remisiones a especialistas y tratamientos acorde con sus hallazgos clínicos. No existió demora injustificada en la remisión a especialistas, ya que todos los procedimientos se realizaron conforme a la sintomatología y hallazgos clínicos en cada etapa del tratamiento.

Aunado a lo anterior, al analizar la actuación de la CLÍNICA DE MARLY, del Dr. MAURICIO TOSCANO HEREDIA y de los demás profesionales de la salud adscritos a dicha IPS, no se configuran los elementos necesarios para atribuir la responsabilidad que se pretende. Recordando que la actividad médica es una obligación de medio. En consecuencia, se puede afirmar con absoluta claridad que en este caso no existió una conducta dolosa ni culposa por parte de los demandados. En relación con el procedimiento quirúrgico-hospitalario realizado por la CLÍNICA DE MARLY S.A. y el Dr. MAURICIO TOSCANO HEREDIA el 13 de noviembre de 2015, se evidencia que este se llevó a cabo conforme a los principios de la lex artis, dado que la cirugía estaba médicamente indicada y no existía en ese momento otra alternativa terapéutica viable para la paciente.



DOCUMENTO: Historia clínica de la Sra. INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT

El Dr. Toscano dejó constancia en la historia clínica de la indicación terapéutica del procedimiento, señalando que, a pesar de que la respuesta general al tratamiento conservador había sido deficiente, la leve mejoría del dolor tras el segundo bloqueo justificaba la cirugía como última opción terapéutica. Además, antes de recurrir a la intervención quirúrgica, se agotaron alternativas como el uso de opioides, terapia física y bloqueos, entre otros. Estos elementos demuestran que la actuación médica estuvo ajustada a los estándares científicos y profesionales aplicables al caso. El procedimiento quirúrgico estaba plenamente justificado, especialmente después de dos años de tratamientos conservadores, que incluyeron terapias, asistencia psiquiátrica y bloqueos. Durante este tiempo, la paciente fue valorada por más de 17 especialidades médicas, entre ellas Neurocirugía, Neurología, Clínica del Dolor, Fisiatría, Terapia Física y Ocupacional, Medicina Alternativa, Psiquiatría, Psicología, Medicina General, Medicina Laboral, Urología, Gastroenterología, Proctología, Otorrinolaringología, Cirugía Oral y Ginecología, entre otras.

Por último, se deja evidenciar tal como en consta en la historia clínica de la Sra. INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, los padecimientos no son producto de la intervención realizada el día 13 de noviembre de 2015, sino que se deben al curso propio y natural de los padecimientos que sufría antes de dicha intervención, ya presentaba dependencia grave y notable, limitaciones físicas, dolor fuerte y crónico, dificultades para la marcha, requería ayuda para levantarse de las sillas, entre otros. Diagnosticados de la siguiente forma:

Nº Id Afiliado		Atendido En		Nº Autorización		compensar - EPS	
52794764		Calle 127 N° 15A - 55		143466015423766		Historia Clínica	
Nº Id Paciente		Tipo ID		Estrato		Fecha y Hora Atención	
52794764		CC				2014-12-13 12:08:21	
Nombre y Apellidos Completos		Sexo		RH		Programa	
INGRID JOHANNA BAQUERO		F		?		CE	
Dirección Residencia		Grupo Sanguíneo		Fecha Nacimiento		Edad	
DIAG 77 B # 116 B 55 INT 5 AP 501		O		22/07/1981		33 Año(s) 4 Mes(es)	
Ocupación				Teléfonos		Celular	
OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS				3092370		3212137855	
Responsable				Acompañante		Teléfono del Acompañante	
Etnia				NINGUNO		Parentesco del Responsable	
Estado Civil				Teléfono del Responsable		¿Cuál?	
Causa Externa				¿Cuál?		Aseguradora	
13 Enfermedad General				Finalidad Consulta			
Riesgo Paciente				. Detección de alteraciones del adulto			
Motivo Consulta							
"ME DUELE LA ESPALDA"							
Enfermedad Actual							
PACIENTE DE 33 AÑOS CON SOSPECHA DE DISCOPATIA LUMBAR CON RADICULOPATIA, PACIENTE YA SE REALIZO RMN LA CUAL LE HACEN ENTREGA EL 18/12/14, PACIENTE PERCISTE CON DOLOR							
Evolución y Control							

DOCUEMNTO: Historia clínica de la Sra. INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, del año 2014, la cual demuestra padecimientos y dolores lumbares, los cuales recibieron respectivo tratamiento.



Historia Clínica
Fecha y Hora Atención: 2015-01-19 11:11:48
Programa: CE

Nº Id Afiliado 52794764	Atendido En Calle 127 N° 15A - 55	Nº Autorización 150146073527000	
Nº Id Paciente 52794764	Tipo ID CC	Estrato	
Nombre y Apellidos Completos INGRID JOHANNA BAQUERO BELTRAN	Sexo F	Grupo Sanguíneo O	RH ?
Dirección Residencia DIAG 77 B # 116 B 55 INT 5 AP 501		Fecha Nacimiento 22/07/1981	Edad 33 Año(s) 5 Mes(es)
Ocupación OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS		Teléfonos 3092370	Celular 3212137855
Responsable OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS		Acompañante NINGUNO	Teléfono del Acompañante
Etnia		Teléfono del Responsable ¿Cuál?	Parentesco del Responsable
Estado Civil		¿Cuál?	Aseguradora
Causa Externa 13 Enfermedad General		Finalidad Consulta . No Aplica	
Riesgo Paciente Motivo Consulta "CONTROL"			
Enfermedad Actual PACIENTE DE 33 AÑOS CON DISCOPATIA LUMBAR CON RADICULOPATIA TIENE PEDIENTE CITA CON NEUROCIRUGIA. PACIENTE CONTINUA CON DOLOR CRONICO. ASISTIO POR URGENCIAS A MARLY DONDE FUE VISTA POR ORTOPEDIA, SILICITAN TERAPIA FISICA 10 SESIONES Y VALORACION POR MEDICINA LABORAL			
Evolución y Control			

DOCUMENTO: Historia clínica del año 2015.

Demuestra diagnósticos de Discopatía lumbar con radiculopatía, avance de enfermedades que padecía con anterioridad a la intervención quirúrgica del 13 de noviembre de 2015, y el respectivo tratamiento asignado.



Historia Clínica
Fecha y Hora Atención: 2015-02-10 11:20:34
Programa: CE

Nº Id Afiliado 52794764	Atendido En Calle 127 N° 15A - 55	Nº Autorización 150364539516755	
Nº Id Paciente 52794764	Tipo ID CC	Estrato	
Nombre y Apellidos Completos INGRID JOHANNA BAQUERO BELTRAN	Sexo F	Grupo Sanguíneo O	RH ?
Dirección Residencia DIAG 77 B # 116 B 55 INT 5 AP 501		Fecha Nacimiento 22/07/1981	Edad 33 Año(s) 6 Mes(es)
Ocupación OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS		Teléfonos 3092370	Celular 3212137855
Responsable OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS		Acompañante NINGUNO	Teléfono del Acompañante
Etnia		Teléfono del Responsable ¿Cuál?	Parentesco del Responsable
Estado Civil		¿Cuál?	Aseguradora
Causa Externa 13 Enfermedad General		Finalidad Consulta . No Aplica	
Riesgo Paciente Motivo Consulta "CONTROL"			
Enfermedad Actual PACIENTE DE 33 AÑOS QUIEN ESTA EN PROCESO POR NEUROCIRUGIA CON DISCOPATIA LUMBAR CON RADICULOPATIA. PACIENTE YA ESTA EN FISIATRIA. PACIENTE QUIEN A PASADO POR UN PROCESO LARGO EN DONDE SE HAN DESCARTADO PATOLOGIA RENAL, CON UROTAC NORMAL, SIN EMBARGO EN DICHO PROCESO PACIENTE SE REALIZO GAMAGRAFIA OSEA TOTAL, COMO HALLAZGO INCIDENTAL MUESTRA PROBABLE DIVERTICULO VESICAL, DESCARTAR URETEROCELE IZQUIERDO. PACIENTE CONTINUA CON DOLOR CRONICO A NIVEL LUMBOSACRO IRRADIADO A REGION PELVICA AHORA CON SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS. EN EL CONTEXTO DE LA PACIENTE SE DECIDE INICIAR MANEJ PROFILACTINO PARA IVU UROCULTIVO Y CONTROL CON UROLOGIA.			

DOCUMENTO: Historia clínica del año 2015.

Este fragmento de la historia clínica refleja diagnósticos de Discopatía lumbar con radiculopatía, divertículo vesical, dolor crónico a nivel lumbosacro irradiado a región pélvica, síntomas urinarios

irritativos. Allí se destacan los respectivos tratamientos asignados. Incluso, que el inicio de las afectaciones urinarias, las cuales como se demuestran, no guardan relación con la intervención quirúrgica del día 13 de noviembre de 2015

Nº Id Afiliado		Atendido En		Nº Autorización		Procedimiento	
52794764		IPS COMPENSAR		150421945528863		Fecha y Hora Atención	
Nº Id Paciente		Tipo ID		Estrato		2015-02-16 16:04:41	
52794764		CC				Programa	
						COMPLEMENTARIO	
						ESPECIAL	
Nombre y Apellidos Completos		Sexo	Grupo Sanguíneo	RH	Fecha Nacimiento	Edad	
INGRID JOHANNA BAQUERO BELTRAN		F	O	?	22/07/1981	33 Año(s) 6 Mes(es)	
Dirección Residencia		Teléfonos		Celular		Teléfono del Acompañante	
DIAG 77 B # 116 B 55 INT 5 AP 501		3092370		3212137855		Teléfono del Acompañante	
Ocupación		Acompañante		Parentesco del Responsable		Aseguradora	
OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS		NINGUNO		¿Cuál?		Aseguradora	
Responsable		Teléfono del Responsable		¿Cuál?		Aseguradora	
OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS		¿Cuál?		¿Cuál?		Aseguradora	
Etnia		Finalidad Procedimiento		Ambito		Aseguradora	
Mestizo		-- No Aplica --		Ambulatorio		Aseguradora	
Estado Civil		Finalidad Procedimiento		Ambito		Aseguradora	
		-- No Aplica --		Ambulatorio		Aseguradora	
Causa Externa		Finalidad Procedimiento		Ambito		Aseguradora	
13 Enfermedad General		-- No Aplica --		Ambulatorio		Aseguradora	
Descripción del Procedimiento		Finalidad Procedimiento		Ambito		Aseguradora	
TERAPIA FISICA		-- No Aplica --		Ambulatorio		Aseguradora	
4/6 SS		-- No Aplica --		Ambulatorio		Aseguradora	
<p>REALIZO TERAPIA DE CONTRASTE (FRIO 7 MINUTOS – CALOR 10 MINUTOS) + ELECTROANALGESIA EN REGION LUMBAR – POSICION SEMIFLOWER CON BALON PARA INHIBIR PSOAS ILIACO – ULTRASONIDO 10 MINUTOS EN PARAESPINALES</p> <p>Plan Manejo NO HAY MEJORIA DE DOLOR HA INCREMENTADO ADEMAS PRESENTA PARESTESIAS COSTANTE EN PIERNA IZQUIERDA, HIPOESTESIA EN DERMATOMA L5 S1</p>							

DOCUMENTO: Historia clínica año 2015.

La anterior imagen tomada de la historia clínica de la señora Ingrid Johanna, refleja el tratamiento, seguimiento y evolución de los padecimientos de la Sra. INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT.

Todo lo anterior evidencia que se siguió un tratamiento adecuado y un protocolo médico riguroso, con el objetivo de obtener los mejores resultados para la señora INGRID JOHANNA BAQUERO. Se garantiza que en todo momento recibió atención y tratamiento oportunos, y que la intervención quirúrgica realizada el 13 de noviembre de 2015 fue el procedimiento más idóneo conforme a su condición clínica. Dicha intervención se fundamentó en la existencia de patologías preexistentes que justificaban su realización como el siguiente paso dentro del manejo médico indicado, en estricto cumplimiento de la lex artis. Cabe recordar que la obligación en el ejercicio de la medicina es de medio y no de resultado, lo que implica que el profesional de la salud debe actuar con diligencia y conforme a los estándares científicos, sin que ello garantice un desenlace específico.

En conclusión, Los argumentos presentados por la parte demandante carecen de sustento probatorio y se fundamentan en meras afirmaciones sin respaldo técnico o científico. La documentación clínica establece que el diagnóstico y tratamiento fueron oportunos y adecuados. La remisión a especialistas se realizó en el momento indicado y conforme a la evolución de la paciente. No se ha acreditado la existencia de falla médica ni la configuración de los elementos

esenciales para la declaratoria de responsabilidad. Las entidades demandadas han demostrado que su actuación fue diligente y que en todo momento se adoptaron las medidas necesarias para garantizar la atención integral de la paciente. En virtud de lo anterior, debe prosperar la excepción de inexistencia de falla médica y, en consecuencia, desestimarse cualquier pretensión indemnizatoria en contra de COMPENSAR EPS y la CLÍNICA DE MARLY.

4. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE COMPENSAR EPS Y LA CLINICA DE MARLY.

Se formula esta excepción con el fin de exponer la inexistencia de nexo causal entre las actuaciones de COMPENSAR EPS, LA CLÍNICA DE MARLY y el DR. MAURICIO TOSCANO HEREDIA, y el presunto daño sufrido por la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, que, dicho sea de paso, no se encuentra probado. En primer lugar, el procedimiento quirúrgico realizado a la paciente (ARTRODESIS LUMBAR L5-S1), se llevó a cabo de manera adecuada conforme a la literatura médica y la lex artis, como tratamiento indicado en casos de discopatía lumbar con compresión de la raíz nerviosa. En segundo lugar, no existe relación de causalidad entre las atenciones médicas brindadas y el daño alegado por la parte actora. Por el contrario, existe constancia de la oportuna y diligente atención médica prestada a la paciente, quedando completamente probada la diligencia en todas las actuaciones de COMPENSAR EPS, LA CLÍNICA DE MARLY y el DR. MAURICIO TOSCANO HEREDIA.

No existe nexo de causalidad, dado que la parte demandante no logra identificar ni demostrar el evento que acusa como falla del servicio médico. Como consecuencia, no logra probar una relación directa entre las conductas del extremo pasivo y el presunto daño sufrido. Además, es claro que muchas de las afecciones alegadas ya existían antes del procedimiento quirúrgico, lo cual se encuentra ampliamente documentado en la historia clínica de la paciente. Los registros médicos evidencian que la demandante padecía de dolor crónico lumbar de larga data, con irradiación a la extremidad inferior izquierda, asociada a síntomas urinarios y afectaciones psiquiátricas previas, lo cual descarta que estas condiciones sean atribuibles a la cirugía realizada en noviembre de 2015.

Debe recordarse que la teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la de la causalidad adecuada. La jurisprudencia del Consejo de Estado ha reiterado en diversas oportunidades (sentencias del 14 de junio de 2019¹⁰, 29 de abril de 2019¹¹ y 27 de septiembre de 2018¹²) que esta teoría exige que la causa del daño sea previsible y relevante, y no simplemente una condición sine qua non. En este caso, no existe prueba alguna que acredite la relación de causalidad entre el daño

¹⁰ Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2133425. MP: MARÍA ADRIANA MARÍN.

¹¹ Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2133698. MP: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS.

¹² Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2121903. MP: MARÍA ADRIANA MARÍN.

alegado por la demandante y la actuación de las entidades demandadas. Por ende, la falta de este requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil en su contra.

En primer lugar, no existe nexo causal porque la historia clínica refleja que la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT presentaba una patología previa de larga data, caracterizada por dolor lumbar crónico, alteraciones funcionales y psiquiátricas diagnosticadas desde antes de la intervención quirúrgica. Además, el procedimiento quirúrgico se realizó de manera adecuada, sin omitir ningún paso y, por el contrario, obrando con total diligencia en todas las actuaciones. Previo a la cirugía, la paciente fue evaluada por diferentes especialistas en ortopedia, neurocirugía, anestesiología, psiquiatría y fisioterapia. Se le realizaron estudios diagnósticos exhaustivos como resonancia magnética, gammagrafía ósea y electromiografía, los cuales confirmaron la presencia de discopatía lumbar con compromiso radicular. Asimismo, la demandante recibió tratamientos conservadores durante un período prolongado, incluyendo fármacos analgésicos y opioides, bloqueos epidurales y fisioterapia, sin lograr una mejoría significativa de su condición. Solo después de agotar estas alternativas terapéuticas, se decidió proceder con la cirugía como último recurso para mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, es claro que se prestó un servicio médico oportuno y diligente, asegurando el bienestar de la paciente mediante la aplicación de los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados. Tras la cirugía, la evolución de la paciente fue satisfactoria en los controles posoperatorios inmediatos y durante el primer año posterior a la intervención. Se realizaron controles radiográficos y valoraciones clínicas que confirmaron la adecuada posición del material de osteosíntesis y la ausencia de complicaciones quirúrgicas.

En cuanto a los síntomas referidos por la demandante, tiempo después de la cirugía, tales como la presunta vejiga neurogénica y la supuesta pérdida de fuerza en la extremidad inferior izquierda, estos no guardan relación con la intervención quirúrgica realizada. La historia clínica evidencia que la paciente ya presentaba problemas urinarios y neurológicos previos al procedimiento. Además, estudios realizados posteriormente, como la resonancia magnética de columna y evaluaciones por especialistas en neurocirugía y urología, no encontraron evidencia de compresión nerviosa atribuible a la cirugía.

En conclusión, el daño alegado por la parte demandante no puede ser atribuido a COMPENSAR EPS, LA CLÍNICA DE MARLY y el DR. MAURICIO TOSCANO HEREDIA, ya que se efectuaron todos los esfuerzos necesarios para procurar el bienestar de la paciente. En ese orden de ideas, resulta claro que la causa de la no mejoría no se generó como consecuencia a la falta de diligencia de las entidades médicas, así como tampoco del supuesto error de tratamiento, puesto que las entidades demandadas dispusieron a la paciente todas las maniobras médicas para procurar su bienestar a pesar de la enfermedad que padecía. De modo que, al no acreditarse uno de los

elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de las entidades y el deterioro no resulta posible la declaratoria de responsabilidad. Al no acreditarse el nexo causal entre la conducta de los demandados y el presunto daño – que tampoco se encuentra probado –, no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

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

5. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE REPARACIÓN DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2358 DEL CÓDIGO CIVIL EN FAVOR DE COMPENSAR.

En el presente caso, se configura la prescripción de la acción de responsabilidad civil ejercida en contra de COMPENSAR EPS, conforme a lo dispuesto en el artículo 2358 del Código Civil. Dicha norma establece que las acciones para la reparación del daño que puedan ejercerse contra terceros responsables prescriben en el término de tres (3) años contados desde la perpetración del acto.

Al respecto sea lo primero indicar que el artículo 2358 del Código Civil en su inciso segundo dispone lo siguiente:

“Las acciones para la reparación del daño que puedan ejercitarse contra terceros responsables, conforme a las disposiciones de este capítulo, prescriben en tres años contados desde la perpetración del acto”.

En este sentido, es evidente que el hecho que se reclama como dañoso no fue ejecutado directamente por la parte demandada, sino que se fundamenta en la supuesta responsabilidad por un hecho ajeno, específicamente la actuación médica realizada en la intervención quirúrgica del 13 de noviembre de 2015. Luego entonces, si la responsabilidad que se pretende endilgar no proviene de un hecho propio de COMPENSAR EPS, sino de la actuación de sus profesionales adscritos, le resulta aplicable el término de prescripción señalado en la citada norma, el cual ya se encuentra vencido.

De la revisión del expediente se desprende que los hechos en los que se sustenta la demanda ocurrieron el 13 de noviembre de 2015, fecha en la que se llevó a cabo la intervención quirúrgica cuestionada. En consecuencia, conforme al artículo 2358 del Código Civil, el término de prescripción de la acción para reclamar una supuesta responsabilidad de la clínica y la EPS por hechos de terceros venció el 13 de noviembre de 2018. Sin embargo, la demanda fue presentada de manera extemporánea, lo que implica que cualquier pretensión indemnizatoria en contra de estas entidades ha prescrito.

Si bien en el proceso se aportaron documentos relacionados con la historia clínica de la demandante y se argumentó la existencia de tratamientos posteriores, estos no alteran el cómputo de la

prescripción, ya que lo relevante para establecer el término es la fecha en la que se realizó el acto que presuntamente generó el daño. En otras palabras, la atención médica brindada con posterioridad a la cirugía no interrumpe ni renueva el plazo de prescripción establecido en la norma. En este orden de ideas, se debe declarar probada la prescripción extintiva de la acción de responsabilidad civil, con fundamento en el artículo 2358 del Código Civil, lo que conlleva el consecuente rechazo de las pretensiones de la parte demandante en contra de COMPENSAR EPS.

6. INEXISTENCIA DE PRUEBA DEL LUCRO CESANTE – IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO.

En este punto, su Despacho deberá tener en consideración que, al no existir prueba suficiente que permita acreditar que la actividad económica de la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT se vio directamente afectada como consecuencia de los diagnósticos y procedimientos realizados, no es procedente el reconocimiento del lucro cesante. Si bien la demandante desempeñaba una actividad económica antes de la cirugía, no se ha probado con certeza que su capacidad laboral se haya visto comprometida por la atención médica brindada. Para que proceda la indemnización de este perjuicio, era necesario acreditar que: i) La señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT desarrollaba una actividad económica formal o informal. ii) Percibía ingresos de manera regular y demostrar cuál era su monto. iii) La dificultad de continuar con dicha actividad se derivó exclusivamente de la atención médica proporcionada por las demandadas.

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

No obstante, lo anterior, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido lo siguiente:

“(…) en cuanto perjuicio, el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual. (...) Vale decir que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afianza en una situación real, existente al momento del evento dañoso, condiciones estas que, justamente, permiten inferir,

razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente (...) Por último están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que **conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables.**¹³ -
(Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse y, de otro, que sea susceptible de evaluarse concretamente, sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, se estaría en frente de una utilidad meramente hipotética o eventual.

El más reciente pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano, eliminó la posibilidad de reconocer 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. Es decir, con esta sentencia se eliminó la presunción según la cual toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, en tanto contraría uno de los elementos del daño, esto es la certeza, de manera que el lucro cesante solo reconocerá cuando obren pruebas suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

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

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

¹³ Corte Suprema de Justicia, Sentencia RAD. 2000-01141 de 24 de junio de 2008.

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.¹⁴ -

(Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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.

En ese sentido, en el caso sub judice, no puede presumirse el lucro cesante a favor de la parte actora. Este pronunciamiento excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante si no se demuestra de manera clara y contundente la pérdida de ingresos y su relación causal con la atención médica prestada.

Aunque la demandante pudiera haber ejercido una actividad económica, no se acreditó de manera suficiente que: i) Sus ingresos eran regulares y documentados. ii) La cirugía impidiera de manera absoluta su reincorporación al trabajo. iii) Existiera una relación directa entre la atención médica recibida y la supuesta incapacidad laboral. La parte demandante no puede pretender el pago de un lucro cesante que no ocurrió ni ocurrirá en el futuro, ya que, en primer lugar, y como se demostrará, muchos de los daños que alega, tanto físicos como mentales, no solo se manifestaron antes de los hechos cuestionados, sino que además estos se desarrollaron como parte del curso natural de la enfermedad osteomuscular preexistente que la demandante ha padecido por un largo tiempo, lo que también impactó su estado psíquico y psicológico, el cual ya se encontraba deteriorado. En consecuencia, dichos daños no pueden ser atribuidos jurídicamente a las entidades demandadas.

¹⁴ Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano.

Ahora bien, al analizar la liquidación presentada por la parte demandante, se evidencian inconsistencias sustanciales, las cuales la convierten en una estimación infundada y desproporcionada. En particular, no se aporta prueba alguna que acredite que, para el año 2021, la demandante percibiera un ingreso de \$2.000.000, como se pretende hacer valer.

Esta misma liquidación presentada por la parte demandante presenta graves yerros, como la actualización anual del salario. Dicho ajuste debió efectuarse con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) anual, dado que no se trata de un salario mínimo legal mensual vigente (SMMLV). En este contexto, debido a la incertidumbre sobre el porcentaje del Ingreso Base de Cotización (IBC) para el periodo 2024-2038, la actualización salarial debió calcularse utilizando un IPC fundamentado y razonable, en lugar de cifras arbitrarias e inconsistentes. Para garantizar un criterio objetivo, como mínimo se debió consultar el IPC histórico anual publicado por el DANE. Un cálculo basado en el promedio del IPC entre los años 2000 y 2023 arrojaría un incremento aproximado del 5.34%, el cual debió considerarse para el periodo 2024 – 2038, esto sin pretender aceptar responsabilidad, solo demostrando los cálculos erróneos y estimaciones del lucro cesante por la parte actora.

860503617	9428006278	20211203	202112	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	55138761	20211215	202112	\$ 978,320	\$ 39,200
860503617	9426701132	20211103	202111	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	54467812	20211123	202111	\$ 978,320	\$ 39,200
860503617	9425538358	20211005	202110	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	53731700	20211022	202110	\$ 978,320	\$ 39,200
800224808	9423361260	20210813	202109	\$ 908,526	\$ 72,700
800224808	9423971377	20210830	202109	\$ 0	\$ 0
830098590	53062012	20210921	202109	\$ 1,008,320	\$ 40,400
830098590	52384288	20210823	202108	\$ 978,320	\$ 39,200
830098590	51730489	20210723	202107	\$ 978,320	\$ 39,200
830098590	50994810	20210623	202106	\$ 30,285	\$ 1,300
830098590	50994810	20210623	202106	\$ 948,035	\$ 38,000
830098590	50406309	20210524	202105	\$ 30,285	\$ 1,300
830098590	50406309	20210524	202105	\$ 978,035	\$ 39,200
830098590	49751374	20210423	202104	\$ 60,569	\$ 2,500
830098590	49751374	20210423	202104	\$ 917,751	\$ 36,800
830098590	48999387	20210319	202103	\$ 965,702	\$ 38,700
830098590	48304279	20210215	202102	\$ 965,702	\$ 38,700
830098590	47703128	20210112	202101	\$ 977,269	\$ 39,100

DOCUMENTO: cuadro que relacionó compensar en sus excepciones, respecto al salario que se registró para la liquidación de la señora en el régimen de salud.

Por todo lo anterior, no resulta procedente la pretensión de la demandante en el sentido de que se le reconozcan sumas de dinero por concepto de lucro cesante. No hay prueba suficiente dentro del expediente que permita determinar con certeza la pérdida de ingresos y su nexo con la atención brindada por las demandadas.

En conclusión, es preciso reiterar que la parte demandante tenía la carga probatoria sobre los perjuicios reclamados y, por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización debía estar claramente probado con medios idóneos y pertinentes. No puede existir reconocimiento de lucro cesante si no se acreditaron pruebas suficientes de la pérdida de ingresos de la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT y su relación causal con la atención médica recibida. La demanda careció de una carga probatoria conducente para demostrar el lucro cesante solicitado.

Por lo que se debe negar las pretensiones de la demanda y declarar probada esta excepción.

7. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DEL DAÑO MORAL.

No hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio cuando no se allegó al proceso ni una sola prueba que acreditara la existencia del daño moral. Aunado a ello, sin que lo aquí expuesto constituya aceptación alguna de responsabilidad, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante.

En términos generales, existe un criterio unánime que explica que la reparación de los daños causados como consecuencia de un hecho dañoso tiene un carácter exclusivamente indemnizatorio y no puede ser fuente de enriquecimiento para la parte demandante. En otras palabras, no existe duda alguna que la reparación de los perjuicios tiene la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior, esto es, al estado previo a la causación del daño, sin que esto signifique que la parte actora pueda enriquecerse por el reconocimiento de dicha indemnización.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en los mismos términos al establecer:

“Ciertamente puede decirse cuando el artículo 2341 del Código Civil prescribe que el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, se adopta, en armonía con el inciso 2 del artículo 1649 del Código Civil, el principio según el cual la prestación de la obligación resarcitoria llamada indemnización, tiene como límite cuantitativo aquel que, según su función de dejar indemne (sin daño), alcance a reparar directa o indirectamente el perjuicio ocasionado, para el restablecimiento, en sus diferentes formas, de la misma situación patrimonial anterior (...).”

En otras palabras, es improcedente jurídicamente conceder una indemnización que no solo tenga la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior al acaecimiento del hecho dañoso, sino que también tenga el propósito de enriquecer a la parte actora. Lo anterior, por cuanto como se ha explicado, la indemnización de perjuicios no puede ser utilizada como herramienta para enriquecer a la víctima, sino para repararle efectivamente los daños que haya padecido.

Renglón seguido, la estimación que realizan los demandantes por concepto de daño moral asciende a 100 SMMLV, lo que significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de estos. Lo anterior, considerando que al plenario no fueron aportadas pruebas que logran comprobar la responsabilidad de las demandadas y, en consecuencia, su obligación de indemnizar a los accionantes por los perjuicios inmateriales presuntamente padecidos.

En conclusión, no está acreditada de ninguna forma la obligación de indemnizar, en el entendido que la suma solicitada por la parte demandante por concepto de daño moral y su reconocimiento significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de esta. Lo previamente expuesto, por cuanto no se ha probado que el extremo pasivo le haya generado algún tipo de perjuicio moral a la parte demandante, por lo que no tendría razón para resultar condenado a pagar un perjuicio que no causó. De contera que solo en el improbable caso que el Juez considere que se debe reconocer esta tipología de daño, corresponderá al arbitrio del mismo determinar el valor del daño moral, teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente. Además, teniendo como parámetro y límite los baremos dispuestos por la Corte Suprema de Justicia.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

8. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DEL DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN.

Con relación al daño a la vida en relación, debe mencionarse que el mismo no está probado en tanto no está acreditada la responsabilidad del extremo pasivo. Adicionalmente, no es procedente el reconocimiento de dicho concepto de daño, como quiera que no se ha acreditado que a la señora INGRID BAQUERO, se le haya generado una condición médica permanente que le impida realizar aquellas actividades placenteras que hacen agradable su existencia, y en todo caso, sin que lo aquí expuesto constituya aceptación alguna de responsabilidad, es inviable el reconocimiento del daño a la vida en relación en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante, pues ella supera con creces los baremos jurisprudenciales incluso en los casos más graves como la pérdida de un órgano.

Lo primero que se debe tomar en consideración es que el daño a la vida de relación se presenta

cuando la víctima sufre una alteración psicofísica que le impide o dificulta gozar de actividades rutinarias o bienes de la vida que disfrutaba antes del hecho lesivo. Así, este perjuicio se ve reflejado en el deterioro de la calidad de vida de la víctima y la pérdida de la posibilidad de tener contacto con las demás personas o relacionarse con ellas. Nótese en este caso que la petición indemnizatoria formulada por el extremo actor tiene como única base la cirugía realizada, cuyo desarrollo no tuvo complicaciones y su resultado fue favorable. De manera que, no se encuentra acreditado que exista algún tipo de lesión de carácter permanente, puesto que la única prueba de la presunta alteración psicofísica y sus condiciones de existencia se reduce a la información de la existencia de perjuicios en los hechos de la demanda. Circunstancia que torna improcedente cualquier petición indemnizatoria en los términos elevados.

Para todos los efectos, debe advertirse como la actora no efectúa un esfuerzo en indicarle al Despacho como cambiaron sus condiciones de vida como consecuencia de la presunta falla médica, en aras de hacerse acreedora de un reconocimiento indemnizatorio a las luces del daño a la vida en relación.

Ahora, en el hipotético e improbable caso que dicho perjuicio deba ser reconocido, debe tenerse en cuenta que la Corte Suprema de Justicia a través de sus múltiples pronunciamientos ha dejado decantados los límites máximos de reconocimiento de perjuicios, como lo es en el caso del daño a la vida en relación. En tal sentido, es importante señalar que los perjuicios inmateriales solicitados por la parte demandante resultan equivocados y exorbitantes. Puesto que, siguiendo con los lineamientos jurisprudenciales fijados por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia para la tasación del daño a la vida en relación en casos más graves como la pérdida de un órgano derivado de la culpa médica, la Corte ha fijado como baremo indemnizatorio de TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$30.000.000), tal y como se muestra a continuación:

*“(…) Tasación del daño a la vida de relación para la víctima directa en **treinta millones de pesos (\$30.000.000)**, por los perjuicios ocasionados por la extracción de su ojo izquierdo, como consecuencia de culpa médica. Responsabilidad médica contractual.”¹⁵ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento del daño a la vida en relación en las sumas pretendidas por la parte demandante. Pues, en primer lugar, solicitar \$130.000.000 en favor de la señora INGRID BAQUERO, resulta exorbitante, dado que el tope indemnizatorio fijado por la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia corresponde a TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$30.000.000) para los casos más graves como la pérdida de un órgano derivado de la culpa médica. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC21828-2017 del 19 de diciembre de 2017.

En conclusión, desde cualquier punto de vista se evidencia que la tasación de daño en la vida de relación solicitado por la demandante es improcedente, por cuanto no se encuentra acreditada la existencia de una lesión psicofísica ni su carácter permanente que le impida a la señora INGRID BAQUERO realizar aquellas actividades placenteras que hacen agradable su existencia. En consecuencia, deberá desestimarse la tasación de este perjuicio propuesta por el extremo actor.

Por lo anterior, respetuosamente ruego al Honorable Juez tener por probada esta excepción.

9. GENÉRICA O INNOMINADA.

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPITULO II. CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR LA E.P.S. COMPENSAR

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIAS.

Frente al hecho 1: Es cierto, por cuanto así consta en los documentos del proceso de radicado 11001310301820240019000 y del cual conoce el Juzgado 53° Civil del Circuito de Bogotá D.C

Frente al hecho 2: Es cierto, por cuanto así consta en los documentos del proceso de radicado 11001310301820240019000 y del cual conoce el Juzgado 53° Civil del Circuito de Bogotá D.C.

Frente al hecho 3: Es cierto, dejando claro que la póliza en cuestión es la NO. AA198548, y su renovación actual tienen las siguientes condiciones, fecha de expedición el 03 de enero de 2024 y fecha de vigencia desde el día 31 de diciembre de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2024. Así como también es cierto que su cobertura inicial se encuentra determinada del 30 de agosto de 2019.

No obstante, es importante aclarar que este contrato de seguro no podrá operar en el caso particular, toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las

complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015

Frente al hecho 4: Es cierto solo en cuanto a que entre la EPS Compensar en calidad de Tomador y La Equidad Seguros OC como compañía aseguradora, se renovó contrato de seguro documentado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, vigente en el periodo comprendido entre el 30 de agosto de 2020 y el 11 de septiembre de 2020. Adicionalmente, se deja claro que la póliza en cuestión es la NO. AA198548, y su renovación actual tiene las siguientes condiciones: fecha de expedición el 03 de enero de 2024 y fecha de vigencia desde el día 31 de diciembre de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2024.

No obstante, es importante aclarar que este contrato de seguro no podrá operar en el caso particular, toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015

Frente al hecho 5: Es cierto solo en cuanto a que entre la EPS Compensar en calidad de Tomador y La Equidad Seguros OC como compañía aseguradora, se renovó contrato de seguro documentado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, vigente en el periodo comprendido entre el 11 de septiembre de 2020 y el 25 de septiembre de 2020.

No obstante, es importante aclarar que este contrato de seguro no podrá operar en el caso particular, toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y

exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015

Frente al hecho 6: Es cierto solo en cuanto a que entre la EPS Compensar en calidad de Tomador y La Equidad Seguros OC como compañía aseguradora, se renovó contrato de seguro documentado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, vigente en el periodo comprendido entre el 25 de septiembre de 2020 y el 25 de septiembre de 2021.

No obstante, es importante aclarar que este contrato de seguro no podrá operar en el caso particular, toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015

Frente al hecho 7: Es cierto. No obstante, es importante aclarar que este contrato de seguro no podrá operar en el caso particular, toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015

Frente al hecho 8: Es cierto. No obstante, es importante aclarar que este contrato de seguro no podrá operar en el caso particular, toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia

y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015

Frente al hecho 9: Es cierto. No obstante, es importante aclarar que este contrato de seguro no podrá operar en el caso particular, toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No: AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015

Frente al hecho 10: Es cierto. No obstante, es importante aclarar que este contrato de seguro no podrá operar en el caso particular, toda vez que no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015

Frente al hecho 11: Es cierto.

Frente al hecho 12: Parcialmente cierto. En la medida que mi procurada no tiene conocimiento de las posibles reclamaciones que haya presentado la actora a la asegurada con anterioridad a la notificación de la demanda, no le es posible determinar si ha operado la prescripción en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, no obstante, si en el trámite del proceso se convalida que en efecto la actora presentó de manera previa requerimiento alguno a COMPENSAR EPS, el contrato de seguro no podrá verse afectado por haberse presentado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Frente al hecho 13: No es cierto, pues si bien los hechos ocurrieron durante el periodo de retroactividad y aparentemente la primera reclamación se hizo durante la vigencia de la póliza, no

es cierto que exista plena cobertura, debido a que la póliza no podrá cubrir hechos que no son imputables al asegurado, puesto que para el presente caso no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548, pues no se encuentra acreditada la responsabilidad de la EPS Compensar en algún deterioro de la salud de la señora Baquero, puesto que no hay prueba documental que obre en el plenario que demuestre que la entidad hospitalaria haya sido imprudente y negligente en la prestación del servicio y mucho menos, que esa haya sido la causa directa de las complicaciones acaecidas en su movilidad y su dolor, por el contrario a lo largo de este escrito se ha puesto de presente que la entidad hospitalaria ha empleado la diligencia y el cuidado en la atención médica, no obstante, la falta de mejoría de la señora Ingrid obedeció única y exclusivamente a la evolución natural de su patología, misma que la ha limitado desde antes del procedimiento quirúrgico del 13 de noviembre de 2015.

Frente al hecho 14: No es cierto. Si bien el llamamiento en garantía es procedente, ello no implica que *de facto* la aseguradora esté llamada a responder, pues justamente en este proceso se decidirá lo relativo a la relación sustancial entre llamante y llamada en garantía. Sin embargo, se advierte que, en este punto, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no se encuentra llamada a responder por las condenas a las que haya lugar o en su defecto reembolsar dineros con cargo a la póliza, por cuanto, dicha póliza no puede ser afectada para el caso concreto al no haberse acreditado la realización del riesgo asegurado, pues no existe un error médico o diagnóstico que pueda imputarse a los galenos que intervinieron en este caso.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

ME OPONGO a la totalidad de las pretensiones incoadas en el llamamiento en garantía, por cuanto no se vislumbran los elementos sine qua non para predicar, como exigible, la obligación indemnizatoria y, sobre todo, condicional, de parte de LA EQUIDAD SEGUROS OC en el caso concreto. Lo anterior, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado.

Oposición a la pretensión 1: ME OPONGO a la prosperidad de la primera pretensión del llamamiento en garantía puesto que en el presente proceso no se configuró una falla médica que pueda dar lugar a responsabilidad médica alguna. En ese sentido, la pretensión carece de fundamentos fácticos y jurídicos, si se tiene en consideración que en el plenario no obra prueba alguna que acredite una falla médica en los servicios prestados a la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, puesto que los daños alegados son consecuencias naturales de su patología previas y no riesgos inherentes a la cirugía. Por lo tanto, no es posible que surja obligación indemnizatoria a cargo de mi prohijada porque al ser inexistente la responsabilidad civil de la demandada no es posible entender que se generó un siniestro, es decir, la realización del riesgo asegurado pues en este caso emerge con claridad que nunca existió error en la praxis médica por parte del asegurado y/o su IPS adscrita.

Ahora, resulta improcedente que la llamante en garantía en desconocimiento de sus obligaciones contractuales pretenda que mi procurada reconozca la improbable e hipotética condena en un margen del cien por ciento (100%), habida cuenta que la Póliza No. AA198548 contempla un deducible del doce punto cinco por ciento (12.5%) de la pérdida, mínimo \$95.700.000 a cargo de la asegurada.

Oposición a la pretensión 2: ME OPONGO a la prosperidad de la segunda pretensión del llamamiento en garantía puesto que en el presente proceso no se configuró una falla médica que pueda dar lugar a responsabilidad médica alguna. En ese sentido, la pretensión carece de fundamentos fácticos y jurídicos, si se tiene en consideración que en el plenario no obra prueba alguna que acredite una falla médica en los servicios prestados a INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT durante los procedimientos médicos y la atención que se le brindó, toda vez que, el “daño” que reclama no es un daño indemnizable, puesto que los daños alegados son consecuencias naturales de su patología previas y no riesgos inherentes a la cirugía. Por lo tanto, no es posible que surja obligación indemnizatoria a cargo de mi prohilada porque al ser inexistente la responsabilidad civil de la demandada no es posible entender que se generó un siniestro, es decir, la realización del riesgo asegurado pues en este caso emerge con claridad que nunca existió error en la praxis médica por parte del asegurado y/o su IPS adscrita.

Frente a la pretensión 3: ME OPONGO porque si bien es cierto que la Póliza de seguro en mención comprende la cobertura de gastos de defensa, se pone de presente que cualquier solicitud en este sentido resulta improcedente, en tanto que este no es el objeto del litigio por el cual se llama en garantía a mi procurada. Para pretender cualquier tipo de reconocimiento por la señalada asistencia jurídica tiene que adelantarse dicha pretensión a través de un proceso judicial distinto al que nos ocupa, el cual se insiste es de responsabilidad civil extracontractual y nada tiene que ver con el reembolso de gastos por defensa judicial. Se reitera, no puede el llamante en garantía valerse de este proceso judicial, para intentar resolver en el mismo litigio controversias que definitivamente serían propias de otro trámite. Recuérdese que la figura del llamamiento en garantía se circunscribe a exigir de otro la indemnización que se sufra o el reembolso del pago que tuviere que hacer. Sin embargo, es claro que la parte demandante no está mencionando en sus pretensiones ninguna cobertura por gastos de defensa, razón por la que claramente no puede, por sustracción de materia, la entidad de salud exigir esa cobertura vía llamamiento en garantía, pues excede de lo permitido por el artículo 64 del Código General del Proceso.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

- 1. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA AA198548.**

Se plantea esta excepción con el fin de explicar que COMPENSAR EPS, LA CLÍNICA DE MARLY y el DR. MAURICIO TOSCANO HEREDIA no han incurrido en una responsabilidad civil que genere una obligación indemnizatoria a cargo de su aseguradora. No se configuran los presupuestos fácticos ni jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de COMPENSAR EPS o de las demás entidades demandadas. De acuerdo con las pruebas obrantes en el expediente, se demuestra que no existió falla en la prestación del servicio médico y que la atención brindada a la demandante, INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, se realizó conforme a la *lex artis*, con todos los procedimientos y controles adecuados. Por lo tanto, al no existir un hecho dañoso imputable a los asegurados, tampoco ha nacido una obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, ya que el riesgo asegurado no se ha materializado.

La póliza AA198548 suscrita tiene como objeto garantizar la cobertura de la responsabilidad civil atribuible a COMPENSAR EPS, en caso de que, conforme a la ley, deban asumir perjuicios ocasionados a terceros como consecuencia de la prestación de servicios médicos, quirúrgicos o de enfermería. Sin embargo, en el caso concreto, no se han configurado los elementos esenciales de la responsabilidad civil, pues i) No se ha demostrado una falla en la prestación del servicio de salud. ii) No existe nexo causal entre la atención médica recibida y el daño alegado por la demandante. iii) No se ha probado la existencia de un perjuicio real y cierto derivado de las actuaciones de las entidades demandadas.

En virtud de lo anterior, es claro que no existe obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora respecto de la póliza vigente, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en el contrato de seguro. Es decir, no se ha configurado un hecho dañoso imputable a los asegurados que genere su responsabilidad civil, lo que impide la activación de la cobertura de la póliza. Adicionalmente, la historia clínica de la demandante y los exámenes médicos practicados confirman que el procedimiento quirúrgico realizado se efectuó conforme a los estándares médicos aplicables y que la evolución posoperatoria fue adecuada.

Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal:

“A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA: Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Igualmente, bajo esta cobertura se ampara la responsabilidad civil profesional imputable al asegurado como consecuencia de la sustitución que haya hecho sobre otro profesional de la misma especialidad

siempre que este haya cumplido con las instrucciones/especificaciones dadas por el asegurado. No se cubre la responsabilidad profesional propia del médico sustitutivo”.

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

*“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. **Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.**” - (Subrayado por fuera de texto)*

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se explica que al suscribir el contrato asegurativo respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo.

De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la

voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)".
(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, como se observó en el aparte precitado.

En tal sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de la aseguradora, puesto que no hubo falla médica atribuible a COMPENSAR EPS. Como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, se actuó de manera oportuna y diligente frente a la atención médica requerida por la demandante. Las entidades demandadas cumplieron con los protocolos, guías, exámenes y tratamientos necesarios, realizando así una atención plenamente diligente, tal como se expuso en la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda. De igual forma, COMPENSAR EPS garantizó el acceso oportuno a los servicios médicos requeridos por la demandante, autorizando los exámenes, procedimientos y tratamientos indicados por los especialistas, sin imponer barreras de acceso ni dilaciones injustificadas. Se le brindó una atención acorde con los estándares médicos y científicos, asegurando que recibiera un tratamiento adecuado y oportuno. Por lo tanto, al no estar demostrada la supuesta negligencia en la prestación del servicio de salud, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la póliza en cuestión ni generarse una obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. Dicho de otra manera, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de la compañía aseguradora.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548.

En conclusión, la prestación del servicio de salud que brindó la entidad asegurada a la paciente se adoptó bajo los principios de la *lex artis* y a la literatura médica, puesto que se brindaron los servicios y tratamientos necesarios para lograr la recuperación de la paciente. Así las cosas, y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de la entidad hospitalaria, no ha surgido la obligación

condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla médica en cabeza de la EPS Compensar, no podrá bajo ninguna circunstancia afectarse la póliza identificada con el No. AA198548 y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

Por lo anterior, respetuosamente solicito al honorable Despacho declarar probada esta excepción.

2. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. AA198548.

Dentro de las condiciones particulares de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional suscrita entre COMPENSAR EPS y la aseguradora, se establecieron los parámetros que regulan la obligación condicional y delimitan la extensión del riesgo asumido por la compañía aseguradora. En efecto, en dicho documento se refleja la voluntad de las partes al momento de celebrar el contrato, estableciendo de manera explícita las condiciones y alcances del aseguramiento.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del 1056 Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo- causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo, mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén

expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes” (Subrayado y negrilla fuera del texto del texto original).

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 13 de diciembre de 2018, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado” 19(Subrayado y negrilla fuera del texto del texto original).

Así las cosas, según la jurisprudencia previamente expuesta, se evidencia como 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 necesario señalar que en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. AA198548, Equidad Seguros Generales O.C. en sus condiciones generales señalen una serie de exclusiones, que en caso de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse mi prohijada.

“ESTA PÓLIZA NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES O DAÑOS MATERIALES NI NINGUN OTRO PERJUICIO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:

- 1. DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MEDICA U ODONTOLÓGICA, CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O TERAPIA.**
- 2. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTEN**

LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3. RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACION DE TECNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIENCIA MEDICA

4. POR LA PRESTACION DE SERVICIOS O ATENCION POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO; SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.

5. POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NÁRCOTICAS.

6. POR CIRUGÍA PLASTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

7. POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.

8. POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO O LA TERAPIA A UN PACIENTE.

9. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.

10. RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.

11. DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERCAN ACTIVIDAD ES PROFESIONALES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION Y CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

12. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.

13. EN EL CASO DE ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA, EN UNA CLINICA/ HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

14. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y ACCIONES SIMILARES DONDE NO SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA

CUANTIA DE LA INDEMNIZACION. 5

2307 2012-1501-NT- ROG0000000000001008 01042010-1501-P-06-0000000000001008 PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS/ HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD

15. POR DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

16. POR LA UTILIZACION DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANNER, RADIACION POR ISOTOPOS, RADIOGRAFIAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D, DE LA CLAUSULA 3 "DEFINICION DE AMPAROS".

17. TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DAÑOS, LESIONES, PÉRDIDA O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO EL LUCRO CESANTE DERIVADOS DE EVENTOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL NO-RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE CUALQUIER FECHA REAL DE CALENDARIO, ESPECIALMENTE LA DEL CAMBIO DE MILENIO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CLÁUSULA

20 DE ESTA PÓLIZA.

18. POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXCEDENTE DE LA LEGAL, COMO DAÑOS DERIVADOS DE ACUERDOS O COMPROMISOS DEL ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CUALES SE HUBIERE COMPROMETIDO A UN RESULTADO, EFECTO O EXITO QUE EXCEDE SU OBLIGACION LEGAL.

19. POR LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCION QUIRURGICA.

20. POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN VINCULADOS O ADSCRITOS AL TOMADOR/ASEGURADO AL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO O LA TERAPIA.

21. PERDIDAS FINANCIERAS PURAS

22. TODA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES"

De igual forma en su condicionado particular establece:

"2. CLÁUSULAS Y TEXTOS.

EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA COMO CONTRAPRESTACIÓN A LA PRIMA PACTADA EN LA PÓLIZA, POR LA PRESENTE SE ENTIENDE Y ACUERDA QUE:

1. SE AÑADE LA SIGUIENTE EXCLUSIÓN A LA CLÁUSULA. EXCLUSIONES:

ENFERMEDAD CONTAGIOSA, EPIDEMIA Y PANDEMIA”.

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones arriba señaladas o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, la póliza no podrá ser afectada. En tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza de Equidad Seguros Generales O.C., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza de La Equidad Seguros Generales O.C. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación del Contrato de Seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

3. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS.

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del Código de Comercio, LA EQUIDAD SEGUROS GENENRALES O.C., podrá proponer a los beneficiarios, la excepciones que pueda alegar en contra del tomador y el asegurado cuando son personas distintas, por tanto, en caso de un fallo en contra este deberá ajustarse de acuerdo con las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro, y dicha condena no podrá exceder los parámetros acordados por los contratantes.

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de los demandantes contra COMPENSAR EPS, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. AA198548, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales

4. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.

Es improcedente que La Equidad Seguros O.C., sea condenada al pago de las sumas peticionadas por el extremo activo, toda vez que el contrato de seguro tiene un carácter meramente indemnizatorio y reconocer dichos emolumentos económicos va en contra vía con la finalidad del contrato de seguro. Pues está claro que en este caso la E.P.S COMPENSAR., no tiene ninguna

obligación indemnizatoria por la supuesta falla en la prestación del servicio médico que tuvo como resultado los presuntos daños sufridos por la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCURT

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.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

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

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente: “Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso”¹⁶(Subrayado y negrilla fuera de texto).

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.

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: perjuicios morales y daño a la vida en relación no son de recibo por cuanto su reconocimiento 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 medica que nada tuvo que ver con las complicaciones

¹⁶ Corte Suprema de Justicia Sala civil- sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

de su salud.

Adicionalmente, no habría lugar al reconocimiento de estos conceptos, dado que: (i) No procede el reconocimiento por daño moral, puesto que los peticionado por la parte demandante es excesivo, pues la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia reconoce un límite, el cual no tuvo en cuenta la parte demandante, adicional a ello no es procedente el reconocimiento de perjuicios morales, por cuanto es claro que no hay responsabilidad alguna de la entidad médica, pues no hay prueba que acredite que la el nexa causal entre la falla del servicio y el deterioro de la salud de la señora Ojeda. Máxime cuando se acreditó que la causa de las complicaciones que sufrió la señora INGRID BAQUERO se debió al constante incumplimiento de las obligaciones y deberes que recaen en cabeza del paciente (iii) Es absolutamente improcedente reconocer suma por concepto de daño a la salud, en virtud de que este no es reconocido en esta jurisdicción, no obstante, en el evento en el que se considere que los perjuicios solicitados corresponden a daño a la vida en relación de cualquier manera deberá tenerse en cuenta que, primero, la tasación propuesta por la parte Demandante es absolutamente exorbitante en tanto supera los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia; y, segundo, la demandante no sufre de una alteración psicofísica que le impida o se dificulte gozar de actividades rutinarias o bienes de la vida que disfrutaba antes del hecho lesivo, (iii) Es inviable que se condena por concepto de daño emergente por cuanto, la parte activa del litigio no allegó ni solicitó la práctica de ninguna prueba con el objeto de acreditar el perjuicio y tampoco podrían encontrarse probados con el mero dicho de la parte Demandante, ahora bien, ante la ausencia de sustento probatorio no puede presumirse la suma solicitada, razón por la cual debe negarse su reconocimiento. En el caso de marras no es viable el reconocimiento y pago de suma alguna, por cuanto no está demostrada la ocurrencia del riesgo amparado, responsabilidad civil profesional médica. Razón por la cual, de pagar suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro, y eventualmente enriqueciendo a los accionantes.

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

En conclusión, teniendo en cuenta que la parte demandante no acreditó, y además los cuantifica equivocadamente a través de elementos probatorios útiles, necesarios y pertinentes la existencia de los perjuicios pretendidos, solicito al Honorable Despacho no reconocer su pago, toda vez que se vulneraría el carácter indemnizatorio del contrato de seguro. En conclusión, conceder alguno de estos perjuicios vulneraría el principio indemnizatorio del contrato de seguro, en la medida que enriquecería a la parte demandante en lugar de repararla, desconociendo así los principios que rigen al contrato de seguro.

5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA No. AA198548.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza No. AA198548 que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

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

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

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

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

*realización*¹⁷ – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$2.000.000.000.00	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ 00
Predios Labores y Operaciones.	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ 00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ 00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ 00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ 00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ 00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ 00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	6,800,000.00 Pesos	\$ 00

DOCUMENTO: Póliza no. AA198548

Transcripción esencial: “VALOR ASEGURADO, Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares \$2.000.000.000.00”.

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

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al Despacho, declarar probada la presente excepción.

6. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado 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 para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

7. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA AA198548.

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el deducible pactado en el contrato de seguro que para el caso concreto corresponde según la caratula de la póliza a lo siguiente:

“DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP 6.800.000.

APLICA PARA TODA Y CADA PÉRDIDA DEMAS COBERTURAS: 12.5% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP95.700.000 TODAS Y CADA PERDIDA, PERO PARA RECLAMOS MAYORES A COP95.700.000 Y MENORES A COP239.200.000 COMPENSAR PAGARA EL 50% Y EL REASEGURADOR EL OTRO 50%.

PARA RECLAMOS MAYORES A COP239.200.00 **APLICARA EL DEDUCIBLE ORIGINAL (12.5% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP95.700.000 TODAS)**”

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

*“Una de tales modalidades, **la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida**, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.*”

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones

particulares que acuerden los contratantes¹⁸ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación de los contratos de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 2.5% del valor de la pérdida, mínimo \$95.700.000

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

8. GENERICA O INOMINADA Y OTRAS.

En atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y que pueda configurar otra causal que las exima de toda obligación indemnizatoria.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPITULO III.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE

- **Oposición frente al dictamen pericial:**

En primer lugar, debe señalarse que con la demanda se aporta un dictamen pericial realizado por JUAN CARLOS RIVERA ARCILA Y ANGELA MARCELA TIBAQUIRA. Sin embargo, dicho informe que no puede ser tenido en cuenta como Dictamen Pericial, puesto que no cumple con los requisitos en el artículo 226 del Código General del Proceso. Los cuales se estudiarán a continuación en contraste con lo allegado en las pruebas documentales en el presente caso, así:

- *Todo dictamen debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado; en él se explicarán los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de sus conclusiones: Si de algo carecen los documentos aportados por la parte actora es de la claridad, precisión y detalle que exige la norma. Pues no se fundamentan bajo ninguna teoría o metodología.*
- *La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya*

¹⁸ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere: Al respecto, es claro que si no existe prueba de publicaciones que éstos hayan realizado. Incumpliendo una vez más los requisitos mínimos para que el dictamen aportado pueda ser tenido en cuenta dentro del presente proceso.

- *La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen:* Frente a este requisito, no existe prueba documental allegada con el Dictamen, que dé cuenta de la lista de casos en los que el perito haya realizado un dictamen pericial sobre accidentes de tránsito. Incumpliendo una vez más los requisitos mínimos para que el dictamen aportado pueda ser tenido en cuenta dentro del presente proceso.
- *Si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50, en lo pertinente:* No se encuentra prueba al respecto dentro de las documentales allegadas al proceso con la demanda.
- *Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación:* Del dictamen pericial aportado se concluye con una sola lectura que carece de métodos científicos que permitan establecer la veracidad de lo allí enunciado. Por lo tanto, no cumple bajo ningún supuesto los requisitos exigidos por la norma.
- *Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación:* Del dictamen pericial aportado con la demanda, se concluye con una sola lectura que carece de métodos científicos que permitan establecer la veracidad de lo allí enunciado. Por lo tanto, no cumple bajo ningún supuesto los requisitos exigidos por la norma.
- *Relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen:* Del dictamen aportado con la demanda, se vislumbra que el documento e información utilizado para la elaboración de la demanda, consiste únicamente en fórmulas no fundamentadas bajo ninguna metodología. Razón por la cual, se evidencia que el dictamen no cumple en ningún caso los requisitos exigidos por la norma.

Dicho lo anterior, es claro es claro que no se cumplen expresamente todos los requisitos del artículo 226 del Código General del Proceso. Razón por la cual, solicito a su Despacho que el

Dictamen Pericial aportado con la demanda, no sea tenido como prueba por faltar el cumplimiento de los requisitos formales establecidos por el artículo 226 del Código General del Proceso.

De manera subsidiaria, en el evento remoto e improbable evento en que su Despacho decidiera tener como prueba tal Dictamen Pericial, solicito comedidamente que los señores JUAN CARLOS RIVERA ARCILA Y ANGELA MARCELA TIBAQUIRA comparezcan a la audiencia. Lo anterior, a efectos de ejercer de manera adecuada los derechos de defensa de mi representada y en ese sentido, efectuar la correspondiente contradicción del Dictamen en los términos del artículo 228 del Código General del Proceso.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES.

1. Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA198548.

INTERROGATORIO DE PARTE

1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT** podrá ser citada en la dirección calle 29 sur #52a-84 apto 201 y al correo electrónico: ingrid.baquero@hotmail.com
2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandada y llamante en garantía, **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR EPS**, sea quien sea que haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado en la ciudad de Bogotá, D.C. en la Avenida 68 No. 49 A – 47 y al correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com

3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandada, **CLINICA DE MARLY**, sea quien sea que haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado en la calle 50 No. 9- 67 en la ciudad Bogotá y al correo electrónico: gerencia@clinicademarly.com.co
4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al **DR. MAURICIO TOSCANO**, en su calidad de demandado, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El **DR. MAURICIO TOSCANO** podrá ser citado en la dirección carrera 13 No.49-40 y al correo electrónico: mtoscanohe@gmail.com

DECLARACIÓN DE PARTE.

1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda, del llamamiento en garantía y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA198548.

TESTIMONIALES.

1. Solicito se sirva citar al doctor **JORGE PATIÑO URIBE**, especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a la señora INGRID BAQUERO.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente. El testigo podrá ser citado en el correo electrónico: compensarepsjuridica@compensarsalud.com.

2. Solicito se sirva citar al doctor **JAIME JARAMILLO MEJIA**, especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a la señora INGRID BAQUERO.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente. El testigo podrá ser citado en el correo electrónico: jaimejaramillom@outlook.com

3. Solicito se sirva citar al doctor **ALVARO AMEZQUITA TRUJILLO**, especialista en anestesiología que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a la señora INGRID BAQUERO.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente. El testigo podrá ser citado a la Carrera 69 No. 47-34 de Bogotá y al correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com

4. Solicito se sirva citar a la doctora **ANA PATRICIA NAVARRO DEVIA**, especialista en psiquiatría que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a la señora INGRID BAQUERO.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente. El testigo podrá ser citado a la Carrera 15 #118-41 con 101 a de Bogotá y al correo electrónico apn517@hotmail.com

5. Solicito se sirva citar a la doctora **JOSÉ MARIA BEHAINE**, que atendió a la demandante, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se

solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada a la señora INGRID BAQUERO.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones bajo las cuales fue atendida la paciente. El testigo podrá ser citado a la Carrera 6 # 72-34 de Montería.

6. Solicito se sirva citar a la doctora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en el llamamiento en garantía, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente al llamamiento.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, entre otros, del contrato de seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en la Carrera 72 C No. 22 A – 24, Conjunto Residencial Los Cerros de la ciudad de Bogotá D.C. o en el correo electrónico camilaortiz27@gmail.com

I. ANEXOS

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S. a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá.
3. Certificado de existencia y representación legal de la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S., en donde figura el suscrito como Representante Legal.
4. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

II. NOTIFICACIONES

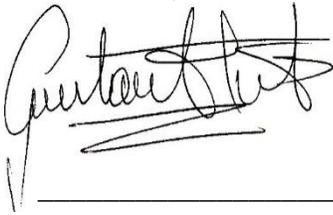
La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Las demandadas y llamantes en el lugar indicado en los llamamientos en garantía.

Mi representada, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en la Carrera 9 A No. 99 – 07, Torre 3 Piso14, en la ciudad de Bogotá D.C. o al **Correo electrónico:** notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop

El suscrito en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201de la ciudad de Bogotá D.C. o al **Correo electrónico:** notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

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