

Señores.

JUZGADO QUINTO (5°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (VALLE)

j05cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 760013103005-2024-00379-00
DEMANDANTES: DAILY SOLARTE CASTILLO Y OTROS
DEMANDADOS: EPS SANITAS SAS Y OTROS
LLAMADO EN GARANTÍA: EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. identificada con NIT 860.028.415-5, representada legalmente por NÉSTOR RAÚL HERNÁNDEZ OSPINA, y con dirección de notificaciones judiciales al correo notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida por DAILY SOLARTE CASTILLO y otros, en contra de EPS SANITAS S.A.S y otros, y en segundo lugar, **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por EPS SANITAS S.A.S, a mi mandante, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD

Con el fin de verificar la oportunidad para presentar la contestación a la demanda y al llamamiento en garantía, se tiene que el 22 de abril de 2025 fue notificado a mi representado el auto del 21 de abril del mismo año, mediante el cual se tuvo por notificada por conducta concluyente a la compañía LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En este sentido, y conforme a lo dispuesto en el artículo 369 del Código General del Proceso, el término para contestar la demanda es de veinte (20) días, motivo por el cual dicho plazo vence el 21 de mayo de 2025. Así las cosas, la presentación del presente escrito se realiza dentro del término legal.

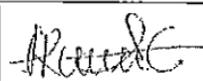
**CAPÍTULO I
CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO “PRIMERO”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- 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, al revisar la Historia Clínica obrante en el plenario, se evidencia que, en efecto, el 26 de febrero del 2017, el señor VICTOR ANDREY PRIETO ingresó por urgencias al Hospital Francisco de Paula de Santander de Quilichao, y para dicha fecha contaba con antecedentes de litiasis renal. En igual sentido, se percibe que, al no haber aún un sitio de aceptación disponible alrededor de la 1:56 p.m., decidió firmar alta voluntaria para acudir directamente a Nivel II en la ciudad de Cali. Respecto a esto último, es necesario indicar que tal como quedó plasmado en su Historia Clínica, a **éste se le explicaron los riesgos y decidió asumirlos**. Dicha actuación constituye un ejercicio legítimo de su autonomía como paciente, quien, habiendo recibido la información pertinente sobre su estado de salud y los posibles riesgos derivados de su decisión, optó de forma voluntaria por abandonar la institución en la que se encontraba.

FECHA - HORA: 26/02/2017 13:56	MÉDICO	ROMERO CARABALI INGRID VIVIANA MEDICINA GENERAL R.M. 34616847	
PACIENTE CON RESOLUCION DEL DOLOR ABDOMINAL, POSTERIOR A APLICACION DE MEDICACION PERO AUN NO HA SIDO UBICADO POR EPS. SE COMENTA AL PACIENTE QUE AUN NO HAY SITIO DE ACEPTACION Y DECIDE FIRMAR ALTA VOLUNTARIA PARA ACUDIR DIRECTAMENTE A NIVEL II EN LA CIUDAD DE CALI. SE EXPLICAN RIESGOS Y DICE ASUMIRLOS. -- PACIENTE EN PLENO USO DE SUS FACULTADES MENTALES.			

Ahora bien, debe resaltarse que si bien las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son responsables de autorizar las remisiones, estas deben esperar la disponibilidad de uno de sus prestadores adscritos que cuente con el nivel de complejidad requerido. En este caso, se encontraba en trámite la gestión por parte de su EPS para concretar la remisión con el prestador correspondiente; sin embargo, fue el propio paciente quien, de forma unilateral, decidió no esperar la culminación de dicho trámite y proceder por su cuenta.

- No es cierto que el paciente “presentara un cuadro clínico de 3 días de evolución de anuria” tal como se afirma, pues de la revisión detallada de la historia clínica se evidencia que se consignó expresamente una evolución de **dos (2) días sin emisión de orina**.

MOTIVO CONSULTA	CÁLCULOS / HACE 2 DÍAS NO ORINA
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE 1 SEMANA CONSISTENTE EN DOLOR LUMBAR DERECHO DE MODERADA INTENSIDAD SIN IRRADIACION ASOCIADO A ANURIA. ACUDIO A NIVEL I HACE 2 DIAS DONDE FORMULAN FUROSEMIDA SIN RESPUESTA.
PARACLINICOS	
ALERGIAS	

FRENTE AL HECHO “SEGUNDO”: De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No me consta que “El día 27 de febrero del 2017, el señor VICTOR ANDREY PRIETO CASTILLO, contrata servicio de transporta particular y se desplaza a la ciudad de Cali para ingresar al servicio de urgencias de la Clínica Versalles”, 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. No obstante, se aclara que no obra en el expediente prueba alguna que acredite dicha circunstancia, pues si bien se allega un recibo de caja menor, en el mismo no se detallan los trayectos realizados ni el punto de destino, por lo que **no se demuestra que dicho transporte haya tenido como propósito el traslado a la mencionada clínica**. En todo caso, dicho documento deberá ser objeto de ratificación por parte de quien lo emitió, conforme a lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso.
- No me consta que el señor Prieto asistiera al servicio de urgencias de la Clínica Versalles por *“Encontrarse con falla renal aguda y alto riesgo de arritmia mortal, descompensación y muerte”*, 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 cierto que se solicitó manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) conforme se evidencia en la historia clínica, lo cual demuestra que desde el inicio se brindó al paciente la atención médica adecuada y conforme a su condición clínica.

FRENTE AL HECHO “TERCERO”: 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.

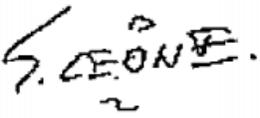
Sin perjuicio de lo anterior, se evidencia en historia clínica del 27 de febrero del 2017 que el mismo día de ingreso a la Clínica Versalles se le realizó Neofroureterolitotomía Flexible con Láser Holmium, lo cual demuestra la celeridad y eficacia tanto de las IPS que brindaron la atención como de la EPS al autorizar oportunamente el procedimiento requerido.

JESUS ENRIQUE MOSQUERA ANGULO - R.M. R.M. 76-3440/97 CC. 16761081 UROLOGIA			
27/02/2017 17:10			
420069 NEFROURETEROLITOTOMIA ENDOSCOPICA FLEXIBLE CON LASER HOLMIUM	No	No	Observaciones

FRENTE AL HECHO “CUARTO”: 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, si el paciente fue operado el 27 de febrero de 2017 y se le dio salida el 6 de marzo de 2017, no es cierto que se le haya dado de alta con solo cinco días de evolución, pues para esa fecha ya llevaba más de una semana en seguimiento postoperatorio.

Ahora, en la historia clínica se observa que el día 6 de marzo de 2017, tras evidenciarse una evolución favorable del paciente, con estabilidad de la función renal y mejoría de la condición clínica que motivó su ingreso, el equipo tratante decidió otorgar el egreso hospitalario. Se dejaron indicaciones precisas de control por consulta externa con el servicio de urología, **pero en ningún momento se consignó en la historia clínica que el paciente debía asistir a dicha consulta el mismo día del egreso, como erróneamente lo afirma el demandante.**

Análisis
EXAMENS DE CONTROL HB: 12 WBC: 9100 N: 69 PLT: 341.000 NA: 142 K: 5,1 CL: 103 CR: 1,63 BUN: 41 P: 5,0 MG: 1,7 Pi: 7,38 PO2: 85 PCO2: 30 HCO3: 18 BE: 6.5
PACIENTE CJÓVEN CON INGRESO A ESTA UNIDAD HACE > 5 DIAS, CON PRESENCIA DE FALLA RENAL SEVERA, CON LITIASIS BILATERAL URETERAL, CON NECESIDAD DE IMPLANTE DE CATETER JJ. PACIENTE QUONE INIALMENTE MANEJO DIURESIS AUMENTADA POR FASE POLIURICA DE LA FALLA RENAL AGIDA POS RENAL. YA SIN ACIDOSIS METABOLICA, MEJROIA DE LA RATA URINARIA, CON VALORACIN POR UROLOFIA EL DIA DE HOY QUEN CONSIDERA DEAR EGRESO HOSPITALARIO. POR PARTE DE LA UNIOD CON EVOLUCIN CLINICIA FAVORABLE, SE ODENA SALIDA, <u>CONTROL PARACLINICO POR CONSULTA EXTERNA CON UROLOGIA, RETIRO DELOS CATETERES JJ CUANDO UROLOGIA LO ONDIQUE Y RETIRO DE SONDA VESICA AHORA.</u>
Plan de Manejo
SALIDA FORMULA MEDICA
Comentarios Generales
SALIDA2017-03-06 00:00:00.0 - 13:46 GERMAN ALBERTO LEON ESCOBAR - R.M. C.C 79424078 /102593 MEDICINA INTERNA

GERMAN ALBERTO LEON ESCOBAR - R.M. C.C 79424078 /102593 MEDICINA INTERNA 06/03/2017 13:46

FRENTE AL HECHO “QUINTO”: 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 “SEXTO”: 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 constancia de autorizaciones obrante en el expediente se evidencia “EXTRACCIÓN DE TUBO DE URETEROSTOMIA Y DE CATÉTER UNILATERAL SOD”. Sin embargo, dicha autorización corresponde al 07 de marzo del 2017 y no al 17 de mismo mes y año, como afirma el demandante.

+	NORMAL	75776036	75362586	DE EPS CALI SA	10/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S A	IMPRESA APROBADA	07/07/2017	599500PQ - LITIASIS URINARIA FRAGMENTADA INTRACORPOREA ENDOSCOPICA SOD - INQUIRIR
+	NORMAL	75608602		OF SANTANDER DE QUIRICHAO	07/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	04/04/2017	MD44AD113C02 - ALOPURINOL 300MG TAB
+	NORMAL	75607922		OF SANTANDER DE QUIRICHAO	07/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S A	ANULADA	03/07/2017	W76200 - EXTRACCIÓN DE TUBO DE URETEROSTOMIA Y DE CATÉTER URETERAL SOD
+	COMPLEMENTO	75601309	75362586	DE EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S A	COBRADA	03/07/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL
+	NORMAL	75599302		DE EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	SAMU LTDA SERVICIO Y ATENCION MEDICA DE URGENCIAS	IMPRESA APROBADA	25/06/2017	1002161 - TRASLADO BASICO DIURNO
+	NORMAL	75591938		DE EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO		ANULADA		
+	NORMAL	75362586		DE EPS CALI SA	28/02/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S A	COBRADA	27/06/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL
+	NORMAL	75320393		DE EPS CALI SA	27/02/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S A	COBRADA	26/06/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL

Además de lo anterior, se evidencian múltiples autorizaciones por parte de la EPS, lo cual demuestra el cabal cumplimiento de sus deberes y la oportuna gestión frente a las necesidades del paciente, lo que permite concluir que en ningún momento hubo una omisión o negligencia por parte de la EPS en la atención integral del usuario. Por el contrario, la trazabilidad documental deja en evidencia que, ante cada requerimiento clínico, la entidad procedió con celeridad a emitir las respectivas autorizaciones, contribuyendo así a garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y el acceso a insumos o atenciones requeridos.

FRENTE AL HECHO “SEPTIMO”: 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.

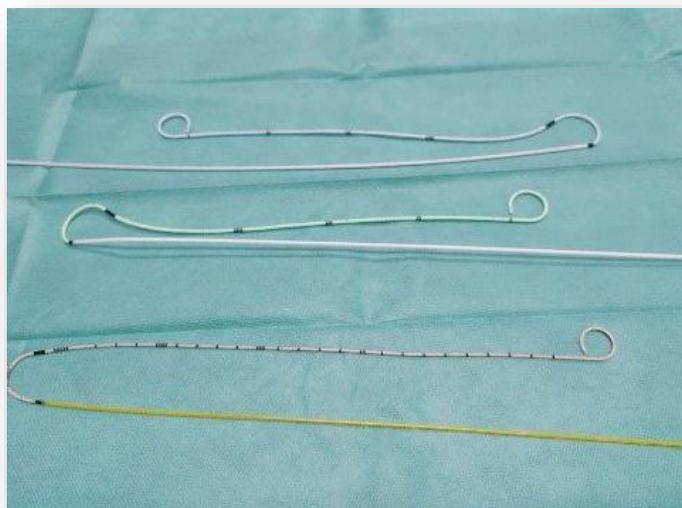
Sin perjuicio de lo anterior, no se evidencia en la historia clínica anotación alguna en la que se indique que “solamente se retiró el catéter doble J del riñón izquierdo”, por lo que dicha afirmación carece de sustento documental. En todo caso, y en el hipotético supuesto de que efectivamente se haya procedido al retiro de un solo catéter, es necesario aclarar que dicha decisión responde a criterios médicos fundamentados y a circunstancias específicas del paciente. En múltiples ocasiones, la obstrucción de la vía urinaria se presenta de manera unilateral y persiste únicamente en uno de los lados. Por esta razón, con el objetivo de garantizar un drenaje adecuado y evitar complicaciones, se opta por mantener el catéter únicamente en el lado donde se ha identificado la obstrucción residual. Al respecto, un artículo publicado por National Library Of Medicine, denominado “Cateterismo Foley difícil”, expone:

“El cateterismo urinario es una intervención clínica común para asegurar un drenaje urinario adecuado cuando los pacientes no pueden orinar eficazmente (...)”.

Como se evidencia, en presencia de una obstrucción urinaria, el cateterismo constituye una técnica altamente eficaz y ampliamente utilizada en la práctica clínica para asegurar un drenaje urinario adecuado. Su implementación permite prevenir complicaciones derivadas de la retención urinaria, preservar la función renal y favorecer la recuperación del paciente, especialmente cuando la obstrucción persiste de forma unilateral. En consecuencia, resulta plenamente justificado desde el punto de vista médico que se tome la decisión de mantener el catéter en uno de los lados, en casos en que se identifique que la obstrucción persistía en dicho conducto.

Por otro lado, en la publicación de Urosalud denominada *“Todo lo que debes saber sobre el catéter doble J”*, se advierte que el tiempo de permanencia del catéter “es variable. Su médico será quien le indique el tiempo necesario según el motivo por el que se lo haya colocado”. **Esta afirmación refuerza la idea de que la decisión de mantener el catéter en un solo lado del tracto urinario no es arbitraria, sino que responde a una valoración médica individualizada, sustentada en las condiciones clínicas específicas del paciente, la evolución del cuadro obstructivo y los hallazgos durante el seguimiento.**

Dejar un catéter doble J olvidado, como pretende insinuar el apoderado de la parte actora, carece de fundamento médico y lógico. La extracción de este tipo de dispositivo se realiza bajo visión directa mediante un procedimiento endoscópico conocido como cistoscopia, el cual permite al especialista en urología visualizar en tiempo real el interior de la vejiga y la uretra con gran precisión. En condiciones normales, si ambos catéteres se encuentran en su posición adecuada, resulta sumamente improbable que uno de ellos pase inadvertido para el especialista. El catéter doble J, aunque diseñado para atravesar estructuras estrechas del tracto urinario, no es un objeto microscópico ni invisible. Su presencia es perfectamente identificable a nivel vesical, como puede evidenciarse en la imagen que se adjunta a continuación (Extraída de la página virtual de la Asociación Española de Urología). Por lo tanto, si uno de los catéteres no fue retirado en ese momento, ello responde inequívocamente a una decisión médica basada en criterios clínicos, y no a un descuido u omisión.



FRENTE AL HECHO “OCTAVO”: 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, en la historia clínica del 2 de abril de 2021 se evidencia que el paciente consulta por cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución, consistente en dolor en región lumbar derecha. En esa misma oportunidad, fue el propio paciente quien refirió que el dolor había iniciado “Desde ayer”, es decir, un día antes. En consecuencia, no se entiende de dónde proviene la afirmación del demandante en el sentido de que desde el año 2017 presentaba de manera constante dolores hasta el año 2021. Dicha afirmación carece de sustento fáctico y probatorio, pues ni en la historia clínica se consigna tal continuidad sintomática ni existen registros médicos que acrediten la persistencia de síntomas durante ese periodo de más de cuatro años.

En todo caso, si como afirma el demandante, el dolor persistió durante más de cuatro años, **resulta aún más reprochable su inactividad frente a su propia salud**. No se evidencia que hubiese acudido a controles médicos ni a servicios de urgencias dentro de la red de atención de su EPS, omisión que pone de manifiesto una clara falta de diligencia en el cumplimiento de sus propios deberes de autocuidado. Dicho comportamiento omisivo impide ahora trasladar al sistema de salud las consecuencias de su prolongada inacción. Si el paciente hubiese actuado con la debida diligencia, el supuesto malestar habría sido tratado oportunamente, evitando así su eventual agravamiento o permanencia.

HISTORIA CLINICA

No. H. C. 10491380 - 1628402 Fecha de Ingreso 02/04/2021 08:42
Hora Atención 09:26 Fecha de Egreso 02/04/2021 12:21

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	PRIETO CASTILLO VICTOR ANDREI	DOC. ID.	CC - 10491380
LUGAR NAC.	EBEJICO	FEC. NAC.	05/02/1977
E.P.S	E.P.S. SANITAS S.A.S. - URGENCIAS	EDAD	44 AÑOS
OCUPACIÓN	EMPLÉADO	SEXO	MASCULINO
CIUDAD	SANTANDER DE QUILICHAO	BARRIO	EL CENTRO
DIRECCIÓN	CLL 6 NRO 12 37	TELÉFONO	3137301152
TIPO USUARIO	COTIZANTE	GS - RH	OF
ACUDIENTE	DORIS CASTILLO	TELÉFONO	3148797519
SERVICIO	URGENCIAS CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS	CAMA	

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA	TENGO UN DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA DESDE AYER NO PUEDO CAMINAR CONSULTA POR HISTORIA DE APROX. 24 HRS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN REGION LUMBAR DERECHA, REFIERE QUE EL DOLOR SE IRRADIA HASTA LA REGION DISTAL DEL MUSLO IPSILATERAL, NIEGA EMESIS, NIEGA DOLOR TESTICULAR, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. REFIERE QUE EL DOLOR CEDE LEVEMENTE AL SENTARSE, NIEGA ANTECEDENTE TRAUMATICO - HA ESTADO USANDO DAPIRONA IM SIN MEJORIA POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR.
-----------------	--

FRENTE AL HECHO “NOVENO”: 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, resulta necesario precisar que el propio paciente afirma haber presentado dolor durante más de cuatro años. No obstante, durante dicho período no se evidencia que haya acudido a controles médicos ni a servicios de urgencias, al menos dentro de la red de atención de la EPS. Este hecho permite concluir que, de haber existido una conducta diligente por parte del paciente en el seguimiento de su estado de salud, especialmente considerando la presunta permanencia prolongada de un catéter doble J, habría sido posible evitar o mitigar las eventuales consecuencias derivadas de dicha situación. En otras palabras, fue el incumplimiento de sus propios deberes de autocuidado lo que habría contribuido a la prolongación del uso del dispositivo médico.

FRENTE AL HECHO “DECIMO”: 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, en la historia clínica del 2 de abril de 2021 se evidencia que, en efecto, el paciente consulta por cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución, consistente en dolor en región lumbar derecha. En esa misma oportunidad, fue el propio paciente quien refirió que el dolor había iniciado “**Desde ayer**”, es decir, un día antes. Se evidencia igualmente que, el diagnóstico inicial fue “Lumbago No Especificado”.

PRINCIPAL	M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO
TIPO DX	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA
CAUSA EXTERNA	13 - ENFERMEDAD GENERAL
MÉDICO	TERRANOVA TEJADA DANIEL ANDRES MEDICINA GENERAL RM: 1062305362
	

Ahora, se indica que el **lumbago** “es la forma coloquial de llamar a la lumbalgia, que se define como **dolor de la zona baja de la espalda** (columna lumbar) situada entre las últimas costillas y la zona glútea, causado por alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral a ese nivel, como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras”. En consecuencia, el diagnóstico consignado en la historia clínica se ajusta a la sintomatología descrita por el paciente en ese momento.

FRENTE AL HECHO “DECIMO PRIMERO”: 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 evidencia en historia clínica del 06 de abril del 2021 que el motivo de consulta es “Traigo un examen”, y en efecto, su enfermedad actual es “paciente de 44 años de edad con dolor lumbar de 2 meses de evolución, el cual se exagera en ocasiones, el cual cuando se presenta genera limitación a la marcha”, Sin embargo, omite informar el demandante que en la misma historia clínica se señala que **“EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATETER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CALCULOS EN SU INTERIOR”**. Lo anterior permite concluir que el catéter no estaba generando obstrucción ni alteración funcional alguna, como erradamente se pretende hacer ver en la demanda. Muy por el contrario, su ubicación era adecuada y no se identificaron cálculos, lo que descarta la existencia de una complicación atribuible al mismo y pone en entredicho la supuesta relación causal entre el catéter y el dolor lumbar que refiere el paciente.

Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**

Información suministrada por: Paciente, VICTOR ANDREJ PRIETO CASTILLO.

Motivo de consulta: "traigo un examen".

Enfermedad Actual: paciente de 44 años de edad con dolor lumbar, antecedente de urolitiasis, se había ordenado rx de CLS: 02/03/2021: HAY FLEBOLITO EN LA PELVIS BLANDA HACIA EL DADO DERECHO, EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATETER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CALCULOS EN SU INTERIOR- asiste con reporte de eco de vías urinarias(18/03/2021): LITIASIS RENAL IZQUIERDA.

paciente paciente de 44 años de edad con dolor lumbar de 2 meses de evolución, el cual se exagera en ocasiones, el cual cuando se presenta genera limitación a la marcha ya ha ido por urgencias en 2 ocasiones, fue remitido por ortopedia rx de CLS: 02/03/2021: HAY FLEBOLITO EN LA PELVIS BLANDA HACIA EL DADO DERECHO. **EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATETER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CALCULOS EN SU INTERIOR..**

FRENTE AL HECHO “DECIMO SEGUNDO”: 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 “DECIMO TERCERO”: 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 evidencia que, en Historia Clínica del 18 de mayo del 2021, el motivo de consulta es: ***“REFERIDO POR CATETER DOBLE J”***, y como enfermedad actual ***“PACIENTE A QUIEN POR DOLOR LUMBAR DERECHO, CON ANTECEDENTE DE ENDOCIRUGIA UROLOGICA HACE 3 AÑOS, LE REALIZARON RX EN LA QUE INFORMAN CATETER DOBLE J EN VIA URINARIA DERECHA”***. No obstante, se evidencia que **el diagnóstico principal es “Calculo del Riñón”**, lo que indica con claridad que la sintomatología que presentaba el paciente, así como sus padecimientos, eran atribuibles a la presencia de litiasis renal y no al catéter doble J, como erradamente pretende hacerlo ver el demandante. En consecuencia, carece de fundamento la afirmación según la cual los síntomas obedecían

a una supuesta permanencia indebida del catéter, máxime cuando el diagnóstico médico no respalda dicha tesis.

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	N200 - CALCULO DEL RIÑON
TIPO DX	3 - CONFIRMADO REPETIDO

Impreso por: NIMOSQUERA - 23/08/2021 09:15

FRENTE AL HECHO “DECIMO CUARTO”: 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 “DECIMO QUINTO”: 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, en historia clínica del 19 de mayo del 2021 efectivamente se decidió hospital al paciente en vista de que su función renal se encontraba comprometido, y se ordena realización de UROTAC y valoración por urología.

EVOLUCIÓN SOAP - 19/may/2021			
PRIETO CASTILLO VICTOR ANDREI - Edad: 44 Años			
EVOLUCIÓN			
FECHA - HORA: 19/05/2021 01:48	MÉDICO	CHAVEZ DUARTE JUAN ESTEBAN MEDICINA GENERAL R.M. 1062318447	<i>Juan Esteban Chavez Duarte</i>
SE DECIDE HOSPITALIZAR PACIENTE EN VISTA DE QUE SU FUNCIÓN RENAL ESTA COMPROMETIDA SE DEJA PARA REALIZACION DE UROTAC Y VALORACION POR UROLOGIA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR			

Debe recordarse que el paciente ya contaba con un diagnóstico previo de “cálculo de riñón”, condición que, de acuerdo con la literatura médica especializada, se da por la obstrucción del flujo de orina en el tracto urinario, lo cual no solo incrementa el riesgo de formación de nuevos cálculos, sino que también puede facilitar el desarrollo de infecciones, debido a que las bacterias no son eliminadas adecuadamente. En los casos más graves, cuando ambos riñones se ven comprometidos por la obstrucción, puede producirse incluso insuficiencia renal:

“Cuando el flujo de orina se halla obstruido, es mucho mayor la probabilidad de formación de cálculos. Una infección puede desarrollarse cuando el flujo de orina está obstruido

porque las bacterias que entran en el tracto urinario no son eliminadas. Si están obstruidos ambos riñones, el resultado es insuficiencia renal".¹

En ese contexto clínico, resulta comprensible que el deterioro en la función renal del paciente haya sido una consecuencia directa de su patología de base y no atribuible a la presencia del catéter doble J, como erradamente se pretende hacer ver.

FRENTE AL HECHO “DECIMO SEXTO”: 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 rápida remisión del paciente a un nivel de atención de mayor complejidad (nivel 3) pone de manifiesto la diligencia oportuna de la EPS en la atención del caso, pues se tomaron medidas adecuadas y pertinentes para asegurar un manejo especializado y oportuno frente al compromiso renal diagnosticado.

FRENTE AL HECHO “DECIMO SEPTIMO”: 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 deja claridad de que el paciente no acudió a controles ni manifestó síntomas de manera oportuna, pese a que desde el año 2017 la EPS había autorizado el procedimiento de retiro del catéter doble J, cumpliendo así con su deber de garantizar el acceso a los servicios necesarios. No obstante, fue solo hasta el año 2021 que el paciente reingresó al sistema, manifestando dolor lumbar, según consta en la historia clínica del 6 de abril de 2025, donde además se reporta como motivo de consulta: “Traigo un examen”. En esa misma atención médica, se deja constancia de que “**EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATÉTER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CÁLCULOS EN SU INTERIOR**”, lo cual permite descartar que el catéter estuviese generando complicaciones o alteraciones estructurales al momento del examen. De igual forma, el diagnóstico principal registrado en la historia clínica del 18 de mayo de 2021 fue “cálculo renal”, patología que, según la literatura médica especializada, por sí misma puede comprometer la función renal, especialmente en presencia de obstrucción del tracto urinario. En consecuencia, se concluye que las afecciones renales del paciente son atribuibles a su condición médica preexistente. Se reitera que la EPS cumplió con su obligación al autorizar oportunamente el procedimiento requerido.

¹ MANUAL MSD. (2024). “Obstrucción de las vías urinarias”.

FRENTE AL HECHO “DECIMO OCTAVO”: 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, es preciso señalar que **las complicaciones quirúrgicas descritas no pueden ser atribuidas a una falla en el actuar de la EPS**, toda vez que esta **cumplió con su deber legal y reglamentario de autorizar el retiro del catéter desde el año 2017**, fecha desde la cual el procedimiento estaba disponible para ser agendado y ejecutado por la institución prestadora de servicios de salud (IPS). Es fundamental recordar que la EPS y la IPS son entidades diferentes, con funciones claramente delimitadas en el sistema de salud colombiano. Mientras la EPS tiene a su cargo la **gestión del riesgo en salud y la autorización de los servicios médicos requeridos**, es la IPS la encargada de ejecutar materialmente los procedimientos médicos autorizados. Por tanto, no corresponde a la EPS ni programar, ni realizar el procedimiento quirúrgico.

En este contexto, debe resaltarse que fue presuntamente el **descuido del propio paciente al no acudir a controles ni gestionar la realización del procedimiento oportunamente**, lo que condujo a la permanencia prolongada del catéter. De hecho, tal como consta en la historia clínica del 18 de mayo de 2021, el diagnóstico principal del paciente fue “cálculo renal”, lo que reafirma que la sintomatología obedecía a una patología renal preexistente, y **no necesariamente a la presencia del catéter como pretende hacerlo ver el demandante. Aunado a ello, en la historia clínica del 6 de abril de 2025, se documenta que el catéter doble J se encontraba bien ubicado y sin cálculos en su interior**, lo que evidencia que no estaba generando obstrucción activa. Por ende, las afecciones renales previas y posteriores no pueden ser atribuidas a una supuesta negligencia en la autorización oportuna del retiro del catéter, ya que dicha actuación fue cumplida por la EPS de manera diligente y dentro del marco de sus competencias.

En consecuencia, **resulta improcedente trasladar a la EPS una supuesta responsabilidad por hechos que son atribuibles exclusivamente a la falta de seguimiento del paciente y, eventualmente, al manejo por parte de las IPS intervinientes**, sin que ello comprometa la responsabilidad de la entidad promotora.

FRENTE AL HECHO “DECIMO NOVENO”: 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 “VIGESIMO”: 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, se aclara que no obra en el expediente prueba alguna que acredite dicha circunstancia, pues si bien se allega un recibo de caja menor, en el mismo no se detallan los trayectos realizados ni el punto de destino, por lo que **no se demuestra que dicho transporte haya tenido como propósito el traslado a la mencionada cita médica**. En todo caso, dicho documento deberá ser objeto de ratificación por parte de quien lo emitió, conforme a lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso.

FRENTE AL HECHO “VIGESIMO PRIMERO”: 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 “VIGESIMOSEGUNDO”: 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, se aclara que no obra en el expediente prueba alguna que acredite dicha circunstancia, pues si bien se allega un recibo de caja menor, en el mismo no se detallan los trayectos realizados ni el punto de destino, por lo que **no se demuestra que dicho transporte haya tenido como propósito el traslado a la mencionada clínica**. En todo caso, dicho documento deberá ser objeto de ratificación por parte de quien lo emitió, conforme a lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso.

FRENTE AL HECHO “VIGESIMO TERCERO”: 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, se aclara que no obra en el expediente prueba alguna que acredite dicha circunstancia, pues si bien se allega un recibo de caja menor, en el mismo no se detallan los trayectos realizados ni el punto de destino, por lo que **no se demuestra que dicho transporte haya tenido como propósito el traslado a la mencionada cita médica**. En todo caso, dicho documento deberá ser objeto de ratificación por parte de quien lo emitió, conforme a lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso.

FRENTE AL HECHO “VIGESIMO CUARTO”: 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, se aclara que no obra en el expediente prueba alguna que acredite dicha circunstancia, pues si bien se allega un recibo de caja menor, en el mismo no se detallan los trayectos realizados ni el punto de destino, por lo que **no se demuestra que dicho transporte haya tenido como propósito el traslado a la mencionada cita médica.** En todo caso, dicho documento deberá ser objeto de ratificación por parte de quien lo emitió, conforme a lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso.

FRENTE AL HECHO “VIGESIMO QUINTO”: 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, no existe en el expediente **ningún dictamen de pérdida de capacidad laboral** que permita establecer de manera objetiva y técnica una disminución en la aptitud física o funcional del señor PRIETO CASTILLO. **Tampoco obra prueba alguna que demuestre que el hecho alegado haya afectado su capacidad laboral,** máxime cuando **ni siquiera acreditó que al momento del supuesto daño estuviera vinculado laboralmente a la panadería mencionada, ni presentó documentos que acrediten ingresos, tipo de contrato o funciones desempeñadas.** En consecuencia, **las afirmaciones sobre la supuesta afectación de su vida laboral y cotidiana carecen de respaldo probatorio y resultan meramente subjetivas.**

La afectación constante a la salud a la que hace alusión la parte actora obedece a las patologías preexistentes que ya presentaba el demandante antes de acudir a los servicios médicos, entre ellas, una falla renal crónica con urgencia dialítica. En consecuencia, no puede atribuirse a las conductas de la EPS o de la IPS la progresión natural de un cuadro clínico que, desde su inicio, revestía una alta complejidad y requería un manejo especializado.

En ese sentido, resulta improcedente trasladar a las entidades demandadas la responsabilidad por el deterioro progresivo de la salud del paciente, máxime cuando fue precisamente gracias a la atención médica oportuna que se logró evitar su ingreso inmediato a un proceso de diálisis, lo cual desvirtúa cualquier alegación de omisión o falla en la prestación del servicio. En realidad, la evolución de su estado clínico responde a la naturaleza propia de sus patologías base, y no a un eventual incumplimiento del deber asistencial por parte de las entidades accionadas.

FRENTE AL HECHO “VIGESIMOSEXTO”: 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 embargo, no obra prueba alguna que acredite el presunto sufrimiento emocional o psicológico del señor PRIETO CASTILLO ni de su núcleo familiar. **No se allegó valoración médica, psicológica o psiquiátrica**, ni declaración alguna que permita inferir objetivamente la existencia de un perjuicio moral. En tal sentido, **las simples afirmaciones no suplen la carga probatoria** exigida por la ley, previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso.

La afectación constante a la salud a la que hace alusión la parte actora obedece a las patologías preexistentes que ya presentaba el demandante antes de acudir a los servicios médicos, entre ellas, una falla renal crónica con urgencia dialítica. En consecuencia, no puede atribuirse a las conductas de la EPS o de la IPS la progresión natural de un cuadro clínico que, desde su inicio, revestía una alta complejidad y requería un manejo especializado.

En ese sentido, resulta improcedente trasladar a las entidades demandadas la responsabilidad por el deterioro progresivo de la salud del paciente, máxime cuando fue precisamente gracias a la atención médica oportuna que se logró evitar su ingreso inmediato a un proceso de diálisis, lo cual desvirtúa cualquier alegación de omisión o falla en la prestación del servicio. En realidad, la evolución de su estado clínico responde a la naturaleza propia de sus patologías base, y no a un eventual incumplimiento del deber asistencial por parte de las entidades accionadas.

III. OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO a la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que al hacer la narración de los supuestos hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad civil, la cual como se establecerá dentro del proceso, no se estructuró, por cuanto que en este caso no se probó que alguna de las entidades que integran la pasiva de la acción haya incumplido con alguna obligación contractual a su cargo.

Aunado a lo anterior, no se vislumbran los elementos sine qua non para declarar una responsabilidad civil en el caso que nos ocupa. Lo anterior, toda vez son inexistentes las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por el nombrado.

OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA

FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERO”: **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos, toda vez que **no le son atribuibles fáctica ni jurídicamente a los demandados los perjuicios que se alegan derivados de la presunta omisión en la extracción del catéter hasta el año 2021**. Lo anterior por las siguientes razones:

I). No se demostró daño alguno atribuible a la permanencia del catéter. De hecho, en historia clínica del 6 de abril de 2025, el motivo de consulta fue: *“Traigo un examen”*, y la enfermedad actual describe un *“paciente de 44 años de edad con dolor lumbar de 2 meses de evolución, el cual se exacerba en ocasiones,*

generando limitación a la marcha". Sin embargo, omite el demandante que en esa misma nota clínica se consignó expresamente: "en el trayecto ureteral derecho se observa catéter doble J bien ubicado sin cálculos en su interior". Lo anterior permite concluir que **el catéter no estaba generando obstrucción ni alteración funcional alguna**. Muy por el contrario, su ubicación era adecuada y no se identificaron complicaciones visibles, lo que **descarta la existencia de una relación causal entre el catéter y los síntomas del paciente**.

II). Se configura una clara **negligencia del propio paciente**. Si como afirma el demandante el dolor persistió por más de cuatro años, resulta aún más reprochable su inactividad frente a su salud. No se evidencia que hubiese asistido a controles médicos ni que hubiese acudido a servicios de urgencias dentro de la red de atención de su EPS. Esta omisión pone en evidencia **una falta grave al deber de autocuidado** y al cumplimiento de sus obligaciones como usuario del sistema de salud. Su comportamiento omisivo impide ahora trasladar al sistema las consecuencias de su propia pasividad. **De haber actuado con la diligencia debida, el supuesto malestar pudo haberse abordado y tratado de manera oportuna**, evitando así su permanencia o agravamiento.

III). En todo caso, **EPS Sanitas S.A.S. sí había autorizado desde el año 2017 el procedimiento de extracción del catéter doble J**, cumpliendo con su obligación de asegurar el acceso a los servicios necesarios. Es importante recordar que **la EPS no presta directamente los servicios de salud**, sino que los **autoriza y contrata con IPS habilitadas**, siendo estas las responsables de ejecutar los procedimientos. Por tanto, cualquier retraso en la realización del procedimiento **no es atribuible a la EPS**, que **cumplió con su función administrativa dentro del sistema de salud colombiano**.

Asimismo, es preciso señalar que lo que el demandante denomina erróneamente como "daños de carácter material, moral y de la vida en relación", en realidad corresponden a perjuicios, conforme a la terminología jurídica adecuada. Esta distinción no es meramente semántica, sino conceptual y jurídica, pues en el ámbito del derecho de la responsabilidad civil el "daño" hace referencia a la lesión que sufre una persona en sus bienes o derechos, mientras que el "perjuicio" alude a la consecuencia patrimonial o extrapatrimonial que se deriva de ese daño y que puede ser objeto de indemnización.

En todo caso, dichos perjuicios no se encuentran configurados, por tanto, en cuanto al daño emergente, los recibos aportados carecen de especificidad respecto a los trayectos realizados y no permiten establecer relación alguna con citas médicas o con el objeto del proceso, además de presentar valores desproporcionados, por lo que deberán ser ratificados conforme al artículo 262 del Código General del Proceso. Respecto al lucro cesante por incapacidad médico-legal, no se allegó prueba de vínculo laboral, ingresos regulares o afectación económica cierta, lo cual impide estructurar el elemento de certeza requerido para su reconocimiento. En cuanto al daño a la vida en relación, esta tipología indemnizatoria solo procede en favor de la víctima directa y, en el presente caso, no solo no se acreditó dicha calidad en los reclamantes, sino que tampoco se estructuró responsabilidad civil alguna en cabeza de mi representada. Finalmente, los perjuicios morales solicitados resultan abiertamente desproporcionados, pues se pretende el pago de 200 SMMLV para la víctima y 100 SMMLV para terceros sin que se haya demostrado una afectación grave, permanente o que justifique tales montos, máxime cuando la única evidencia médica da cuenta de una incapacidad transitoria de poco más de un mes. En consecuencia, al

no cumplirse con los requisitos jurisprudenciales ni con la carga probatoria exigida, las pretensiones indemnizatorias deben ser desestimadas.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos, toda vez que **no le son atribuibles fáctica ni jurídicamente a los demandados los perjuicios que se alegan derivados de la presunta omisión en la extracción del catéter hasta el año 2021**. Lo anterior por las siguientes razones:

I). No se demostró daño alguno atribuible a la permanencia del catéter. De hecho, en historia clínica del 6 de abril de 2025, el motivo de consulta fue: *“Traigo un examen”,* y la enfermedad actual describe un *“paciente de 44 años de edad con dolor lumbar de 2 meses de evolución, el cual se exacerba en ocasiones, generando limitación a la marcha”*. Sin embargo, omite el demandante que en esa misma nota clínica se consignó expresamente: *“en el trayecto ureteral derecho se observa catéter doble J bien ubicado sin cálculos en su interior”*. Lo anterior permite concluir que **el catéter no estaba generando obstrucción ni alteración funcional alguna**. Muy por el contrario, su ubicación era adecuada y no se identificaron complicaciones visibles, lo que **descarta la existencia de una relación causal entre el catéter y los síntomas del paciente**.

II). Se configura una clara **negligencia del propio paciente**. Si como afirma el demandante el dolor persistió por más de cuatro años, resulta aún más reprochable su inactividad frente a su salud. No se evidencia que hubiese asistido a controles médicos ni que hubiese acudido a servicios de urgencias dentro de la red de atención de su EPS. Esta omisión pone en evidencia **una falta grave al deber de autocuidado** y al cumplimiento de sus obligaciones como usuario del sistema de salud. Su comportamiento omisivo impide ahora trasladar al sistema las consecuencias de su propia pasividad. **De haber actuado con la diligencia debida, el supuesto malestar pudo haberse abordado y tratado de manera oportuna**, evitando así su permanencia o agravamiento.

III). En todo caso, **EPS Sanitas S.A.S. sí había autorizado desde el año 2017 el procedimiento de extracción del catéter doble J**, cumpliendo con su obligación de asegurar el acceso a los servicios necesarios. Es importante recordar que **la EPS no presta directamente los servicios de salud**, sino que los **autoriza y contrata con IPS habilitadas**, siendo estas las responsables de ejecutar los procedimientos. Por tanto, cualquier retraso en la realización del procedimiento **no es atribuible a la EPS**, que **cumplió con su función administrativa dentro del sistema de salud colombiano**.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERO”: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es consecuencial de las anteriores pretensiones y como aquellas no tiene vocación de prosperidad esta tampoco. Ahora bien, a continuación, me opondré a cada uno de los perjuicios solicitados en el presente numeral:

1. **Oposición al reconocimiento del “DAÑO EMERGENTE”.** ME OPONGO a este reconcomiendo, toda vez que no obra prueba suficiente que permita concluir que los supuestos servicios de transporte fueron efectivamente utilizados para asistir a citas médicas, ni mucho menos que justifiquen los valores desproporcionados que se pretenden reclamar. Si bien se allega recibos de **caja menor**, los mismos carecen de **especificidad**, ya que **no detalla los trayectos realizados, los puntos de origen y destino**, lo que impide establecer cualquier relación directa con el objeto

del proceso o con desplazamientos a centros médicos. **En consecuencia, no se acredita el nexo causal entre el gasto y la supuesta necesidad médica.** En todo caso, dichos recibos deberán ser objeto de ratificación por parte de quien lo emitió, conforme a lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso.

2. Oposición al reconocimiento del “LUCRO CESANTE POR INCAPACIDAD MEDICO LEGAL”.

ME OPONGO a la pretensión de lucro cesante invocada por el demandante con ocasión de la supuesta incapacidad médica, por resultar improcedente y contraria al marco normativo vigente. Primeramente, en el presente caso, el demandante no allegó prueba alguna que demuestre haber estado vinculado laboralmente al momento de los hechos, ni aportó contrato de trabajo, certificación de ingresos, historial tributario o cualquier otro documento que permita inferir de forma razonable y fundada que percibía ingresos regulares que se vieron interrumpidos. En efecto, se trata de una mera afirmación sin respaldo probatorio, lo que impide estructurar el elemento de certeza necesario para su procedencia.

Segundo, y sin perjuicio de lo anterior, tal como lo establece el Ministerio de Justicia en su publicación oficial del 14 de julio de 2019, las incapacidades de origen común son aquellas derivadas de enfermedades o accidentes no relacionados con el trabajo, y su cobertura económica está claramente regulada:

“Los primeros dos días los debe pagar directamente la empresa. A partir del tercer día, las incapacidades están a cargo de la EPS y serán del 66.66% del salario hasta los 90 días de incapacidad. Después de los 90 días serán del 50% del salario. A partir de los 180 días las debe pagar el fondo de pensiones y entonces se entra a valorar la posibilidad de rehabilitación del trabajador o la procedencia de la pensión por invalidez.”

Así las cosas, pretender un resarcimiento adicional por concepto de lucro cesante resulta infundado, toda vez que el sistema de seguridad social ya contempla una compensación económica específica, gradual y proporcional para dichas situaciones.

3. Oposición al reconocimiento del “DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN”. ME OPONGO a esta

pretensión, por cuanto la misma e torna improcedente el reconocimiento de perjuicios por concepto de daño a la vida en relación en favor de la activa de la litis, primero, porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria a su cargo; y segundo, porque el daño a la vida en relación es una tipología de perjuicios que ha sido desarrollada jurisprudencialmente en favor de la víctima directa del daño, en tanto que su naturaleza es justamente indemnizar a la víctima directa por los daños sufridos, de modo que es improcedente dicho reconocimiento a cualquier otro reclamante distinto de la víctima directa del daño como pretende la parte actora.

4. Oposición al reconocimiento de “PERJUICIOS MORALES”: **ME OPONGO** a la prosperidad de

esta pretensión no solo porque no hay lugar a la declaratoria de responsabilidad, sino también por la desproporción y falta de sustento en la cuantificación del perjuicio moral solicitado.

En efecto, las sumas pretendidas a este título no se encuentran debidamente justificadas ni delimitadas conforme a los lineamientos jurisprudenciales vigentes, particularmente los proferidos por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que ha reiterado en múltiples decisiones que el reconocimiento de indemnizaciones por daño moral debe guardar coherencia con la entidad del daño probado, su relación con el hecho y la proporcionalidad frente al tipo de afectación alegada. Se observa que el demandante solicita una suma de **200 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV)** para la víctima directa, y **100 SMMLV** tanto para su supuesta compañera permanente como para una hermana, superando ampliamente el baremo jurisprudencial incluso previsto para los eventos más graves, como la muerte o la invalidez total y permanente de la víctima, casos en los cuales la Corte ha establecido un referente indemnizatorio cercano a los \$60.000.000, ajustado a las circunstancias particulares del caso concreto.

En este proceso, **ni siquiera se ha demostrado que la víctima directa haya quedado en estado de invalidez, ni se ha aportado dictamen de pérdida de capacidad laboral** que permita acreditar la gravedad de las lesiones. Muy por el contrario, lo que se tiene es **una incapacidad médica transitoria de poco más de un mes**, lo que dista significativamente del estándar de afectación necesario para justificar una compensación de esa magnitud. Por lo tanto, la pretensión deviene abiertamente desproporcionada, carente de soporte probatorio y contraria a la razonabilidad indemnizatoria, y debe ser desestimada por el Despacho.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “CUARTO”: ME OPONGO a esta pretensión, debido a que no existe obligación insoluta pendiente de pago a cargo de mi representada y, además, tampoco se ha cumplido con el supuesto de hecho necesario para que se generen intereses moratorios, como lo es la demostración del siniestro y de su cuantía. En todo caso, al corresponder a una pretensión consecuencial a las anteriores pretensiones y como quiera que no tengan vocación de prosperidad por resultar improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a mi representada.

IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Conforme a lo establecido en el artículo 206 del Código General del Proceso: *“Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlos razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente (...)”*, como se evidencia, el juramento estimatorio en efecto constituye un requisito exigido por la norma procesal el cual debe ser cumplido al momento de presentar la demanda o petición correspondiente. Para que el juramento estimatorio tenga validez, la cuantía de los perjuicios de índole patrimonial debe ser estimada de manera razonable, sin embargo, la estimación realizada en el juramento realizado por la parte demandante no cumple con el mencionado presupuesto como pasa a explicarse.

La parte accionante solicitó el reconocimiento de lucro cesante, sin embargo, resulta improcedente y contraria al marco normativo vigente. Primeramente, en el presente caso, el demandante no allegó prueba alguna que demuestre haber estado vinculado laboralmente al momento de los hechos, ni aportó contrato de trabajo, certificación de ingresos, historial tributario o cualquier otro documento que permita inferir de forma razonable y fundada que percibía ingresos regulares que se vieron interrumpidos. En efecto, se trata

de una mera afirmación sin respaldo probatorio, lo que impide estructurar el elemento de certeza necesario para su procedencia.

Segundo, y sin perjuicio de lo anterior, tal como lo establece el Ministerio de Justicia en su publicación oficial del 14 de julio de 2019, las incapacidades de origen común son aquellas derivadas de enfermedades o accidentes no relacionados con el trabajo, y su cobertura económica está claramente regulada:

“Los primeros dos días los debe pagar directamente la empresa. A partir del tercer día, las incapacidades están a cargo de la EPS y serán del 66.66% del salario hasta los 90 días de incapacidad. Después de los 90 días serán del 50% del salario. A partir de los 180 días las debe pagar el fondo de pensiones y entonces se entra a valorar la posibilidad de rehabilitación del trabajador o la procedencia de la pensión por invalidez.”

Así las cosas, pretender un resarcimiento adicional por concepto de lucro cesante resulta infundado, toda vez que el sistema de seguridad social ya contempla una compensación económica específica, gradual y proporcional para dichas situaciones.

Por otro lado, solicita el reconocimiento de daño emergente, por los supuestos valores de transporte y viáticos gastados en las citas médicas, pero no obra prueba suficiente que permita concluir que los supuestos servicios de transporte fueron efectivamente utilizados para asistir a citas médicas, ni mucho menos que justifiquen los valores desproporcionados que se pretenden reclamar (\$170.000 por cada cita). Si bien se allega recibos de caja menor, los mismos carecen de especificidad, ya que no detalla los trayectos realizados, los puntos de origen y destino, lo que impide establecer cualquier relación directa con el objeto del proceso o con desplazamientos a centros médicos. **En consecuencia, no se acredita el nexo causal entre el gasto y la supuesta necesidad médica.** En todo caso, dichos recibos deberán ser objeto de ratificación por parte de quien lo emitió, conforme a lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso.

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.” - (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 (...)” - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

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.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

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

Coadyuvo las excepciones propuestas la entidad EPS Sanitas S.A.S., 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. SANITAS S.A., COMO CONSECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LE CORRESPONDEN COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

Lo primero que deberá tener en consideración el Despacho es que, en este caso, no se configura responsabilidad alguna atribuible a EPS Sanitas S.A.S., toda vez que dicha entidad cumplió cabal y oportunamente con todas las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad promotora de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En efecto, está plenamente acreditado en el expediente que la EPS garantizó un acceso efectivo y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo, mediante la emisión oportuna de múltiples autorizaciones que permitieron su atención médica sin dilaciones ni obstáculos administrativos. Específicamente, se encuentra demostrado que desde el 7 de marzo de 2017 la EPS autorizó el procedimiento de “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”, lo que evidencia de manera concluyente que no existió omisión alguna por parte de la entidad aseguradora. Adicionalmente, el señor Prieto Castillo recibió una atención médica integral, continua e interdisciplinaria, que involucró las especialidades de urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo, lo cual refuerza aún más la ausencia de falla en la gestión de la EPS. Así, no puede imputarse responsabilidad alguna a Sanitas S.A.S., puesto que cumplió con el deber de asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a los servicios médicos necesarios para la atención del usuario, dentro del marco de sus competencias como entidad aseguradora y no prestadora directa del servicio de salud.

En el plenario del proceso obran pruebas documentales suficientes que permiten concluir que todas las autorizaciones requeridas para la atención del señor Víctor Andrei Prieto Castillo fueron entregadas de

manera oportuna, sin dilaciones ni trámites administrativos innecesarios. Es importante aclarar que EPS Sanitas S.A.S., 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 EPS Sanitas S.A.S. 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, EPS Sanitas S.A.S. 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.”²

² Sentencia SC13925 del 24 de agosto de 2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez

En el mismo pronunciamiento, la Corte determino respecto al juicio de reproche culpabilistico 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 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, EPS Sanitas S.A.S. únicamente podría ser declarada responsable si se demostrara que no asumió, administró y gestionó adecuadamente los riesgos en salud del señor Víctor Andrei Prieto Castillo, o que incumplió sus deberes administrativos para garantizar la efectiva prestación de los servicios requeridos; sin embargo, las pruebas documentales evidencian que la EPS cumplió con sus obligaciones, pues garantizó un acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, gestionando remisiones pertinentes y emitiendo autorizaciones inmediatas para el tratamiento médico indicado. La atención brindada fue integral, interdisciplinaria y continua, **involucrando especialidades como urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo**, entre otras, lo que demuestra un adecuado manejo clínico dentro de la red prestadora habilitada. **Adicionalmente, desde el año 2017 se había autorizado el retiro del catéter**, lo que pone de presente que la EPS cumplió con sus funciones administrativas y no incurrió en omisión alguna que permita derivar responsabilidad en su contra.

En la constancia de autorizaciones se evidencia que, desde el 07 de marzo de 2017, EPS Sanitas S.A.S. autorizó expresamente el procedimiento denominado “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”, lo que demuestra que cumplió de manera oportuna con su deber de autorizar los servicios requeridos por el paciente, descartando cualquier omisión imputable en este sentido. Adicionalmente, el expediente da cuenta de múltiples autorizaciones emitidas por parte de la EPS, lo cual confirma el cabal cumplimiento de sus funciones de aseguramiento y la debida gestión frente a las necesidades en salud del señor Víctor Andrei Prieto Castillo. Esta actuación diligente permite concluir que en ningún momento existió negligencia u omisión por parte de la EPS en la atención integral del usuario, pues la trazabilidad documental evidencia que, ante cada requerimiento clínico, la entidad procedió con celeridad a emitir las autorizaciones correspondientes, garantizando así tanto la continuidad como la integralidad en la prestación del servicio, así como el acceso a los insumos y atenciones médicas requeridos.

+	NORMAL	75776036	75362586	DE EPS CALI SA	16/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDRE PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	IMPRESA APROBADA	07/07/2017	59900PO - LITIASIS URINARIA FRAGMENTADA INTRACORPORA ENDOSCOPICA SCO - BIQUETE
+	NORMAL	75608602		OF SANTANDER DE QUICHANO	07/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDRE PRIETO CASTILLO	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	04/04/2017	8044AD13C02 - ALOPURINOL 300MG TAB
+	NORMAL	75607922		OF SANTANDER DE QUICHANO	07/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDRE PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	ANULADA	01/07/2017	87K200 - EXTRACCION DE TUBO DE URETEROSTOMIA Y DE CATETER URETERAL 90D
+	COMPLEMENTO	75601309	75362586	DE EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDRE PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	COBRADA	03/07/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL
+	NORMAL	75599302		DE EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDRE PRIETO CASTILLO	SARGU LTDA SERVICIO Y ATENCION MEDICA DE URGENCIAS	IMPRESA APROBADA	23/06/2017	1002161 - TRASLADO BASICO DIURNO
+	NORMAL	75591938		DE EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDRE PRIETO CASTILLO		ANULADA		
+	NORMAL	75362586		DE EPS CALI SA	28/02/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDRE PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	COBRADA	27/06/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL
+	NORMAL	75320793		DE EPS CALI SA	27/02/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDRE PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	COBRADA	26/06/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL

Incluso el propio demandante reconoce en el hecho sexto de su demanda que el 17 de marzo de 2017 la EPS Sanitas S.A.S. notificó al señor Víctor Andrey Prieto Castillo la autorización para el procedimiento de Remoción aportando como información adicional “retiro de catéter”. Esto evidencia de manera indiscutible que la EPS cumplió oportunamente con su deber de autorizar los servicios requeridos, desvirtuando cualquier alegación de omisión o negligencia. Así, no solo obran en el expediente las constancias documentales respectivas, sino que también el propio actor admite la existencia de dicha autorización en su escrito de demanda.

SEXTO: El día 17 de marzo de 2017, la EPS Sanitas S.A.S., notifica al señor **VICTOR ANDREY PRIETO CASTILLO**, la autorización de “REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, CUERPO EXTRAÑO O COAGULO DE VEJIGA SOD” aportando como información adicional “RETIRO DE CATETER”.

La evidencia demuestra una actuación diligente, coordinada y continua por parte de la entidad, quien gestionó de forma eficaz cada uno de los procedimientos requeridos, en cumplimiento de sus obligaciones legales y contractuales. En consecuencia, resulta improcedente atribuirle responsabilidad alguna a EPS Sanitas S.A.S., pues no se configura el presupuesto esencial de la falla en la prestación del servicio que se exige para estructurar cualquier tipo de condena en su contra.

En este sentido, no se ha incumplido ninguna de las obligaciones derivadas del contrato de afiliación al Plan de Beneficios en Salud (PBS). EPS Sanitas S.A.S. 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 EPS Sanitas S.A.S. actuó de manera diligente y cuidadosa en el transcurso de afiliación del señor Prieto por cuanto se cumplieron todas las funciones que estaban a su cargo para garantizar la salud del afiliado, 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 VERSALLES S.A.S

En el caso que nos atañe no existe falla médica que se le pueda imputar a la CLÍNICA VERSALLES S.A.S., 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 al paciente, conforme a los principios de la lex artis médica, respetando en todo momento los protocolos clínicos vigentes y las mejores prácticas reconocidas en la especialidad correspondiente. Además, se puede concluir del material probatorio obrante en el plenario que las decisiones adoptadas estuvieron orientadas a garantizar la salud y seguridad del paciente, sin que se haya producido ningún evento atribuible a negligencia, impericia o imprudencia por parte de los demandados.

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 hacersele saber cuál es la responsabilidad médica³.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

“Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos

³ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201 Edificio 94º +57 3173795688 Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212 Centro Empresarial Chipichape +57 315 577 6200 - 602-6594075

constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida”.⁴(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 (…)⁵*

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.”⁶(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo pronunciamiento indicó:

“El criterio de normalidad está insito 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”.

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

⁴ Corte Constitucional. Sentencia del 05 de abril de 2001. Expediente T-398862. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado No. 2017-M-P-0110-2017. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

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 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.

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 el paciente 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 efecto, obran en el expediente elementos probatorios que dan cuenta de que el 27 de febrero de 2017, **el mismo día en que el paciente asistió a la Clínica Versalles**, se le practicó el procedimiento especializado de **Nefroureterolitotomía flexible con láser Holmium**, lo cual demuestra la celeridad y eficacia tanto de las IPS que brindaron la atención como de la EPS al autorizar oportunamente el procedimiento requerido.

JESUS ENRIQUE MOSQUERA ANGULO - R.M. R.M. 76-3440/97 CC. 16761081 UROLOGIA			
27/02/2017 17:10			
420069 NEFROURETEROLITOTOMIA ENDOSCOPICA FLEXIBLE CON LASER HOLMIUM	No	No	

Incluso, el propio demandante reconoce en el hecho tercero de su demanda que, el mismo día en que acudió a la Clínica Versalles, esto es el 27 de febrero de 2017, **fue sometido a una intervención quirúrgica inmediata**, lo que constituye una clara manifestación de la **celeridad, eficiencia y diligencia del cuerpo médico tratante**. Esta afirmación, proveniente directamente del actor, no solo corrobora lo evidenciado en la historia clínica y demás pruebas documentales obrantes en el expediente, sino que además **desvirtúa cualquier imputación de negligencia u omisión en la atención por parte del personal médico o de la institución de salud**.

TERCERO: El día 27 de febrero de 2017, fue revalorado por el médico tratante quien ordeno manejo con conducta de UCI y fue sometido a cirugía inmediata al encontrarse con falla renal severa y litiasis bilateral, por lo que fue de extrema necesidad implantes de CATÉTERES DOBLE J, DERECHO e IZQUIERDO.

Tal circunstancia refleja que, ante la valoración clínica inicial, el equipo médico actuó de manera oportuna y resolutive, **interviniendo quirúrgicamente sin demoras y conforme a los protocolos médicos vigentes**, lo cual demuestra un alto grado de compromiso con la preservación de la salud del paciente. Por tanto, lo que se evidencia es una atención inmediata, especializada y conforme a los más altos estándares de calidad médica, en coordinación efectiva con la EPS, lo que hace aún más impropio cualquier intento de atribuir responsabilidad a las entidades demandadas.

Ahora bien, no solo se evidencia una intervención quirúrgica inmediata el mismo día en que el paciente ingresó a la Clínica Versalles, sino que también quedó demostrado en la historia clínica que **se realizó un seguimiento médico postoperatorio riguroso y continuo durante más de una semana**, hasta el momento en que el paciente fue dado de alta el 06 de marzo de 2017.

Durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el paciente permaneció bajo vigilancia, seguimiento y control por parte de los especialistas en cuidado crítico y urología, quienes realizaron los ajustes pertinentes, seguros y necesarios conforme a la evolución clínica observada. Los días **28 de febrero y 1 de marzo de 2017** se realizó seguimiento a la evolución clínica del paciente, quien se encontraba en condición estable. En atención a los laboratorios que demostraban evolución, que evidenció mejoría de la función renal y resolución del trastorno ácido-base (acidosis metabólica), el **2 de marzo del 2017** se decidió su traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN).

EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
Análisis
PARACLÍNICOS: CR: 2.61, BUN: 43, NA: 139, K: 5.5, CL: 106, PH: 7.38, PO2: 81, PCO2: 27, HCO3: 18, BE: -8.7, SO2 95%
A/P: PACIENTE CON EVOLUCIÓN DENTRO DE LO ESPERADO, AZOADOS EN DESCENSO, TRASTORNO ACIDO BASE EN CORRECCIÓN, MENOS POLIURICO, SE AJUSTA REPOSICIÓN AL 50% DE LO ELIMINADO, SE INDICA INICIO DE COLCHISINA POR CRISIS GOTOSA, ANALGESIA Y TRASLADO A UCIN.
Comentarios Generales
- TRASLADO A UCIN 2017-03-02 00:00:00.0 - 11:33 ANDRES FELIPE ROMERO SATIZABAL - P.M. 76012003 - CC. 94505061 CIRUGIA GENERAL

El **03 de marzo de 2017** se continuó con vigilancia estricta del paciente, quien permanece en seguimiento por parte del equipo médico multidisciplinario. Durante la valoración se identifica un nuevo episodio de crisis gotosa, caracterizado por dolor articular intenso e inflamación. En consecuencia, se inicia el manejo farmacológico correspondiente, ajustado a las condiciones clínicas y antecedentes del paciente, con el objetivo de controlar el dolor y la respuesta inflamatoria.

<p>Análisis</p> <p>PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA MEJORA DE SU FUNCION RENAL EN ESTANCIA HOSPITALARIA DIURESIS ADECUADA FUE SOLICITADO HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS NEUTROFILIA PCR ELEVADA SIN EMBARGO PACIENTE ALGICO CON CRISIS GOTOSA LO CUAL PUEDE DESENCADENAR TAQUICARDIA SE DECIDE AÑADIR A MANEJO ALOPURINOL A BAJAS Dosis EN PRO DE SU FX RENAL SE SOLICITAN PARA CLINICOS DE CONTROL.</p>

<p>CRISTYAN SANCTUS ANGELUZ BELTRAN LOPEZ - R.M. 76-1306/14 CC. 12265743 MEDICINA INTERNA 03/03/2017 21:44</p>

El **04 de marzo de 2017**, el paciente presenta adecuada diuresis y una evolución clínica favorable, con mejoría progresiva de los síntomas referidos previamente, incluidos aquellos asociados a la crisis gotosa. Se observa respuesta positiva al tratamiento instaurado. No obstante, dadas sus condiciones de base y la necesidad de continuar con el monitoreo clínico y ajustes terapéuticos, se considera pertinente mantener seguimiento intrahospitalario por parte del equipo médico tratante.

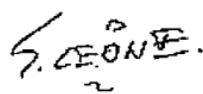
<p>Análisis</p> <p>EXAMENS D ECONTROL HB: 13 WBC: 13400 N: 83 PLT: 285.000 NA: 140 K: 5.5 CL: 104 CR: 2.33 BUN: 38</p> <p>PACIENTE CON INSUFICIENCIA SECUNDARIA A OBSTRUCCION BILATERAL URETERAL Y EL CUAL RECIBE MANEJO MEDICO CON DERIVACION CON CATETER JJ POR PARTE DE UROLOGIA . SU CONDICION CON TENDENCIA A LA MEJROIA , CON PRESENCIA DE NITROGENADOS CON TENDENCIA A LA BAJA PERO CON DESCESO CONSIDERABLE, CONSIDRAMOS PACIENTE TODAVIA CON PREECIA DE ACIDOSIS METABOLICA QUE AMÉRITA CONTINUAR VIGILANANCIA HEMODINAMICA, Y RESPIRATORIA. SE EVIDENCIA TAMBIA CUADRO DE POLIARTRALGIAS LA QUE SE INICIA MANEJO CON ALOPURINOL Y SE DECIDE INCREMENTAR DOSIS DE LA MISMA A 300 MGS VO CADA DIA. SE DA PARTE MEDICO AL FAMILIAR.</p>
<p>Plan de Manejo</p> <p>AUMENTAR DOSIS DE ALOPURINOL CONTINUA COLCICINA</p>
<p>Comentarios Generales</p> <p>UCIN : ACIDOSIS METABOLICA 2017-03-04 00:00:00.0 - 12:02 LEOPOLDO GARCÉS VILLABÓN - R.M. 194677 MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO, MEDICINA INTERNA</p>

<p>LEOPOLDO GARCÉS VILLABÓN - R.M. 194677 MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO, MEDICINA INTERNA 04/03/2017 12:02</p>

El **05 de marzo de 2017**, el paciente continúa con adecuada diuresis y se evidencia mejoría progresiva de los síntomas clínicos, tanto generales como los relacionados con su patología de base. Se mantiene hemodinámicamente estable y con buena tolerancia al tratamiento instaurado. Dada la evolución favorable, se decide continuar con el seguimiento por parte del equipo médico, con el fin de asegurar una recuperación sostenida y detectar oportunamente cualquier cambio en su condición clínica.

Análisis
PARACLINICOS: CR: 1.9, BUN: 36, PH: 7.38, PO2: 85, PCO2: 35, HCO3: 20, BE: -4.7, SO2: 96%
A/P: PACIENTE CON EVOLUCIÓN ESTACIONARIA, PERSISTE ACIDOSIS METABOLICA, AUNQUE LOS AZOADOS HAN VENIDO EN FRANCO DESCENSO, HOY REpondremos LO ELIMINADO Y VIGILAREMOS EVOLUCION, ADEMAS SE REINICIA COLCHICINA A DOSIS BAJAS POR PRESENCIA DE ARTRALGIAS. SE HARA SEGUIMIENTO ESTRECHO DE LA EVOLUCION

El 06 de marzo de 2017, tras valoración por el equipo tratante y considerando la evolución clínica favorable del paciente, se decide otorgar el egreso hospitalario. Se indica retiro de los catéteres en un plazo estimado de dos semanas, conforme a la evolución ambulatoria. Asimismo, se prescribe incapacidad médica por un término de 15 días, tiempo durante el cual deberá continuar con los cuidados en casa, el tratamiento formulado y controles médicos establecidos, a fin de garantizar una recuperación completa y sin complicaciones.

Análisis
EXAMENS DE CONTROL HB: 12 WBC: 9100 N: 69 PLT: 341.000 NA: 142 K: 5.1 CL: 103 CR: 1.63 BUN: 41 P: 5.0 MG: 1.7 PH: 7.38 PO2: 85 PCO2: 30 HCO3: 18 BE: 6.8
PACIENTE CJOVEN CON INGRESO A ESTA UNIDAD HACE > 5 DIAS, CON PRESENCIA DE FALLA RENAL SEVERA, CON LITIASIS BILATERAL URETERAL, CON NECESIDAD DE IMPLANTE DE CATETER JJ, PACIENTE QUONE INIALMENTE MANEJO DIURESIS AUMENTADA POR FASE POLIURICA DE LA FALLA RENAL AGIDA POS RENAL, YA SIN ACIDOSIS METABOLICA, MEJROIA DE LA RATA URINARIA, CON VALORACION POR UROLOFIA EL DIA DE HOY QUEN CONSIDERA DEAR EGRESO HOSPITALARIO. POR PARTE DE LA UNID CON EVOLUCIN CLINICIA FAVORABLE, SE ODENA SALIDA, CONTROL PARACLINICO POR CONSULTA EXTERNA CON UROLOGIA, RETIRO DELOS CATETERES JJ CUANDO UROLOGIA LO ONDIQUE Y RETIRO DE SONDA VESICA AHORA.
Plan de Manejo SALIDA FORMULA MEDICA
Comentarios Generales SALIDA2017-03-06 00:00:00.0 - 13:46 GERMAN ALBERTO LEON ESCOBAR - R.M. C.C 79424078 /102593 MEDICINA INTERNA

GERMAN ALBERTO LEON ESCOBAR - R.M. C.C 79424078 /102593 MEDICINA INTERNA 06/03/2017 13:46

Este hecho confirma que el procedimiento no fue aislado ni improvisado, sino parte de un proceso clínico integral, con evaluación médica constante, vigilancia de la evolución del paciente, conductas orientadas a garantizar su recuperación completa. Todo lo anterior pone de manifiesto no solo la oportunidad en la atención quirúrgica, sino también la diligencia, profesionalismo y calidad del seguimiento médico prestado por la IPS tratante, descartando cualquier posibilidad de abandono asistencial o falta de continuidad en el tratamiento.

Ahora, el demandante expone en su escrito demandatorio que *“De acuerdo a la orden de retiro de los catéteres doble J, programada a las Dos semanas después, personal médico de la clínica Versailles, llevó a cabo la cirugía de retiro de los catéteres, en donde se retira solamente el catéter doble J del riñón izquierdo, ignorando como lo corrobora la historia clínica el hecho de que el día 27 de febrero le habían insertado al señor VICTOR ANDREY PRIETO CASTILLO, dos catéteres "Derecho e Izquierdo", dando por finalizada la cirugía de retiro, y manifestándole al señor PRIETO CASTILLO, que el posoperatorio debía realizarlo atravez de su EPS”*. Al respecto, se indica que, **dejar un catéter doble J olvidado, como pretende insinuar el apoderado de la parte actora, carece de fundamento médico y lógico**. La extracción de este tipo de dispositivo se realiza bajo visión directa mediante un procedimiento endoscópico conocido como cistoscopia, el cual permite al especialista en urología visualizar en tiempo real el interior de la vejiga y la uretra con gran precisión. En condiciones normales, si ambos catéteres se encuentran en

su posición adecuada, resulta sumamente improbable que uno de ellos pase inadvertido para el especialista. El catéter doble J, aunque diseñado para atravesar estructuras estrechas del tracto urinario, no es un objeto microscópico ni invisible. Su presencia es perfectamente identificable a nivel vesical, como puede evidenciarse en la imagen que se adjunta a continuación (Extraída de la página virtual de la Asociación Española de Urología). **Por lo tanto, si uno de los catéteres no fue retirado en ese momento, ello responde inequívocamente a una decisión médica basada en criterios clínicos, y no a un descuido u omisión.**



Así, en la publicación de Urosalud denominada “*Todo lo que debes saber sobre el catéter doble J*”, se advierte que el tiempo de permanencia del catéter “es variable. Su médico será quien le indique el tiempo necesario según el motivo por el que se lo haya colocado”. **Esta afirmación refuerza la idea de que la decisión de mantener el catéter en un solo lado del tracto urinario no es arbitraria, sino que responde a una valoración médica individualizada, sustentada en las condiciones clínicas específicas del paciente, la evolución del cuadro obstructivo y los hallazgos durante el seguimiento.**

En múltiples ocasiones, la obstrucción de la vía urinaria se presenta de manera unilateral y persiste únicamente en uno de los lados. Por esta razón, con el objetivo de garantizar un drenaje adecuado y evitar complicaciones, se opta por mantener el catéter únicamente en el lado donde se ha identificado la obstrucción residual. Al respecto, un artículo publicado por National Library Of Medicine, denominado “Cateterismo Foley difícil”, expone:

“El cateterismo urinario es una intervención clínica común para asegurar un drenaje urinario adecuado cuando los pacientes no pueden orinar eficazmente (...)”.

Como se evidencia, en presencia de una obstrucción urinaria, el cateterismo constituye una técnica altamente eficaz y ampliamente utilizada en la práctica clínica para asegurar un drenaje urinario adecuado. Su implementación permite prevenir complicaciones derivadas de la retención urinaria, preservar la función renal y favorecer la recuperación del paciente, especialmente cuando la obstrucción persiste de forma unilateral. En consecuencia, resulta plenamente justificado desde el punto de vista médico que se tome la decisión de mantener el catéter en uno de los lados, en casos en que se identifique que la obstrucción persistía en dicho conducto.

Ahora, se evidencia en historia clínica del 06 de abril del 2021 se señala que **“EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATETER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CALCULOS EN SU INTERIOR”**. Lo anterior permite concluir que el catéter no estaba generando obstrucción ni alteración funcional alguna, como erradamente se pretende hacer ver en la demanda. Muy por el contrario, su ubicación era adecuada y no se identificaron cálculos, lo que descarta la existencia de una complicación atribuible al mismo y pone en entredicho la supuesta relación causal entre el catéter y el dolor lumbar que refiere el paciente.

TIPO DE USUARIO: CONTRIBUIDIVO

RÉSUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, VICTOR ANDREJ PRIETO CASTILLO.
Motivo de consulta: "traigo un examen".
Enfermedad Actual: paciente de 44 años de edad con dolor lumbar, antecedente de urolitiasis, se había ordenado rx de CLS: 02/03/2021: HAY FLEBOLITO EN LA PELVIS BLANDA HACIA EL DADO DERECHO, EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATETER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CALCULOS EN SU INTERIOR- asiste con reporte de eco de vias urinarias(18/03/2021): LITIASIS RENAL IZQUIERDA.

paciente paciente de 44 años de edad con dolor lumbar de 2 meses de evolución, el cual se exacerba en ocasiones, el cual cuando se presenta genera limitación a la marcha ya ha ido por urgencias en 2 ocasiones, fue remitido por ortopedia rx de CLS: 02/03/2021: HAY FLEBOLITO EN LA PELVIS BLANDA HACIA EL DADO DERECHO, EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATETER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CALCULOS EN SU INTERIOR..

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 del 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 del extremo pasivo.

4. INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR EL EXTREMO ACTOR Y LA CONDUCTA DESPLEGADA POR EL EXTREMO PASIVO DEL LITIGIO.

Se propone el presente medio exceptivo toda vez que, en atención a los argumentos arriba esbozados, resulta evidente que no existe relación de causalidad alguna entre el supuesto daño sufrido por la parte demandante y la conducta desarrollada por la entidad demandada. De manera específica, debe anotarse que no se estructura este elemento indispensable de la responsabilidad civil que se persigue, comoquiera que los perjuicios que se reclaman no encuentran su origen en ninguna de las conductas desplegadas por los profesionales que tuvieron a su cargo el cuidado y atención médica de VICTOR ANDREY PRIETO, ni mucho menos de su EPS, entidad cumplió cabal y oportunamente con todas las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad promotora de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En efecto, no existe en el expediente evidencia alguna que demuestre que la atención brindada fue deficiente o que haya existido una omisión en el cumplimiento de los protocolos médicos aplicables al caso.

Lo anterior no puede perderse de vista por el despacho, toda vez que, para la imputación de la responsabilidad pretendida, es necesario acreditar la supuesta falla en que, a juicio de los actores, incurrió la parte pasiva; sin ello, y sin constituirse, en consecuencia, una relación causal que permita endilgar responsabilidad al extremo pasivo, están llamadas al fracaso todas y cada una de las pretensiones del escrito genitor.

Aunado a todo lo dicho, debe hacerse especial hincapié en que situaciones médicas como la comentada, donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado, el efecto de la intervención médica no pende directamente del actuar cuidadoso y perito del profesional, tal como ha precisado la Corte Suprema de Justicia⁷:

“(…) A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo humano impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta, de ahí que se estime que **su práctica, en términos generales, corresponde a una obligación de medio.**

Es por eso que **solo si se verifica una mala praxis surge la obligación de reparar**, entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, **siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexos causales que contempla la ley (…)**” (Negritas propias).

Y en el mismo sentido la mentada Corporación ha enseñado⁸:

“(…) 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 (…)**” (Resaltado propio).

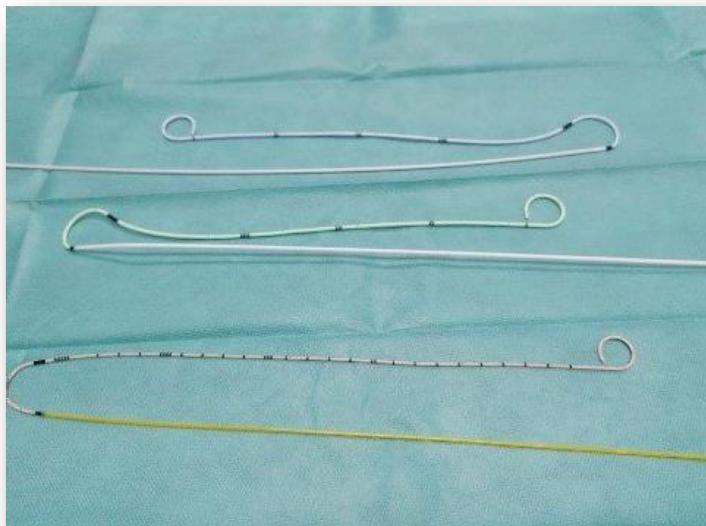
Corolario de lo expuesto, siendo inexistente la falla médica que se alega y el nexo causal necesario para imputar responsabilidad a las demandadas, no existe razón jurídica que permita la imputación de los supuestos fácticos invocados, al extremo pasivo del litigio.

El demandante expone en su escrito demandatorio que *“De acuerdo a la orden de retiro de los catéteres doble J, programada a las Dos semanas después, personal médico de la clínica Versailles, llevó a cabo la cirugía de retiro de los catéteres, en donde se retira solamente el catéter doble J del riñón izquierdo, ignorando como lo corrobora la historia clínica el hecho de que el día 27 de febrero le habían insertado al señor VICTOR ANDREY PRIETO CASTILLO, dos catéteres "Derecho e Izquierdo", dando por finalizada la cirugía de retiro, y manifestándole al señor PRIETO CASTILLO, que el posoperatorio debía realizarlo a través de su EPS”*. **Al respecto, se indica que, dejar un catéter doble J olvidado, como pretende**

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC8219-2016, radicación 11001-31-03-039-2003-00546-01 de 20 de junio de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC7110-2017, radicación 05001-31-03-012-2006-00234-01, de 24 de mayo de 2017. M.P. Orlando Tolosa Villabona.

insinuar el apoderado de la parte actora, carece de fundamento médico y lógico. La extracción de este tipo de dispositivo se realiza bajo visión directa mediante un procedimiento endoscópico conocido como cistoscopia, el cual permite al especialista en urología visualizar en tiempo real el interior de la vejiga y la uretra con gran precisión. En condiciones normales, si ambos catéteres se encuentran en su posición adecuada, resulta sumamente improbable que uno de ellos pase inadvertido para el especialista. El catéter doble J, aunque diseñado para atravesar estructuras estrechas del tracto urinario, no es un objeto microscópico ni invisible. Su presencia es perfectamente identificable a nivel vesical, como puede evidenciarse en la imagen que se adjunta a continuación (Extraída de la página virtual de la Asociación Española de Urología). **Por lo tanto, si uno de los catéteres no fue retirado en ese momento, ello responde inequívocamente a una decisión médica basada en criterios clínicos, y no a un descuido u omisión.**



Así, en la publicación de Urosalud denominada *“Todo lo que debes saber sobre el catéter doble J”*, se advierte que el tiempo de permanencia del catéter “es variable. Su médico será quien le indique el tiempo necesario según el motivo por el que se lo haya colocado”. **Esta afirmación refuerza la idea de que la decisión de mantener el catéter en un solo lado del tracto urinario no es arbitraria, sino que responde a una valoración médica individualizada, sustentada en las condiciones clínicas específicas del paciente, la evolución del cuadro obstructivo y los hallazgos durante el seguimiento.**

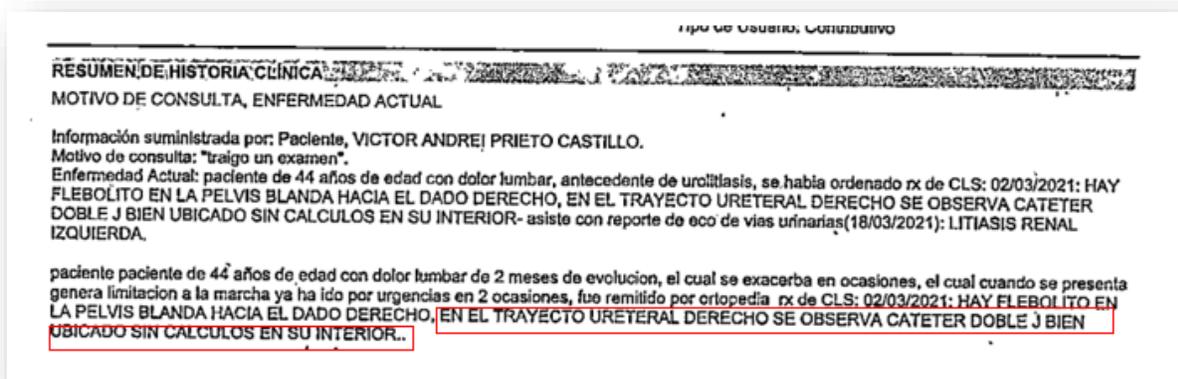
En múltiples ocasiones, la obstrucción de la vía urinaria se presenta de manera unilateral y persiste únicamente en uno de los lados. Por esta razón, con el objetivo de garantizar un drenaje adecuado y evitar complicaciones, se opta por mantener el catéter únicamente en el lado donde se ha identificado la obstrucción residual. Al respecto, un artículo publicado por National Library Of Medicine, denominado “Cateterismo Foley difícil”, expone:

“El cateterismo urinario es una intervención clínica común para asegurar un drenaje urinario adecuado cuando los pacientes no pueden orinar eficazmente (...)”.

Como se evidencia, en presencia de una obstrucción urinaria, el cateterismo constituye una técnica altamente eficaz y ampliamente utilizada en la práctica clínica para asegurar un drenaje urinario adecuado. Su implementación permite prevenir complicaciones derivadas de la retención urinaria, preservar la función renal y favorecer la recuperación del paciente, especialmente cuando la obstrucción persiste de forma unilateral. En consecuencia, resulta plenamente justificado desde el punto de vista médico que se tome la

decisión de mantener el catéter en uno de los lados, en casos en que se identifique que la obstrucción persistía en dicho conducto.

Ahora, se evidencia en historia clínica del 06 de abril del 2021 se señala que **“EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATETER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CALCULOS EN SU INTERIOR”**. Lo anterior permite concluir que el catéter no estaba generando obstrucción ni alteración funcional alguna, como erradamente se pretende hacer ver en la demanda. Muy por el contrario, su ubicación era adecuada y no se identificaron cálculos, lo que descarta la existencia de una complicación atribuible al mismo y pone en entredicho la supuesta relación causal entre el catéter y el dolor lumbar que refiere el paciente.



Igualmente, en el plenario obran pruebas documentales suficientes que permiten concluir que todas las autorizaciones requeridas para la atención del señor Víctor Andrei Prieto Castillo fueron entregadas de manera oportuna, sin dilaciones ni trámites administrativos innecesarios. Las pruebas documentales evidencian que la EPS cumplió con sus obligaciones, pues garantizó un acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, gestionando remisiones pertinentes y emitiendo autorizaciones inmediatas para el tratamiento médico indicado. La atención brindada fue integral, interdisciplinaria y continua, **involucrando especialidades como urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo**, entre otras, lo que demuestra un adecuado manejo clínico dentro de la red prestadora habilitada. **Adicionalmente, desde el año 2017 se había autorizado el retiro del catéter**, lo que pone de presente que la EPS cumplió con sus funciones administrativas y no incurrió en omisión alguna que permita derivar responsabilidad en su contra.

En la constancia de autorizaciones se evidencia que, **desde el 07 de marzo de 2017, EPS Sanitas S.A.S. autorizó expresamente el procedimiento denominado “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”**, lo que demuestra que cumplió de manera oportuna con su deber de autorizar los servicios requeridos por el paciente, descartando cualquier omisión imputable en este sentido. **No obstante, debe tenerse en cuenta que la decisión final sobre el momento clínicamente indicado para llevar a cabo dicho retiro recae exclusivamente en el equipo médico tratante, conforme a sus conocimientos, experiencia y evaluación del estado del paciente. Así, no puede imputarse a la EPS omisión alguna, pues cumplió oportunamente con sus deberes dentro del ámbito que le corresponde.**

Adicionalmente, el expediente da cuenta de múltiples autorizaciones emitidas por parte de la EPS, lo cual confirma el cabal cumplimiento de sus funciones de aseguramiento y la debida gestión frente a las necesidades en salud del señor Víctor Andrei Prieto Castillo. Esta actuación diligente permite concluir que en ningún momento existió negligencia u omisión por parte de la EPS en la atención integral del usuario, pues la trazabilidad documental evidencia que, ante cada requerimiento clínico, la entidad procedió con celeridad a emitir las autorizaciones correspondientes, garantizando así tanto la continuidad como la integralidad en la prestación del servicio, así como el acceso a los insumos y atenciones médicas requeridos.

NORMAL	7577028	75362586	OF. EPS CALI SA	10/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	IMPRESA APROBADA	07/07/2017	1990009G - LITIASIS URINARIA FRAGMENTADA - INTRACORPORA - ENDOSCOPICA SOO - INDOURTE
NORMAL	75608602		OF. SANTANDER DE QUICHANO	07/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CRUZ VERDE SAS (CALI)	IMPRESA APROBADA	04/04/2017	10044011302Z - ALOPURINOL 300MG TAB
NORMAL	75607902		OF. SANTANDER DE QUICHANO	07/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	ANULADA	03/07/2017	192000 - EXTRACCION DE TUBO DE SUTEROLOGIA Y DE CATERETER URETERAL SOO
COMPLEMENTO	75601309	75362586	OF. EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	COBRADA	03/07/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL
NORMAL	75599302		OF. EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	SARU LTDA SERVICIO Y ATENCION MEDICA DE URGENCIAS	IMPRESA APROBADA	25/06/2017	1002161 - TRASLADO BASICO DIURNO
NORMAL	75591918		OF. EPS CALI SA	06/03/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO		ANULADA		
NORMAL	75362586		OF. EPS CALI SA	26/02/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	COBRADA	27/06/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL
NORMAL	75120393		OF. EPS CALI SA	27/02/2017	EPS	10491380	VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO	CLINICA VERSALLES S.A	COBRADA	26/06/2017	1005419 - ESTANCIA UNIDAD ESPECIAL

A partir de todo lo anteriormente expuesto, resulta evidente que en el presente caso no se configura el régimen de responsabilidad que pretende hacerse valer, en tanto no se acreditan los elementos estructurales necesarios (la existencia de una falla, un daño y un nexo de causalidad entre ambos), lo cual impide endilgarle responsabilidad alguna a la parte demandada. Por el contrario, el acervo probatorio demuestra que la EPS cumplió cabalmente con sus obligaciones, garantizando el acceso oportuno, integral y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo. Así las cosas, al no demostrarse una conducta reprochable atribuible a la EPS, ni mucho menos que dicha conducta sea la causa eficiente y directa del supuesto daño alegado, resulta procedente declarar probada la excepción de **ausencia de responsabilidad**, y, en consecuencia, desestimar las pretensiones formuladas en el escrito de demanda.

5. CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA DIRECTA EN CABEZA DEL SEÑOR VICTOR ANDREY PRIETO

Esta excepción se fundamenta en que, de ser cierto, como afirma el demandante, que el dolor persistió durante más de cuatro años, resulta aún más reprochable su inactividad frente a su propia salud. No se evidencia que hubiese acudido a controles médicos ni a servicios de urgencias dentro de la red de atención de su EPS, omisión que pone de manifiesto una clara falta de diligencia en el cumplimiento de sus propios deberes de autocuidado. Dicho comportamiento omisivo impide ahora trasladar al sistema de salud las consecuencias de su prolongada inacción. Si el paciente hubiese actuado con la debida diligencia, el supuesto malestar habría sido tratado oportunamente, evitando así su eventual agravamiento o permanencia, lo que no puede ser imputado a la institución de salud ni a su EPS, sino que fue una decisión unilateral del usuario.

Es preciso resaltar que, de acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia se tiene que "(...) el hecho de la víctima o del acreedor que se toma en cuenta es solo aquel sin el cual "no se habría producido el perjuicio,

o por mejor decirlo, a una actividad que hay tenido incidencia en la realización del daño y no por consiguiente a la que resulta inocua (...)”⁹. De otro lado, la H. Corte Suprema de Justicia ha aseverado frente a este tópico que:

“(…) no se debe desconocer que la conducta positiva o negativa de la víctima puede tener incidencia relevante en el examen de la responsabilidad civil, pues su comportamiento puede corresponder a una condición del daño.

(…) Por el contrario, si la actividad del lesionado resulta “en todo o en parte” determinante en la causa del perjuicio que ésta haya sufrido, su proceder, si es total, desvirtuará correlativamente, “el nexo causal entre el comportamiento del presunto ofensor y el daño inferido”, dando paso a exonerar por completo al demandado del deber de reparación; en tanto, si es en parte, a reducir el valor de ésta (...)”¹⁰ (Negrillas propias)

Así las cosas, resulta útil exponer que, de acuerdo con los lineamientos jurisprudenciales, se debe resaltar que la conducta de la víctima puede tener un alto grado de incidencia en el perjuicio que este alega. En virtud de lo expuesto, es preciso reiterar que, la omisión prolongada del señor Víctor Andrey Prieto Castillo en procurar atención médica durante más de cuatro años frente a un dolor persistente, sin justificación válida, demuestra un actuar marcadamente negligente que impide trasladar las consecuencias de su descuido al sistema de salud.

El demandante afirma que desde el año 2017 comenzó a experimentar dolores en la región lumbar derecha, los cuales intentó manejar mediante la automedicación con analgésicos, señalando que tales molestias persistieron hasta el año 2021. No obstante, solo acudió a consulta médica por dicha sintomatología hasta abril de 2021. No se evidencia que hubiese asistido previamente a controles médicos ni que hubiera hecho uso de los servicios de urgencias dentro de la red de atención de su EPS, lo cual pone de manifiesto una clara falta de diligencia en el cumplimiento de sus deberes mínimos de autocuidado.

Esta conducta omisiva y negligente impide ahora trasladar al sistema de salud las consecuencias de su prolongada inacción. Si el paciente hubiera actuado con la debida diligencia desde la aparición inicial de los síntomas, el supuesto malestar habría podido ser diagnosticado y tratado oportunamente, evitando así su eventual agravamiento o permanencia. En tales circunstancias, la responsabilidad por las secuelas alegadas no puede atribuirse a un tercero, sino que es imputable a su propio comportamiento descuidado.

6. EL PRESENTE CASO DEBE EVALUARSE A LA LUZ DEL RÉGIMEN DE CULPA PROBADA

Como es sabido, la jurisprudencia ha establecido que para la declaratoria de la responsabilidad que hoy se pretende (donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado), se impone al actor la carga de probar de manera fehaciente la realización de la falla en la prestación del servicio médico, que constituye la causa del daño que se alega. En otras palabras, tratándose de responsabilidad civil médica

⁹ Corte Suprema De Justicia, Sala de Casación Civil – S-009-98 de 27 de febrero de 1998, Expediente 4901-2018-En: CASTRO Marcela, Derecho de las Obligaciones, 2010. Pp. 382.

¹⁰ Corte Suprema De Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2107-2018 del 12 de junio del 2018. Radicación: 11001-31-03-032-2011-00736-01. M.P.: Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

no existe presunción alguna que exonere al extremo actor de demostrar, además del daño y el nexo causal, el hecho configurativo de una mala práctica en el ejercicio médico. Para el caso particular existe una completa ausencia de medios de prueba que permitan suponer, así sea sumariamente, un error en el tratamiento de la paciente, por el contrario, todos los medios apuntan indiscutiblemente al apegado procedimiento médico profesional que tuvo La Clínica Versailles y el actuar diligente por parte de su EPS. De hecho, a pesar de lo probado en esta contestación, se debe advertir que de los mismos medios de prueba de la demandante (Historia Clínica de la paciente) se concluye que no hay responsabilidad de la parte pasiva., ya que en ella se evidencia que el actuar del personal médico estuvo ajustado a los más altos estándares de la *Lex Artis*, implementando los procedimientos necesarios para tratar las complicaciones que surgieron y atendiendo al paciente con el cuidado y la diligencia que la situación requería. Por ende, es evidente que ninguna obligación indemnizatoria puede imponerse a mi representada.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia ¹¹ha manifestado:

*“(...) **la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.***

*La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. **Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume (...)**”*

Así las cosas, cuando jurídicamente se impone al extremo actor del litigio acreditar el hecho generador del daño y no existe presunción de responsabilidad en favor de la víctima, es claro que no puede derivar la misma por la simple causación de un resultado adverso con ocasión al acto médico. Es decir, muy a pesar de que se genere un hecho lamentable a raíz de la intervención médica, ello no puede responsabilizar al profesional de salud encargado, cuando no se evidenció la necesaria falla médica, por cuanto, como se ha manifestado, para estos casos el médico sólo está obligado a actuar con pericia y diligencia.

En el presente caso, conforme a las pruebas documentales obrantes en el expediente, especialmente la historia clínica y los informes médicos, se evidencia que la atención brindada por la Clínica Versailles y la EPS fue diligente, oportuna y ajustada a los protocolos médicos reconocidos. No existe prueba alguna que demuestre una conducta negligente, imprudente o imperita que pueda ser atribuida al personal médico, ni que la eventual persistencia del dolor lumbar sea consecuencia directa de un manejo inadecuado. Por el contrario, la evolución clínica registrada revela un seguimiento responsable y la adopción de las medidas necesarias para tratar la condición presentada.

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC7110-2017, radicación No. 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

En síntesis, ante la ausencia de falla probada de la parte demandada., no se configura responsabilidad civil en cabeza de la misma y, por tanto, las pretensiones del escrito demandatorio deben despacharse desfavorablemente. Se itera, de los mismos medios de prueba de la demandante (Historia Clínica de la paciente) se concluye que no hay responsabilidad de la parte pasiva de la litis., ya que en ella se evidencia que el actuar del personal médico estuvo ajustado a los más altos estándares de la *Lex Artis*, implementando los procedimientos necesarios para tratar las complicaciones que surgieron y atendiendo al paciente con el cuidado y la diligencia que la situación requería. Por ende, es evidente que ninguna obligación indemnizatoria puede imponerse a mi representada.

En los términos descritos, solicito al despacho declarar probada la presente excepción.

7. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE REPARACIÓN DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2358 DEL CÓDIGO CIVIL EN FAVOR DE EPS SANITAS S.A.S

En el presente caso, la acción de responsabilidad civil ejercida contra EPS Sanitas S.A.S. se encuentra prescrita, conforme al artículo 2358 del Código Civil, que establece un término de tres años contados desde la perpetración del acto dañoso. Como los hechos que fundamentan la demanda son la intervención de retiro de catéter Doble J, que ocurrió en marzo del 2017, el término prescriptivo venció en marzo del 2020. Sin embargo, la demanda fue presentada el 11 de diciembre del 2024, es decir, de manera extemporánea, por lo que cualquier pretensión indemnizatoria resulta improcedente al haber operado la prescripción extintiva de la acción.

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 de marzo del 2017. Luego entonces, si la responsabilidad que se pretende endilgar no proviene de un hecho propio de EPS SANITAS S.A.S, 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 en marzo del 2017, fecha en que indica el demandante se retiró Catéter doble J de riñón izquierdo. 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 en marzo del 2020. Sin embargo, la demanda fue presentada de manera extemporánea, lo que implica que cualquier pretensión indemnizatoria en contra de estas entidades ha prescrito.

En conclusión, la acción de responsabilidad civil ejercida en contra de EPS SANITAS S.A.S. se encuentra claramente prescrita, de conformidad con lo establecido en el artículo 2358 del Código Civil. La intervención quirúrgica que se alega como generadora del daño ocurrió en marzo del 2017, y el término de prescripción de tres (3) años previsto por la norma venció en marzo del 2020. Al haberse presentado la demanda con posterioridad a dicha fecha, el 11 de diciembre del 2024, resulta extemporánea y, por tanto, no puede prosperar ninguna pretensión indemnizatoria. Esta conclusión impone la declaratoria de prescripción de la acción y, en consecuencia, la exoneración de responsabilidad de EPS SANITAS S.A.S. en el presente proceso.

8. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DE VLADY DIZU BASTO

Se fórmula la presente excepción, atendiendo a que en el presente caso no existe prueba idónea que acredite la relación afectiva filial de la señora VLADY DIZU BASTO y el señor VICTOR ANDREI PRIETO. Lo anterior, toda vez que la accionante solicita el reconocimiento de perjuicios a título de compañera permanente del lesionado, sin acreditar de manera idónea tal situación.

En este punto es importante recordar que obligación de acreditar la calidad en que se actúa en determinada actuación judicial, está relacionada con la legitimación en la causa, concepto que ha sido definido ampliamente por la jurisprudencia, como aquella titularidad de los derechos de acción y contradicción. La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado sobre esta categoría jurídica lo siguiente:

“(...) La prosperidad de la pretensión depende, entre otros requisitos según la jurisprudencia de esta Sala, de que «se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado (...). Si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedora (...).”¹² (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En mérito de lo expuesto, se advierte que la legitimación en la causa es un presupuesto sustancial de la sentencia de fondo en tanto permite establecer si al sujeto reclamante le asiste titularidad con el derecho pretendido. De manera que para que se predique su existencia, el sujeto que comparece al proceso debe comprobar la titularidad para reclamar el interés jurídico que se debate en el proceso, de lo contrario sus pretensiones están llamadas al fracaso.

Del anterior análisis jurisprudencial y del estudio realizado al acervo probatorio del proceso, se advierte la ausencia de legitimación en la causa por activa de la señora VLADY DIZU BASTO respecto de las presuntas lesiones padecidas a el señor VICTOR ANDREI PRIETO, puesto que al interior del plenario no obra prueba idónea que acredite la relación afectiva entre ellos. En este orden de ideas, al no existir prueba idónea de tal calidad no resulta procedente el reconocimiento de ningún emolumento pretendido por el demandante a título de daño moral frente a los hechos objeto de litigio. Al respecto, se resalta que la Ley 979 de 2005 estableció los medios de prueba pertinentes para acreditar la existencia de la unión marital

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC 6279-2016. Noviembre 11 de 2016.

de hecho y en este sentido, la condición de compañero/a permanente, los cuales se restringen a los establecidos en el artículo en mención:

“ARTÍCULO 2. El artículo 4 de la Ley 54 de 1990, quedará así:

Artículo 4. La existencia de la unión marital de hecho entre compañeros permanentes, se declarará por cualquiera de los siguientes mecanismos:

- 1. Por escritura pública ante Notario por mutuo consentimiento de los compañeros permanentes.*
- 2. Por Acta de Conciliación suscrita por los compañeros permanentes, en centro legalmente constituido.*
- 3. Por sentencia judicial, mediante los medios ordinarios de prueba consagrados en el Código de Procedimiento Civil, con conocimiento de los Jueces de Familia de Primera Instancia.”*

Sin embargo, en este caso no existe prueba idónea de la cual se puede derivar la existencia de la unión marital de hecho entre VLADY DIZU BASTO y el señor VICTOR ANDREI PRIETO. Por lo tanto, el demandante no está legitimada en la causa para ejercer la acción que nos ocupa en calidad de compañero permanente de la causante, por no demostrar la relación afectiva que pretende hacer valer en este proceso. Razón por la cual, no es jurídicamente procedente declarar indemnización alguna a su cargo, por los hechos de este litigio.

En conclusión, al interior de este proceso no resulta jurídicamente procedente condenar a la parte demandada al reconocimiento de suma alguna a título de indemnización a favor de VLADY DIZU BASTO por concepto de las supuestas lesiones padecidas por el señor VICTOR ANDREI PRIETO, puesto que es claro que el demandante no está legitimado en la causa por activa para ejercer la presente acción en esos términos. En tal virtud, al no encontrarse prueba que acredite la relación afectivo filial de la señora VLADY DIZU BASTO y el señor VICTOR ANDREI PRIETO, las pretensiones necesariamente deberán ser denegadas.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al despacho declarar probada esta excepción.

9. IMPROCEDENCIA Y FALTA DE PRUEBA DEL LUCRO CESANTE RECLAMADO.

El lucro cesante, entendido como una categoría de perjuicio material de naturaleza económica y contenido patrimonial, corresponde a la ganancia o ingreso que la víctima deja de percibir como consecuencia directa del hecho dañoso. No obstante, su reconocimiento en sede judicial exige que se acredite de manera cierta, real y objetiva la existencia del perjuicio y su cuantificación. En el presente caso, el demandante no allegó prueba alguna que demuestre haber estado vinculado laboralmente al momento de los hechos, ni aportó contrato de trabajo, certificación de ingresos, historial tributario o cualquier otro documento que permita inferir de forma razonable y fundada que percibía ingresos regulares que se vieron interrumpidos. En efecto, se trata de una mera afirmación sin respaldo probatorio, lo que impide estructurar el elemento de certeza necesario para su procedencia.

Lo dicho anteriormente implica que, 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 afinsa 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 fuera del texto original)

Ahora bien, se debe mencionar que todas las posibles discusiones que pueden emerger frente al particular fueron zanjadas mediante el más reciente pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano. Providencia en la que se elimina la presunción según la cual toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, en tanto contraría uno de los elementos del daño, esto es la certeza. De manera que el lucro cesante solo se reconocerá cuando obren pruebas suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

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

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

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Expediente 2000-01141. Junio 24 de 2008. Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201

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 fuera del texto original).

En virtud de lo expuesto, resulta imprescindible reiterar que el lucro cesante, como modalidad del perjuicio material, no puede ser reconocido de manera automática ni sustentarse en conjeturas o meras presunciones. La jurisprudencia nacional ha sido enfática en señalar que su reconocimiento está condicionado al cumplimiento de presupuestos estrictos, entre los cuales destaca la necesidad de acreditar con prueba cierta y suficiente tanto su existencia como su cuantía. En este sentido, no basta con una alegación genérica sobre una eventual pérdida de ingresos; se exige la demostración clara, objetiva y concreta de que, con ocasión del hecho dañoso, se dejó de percibir un ingreso real, constante y comprobable, vinculado a una actividad económica lícita y consolidada.

Este estándar de prueba encuentra sustento en el principio de la reparación integral, que no solo impone la obligación de reparar el daño efectivamente causado, sino que también protege al demandado frente a reclamaciones infundadas o carentes de respaldo probatorio. En consecuencia, cualquier intento de obtener indemnización por este concepto debe estar soportado en elementos probatorios idóneos y suficientes que permitan al juez establecer, sin lugar a dudas, la afectación patrimonial real sufrida por quien reclama.

Sin perjuicio de lo anterior, carece de lógica y fundamento jurídico la pretensión de indemnización por lucro cesante invocada por el demandante con ocasión de la supuesta incapacidad médica, por cuanto resulta improcedente y contraria al marco normativo vigente en materia de seguridad social. Tal como lo ha señalado el Ministerio de Justicia en su publicación oficial del 14 de julio de 2019, las incapacidades de origen común —es decir, aquellas derivadas de enfermedades o accidentes no relacionados con el trabajo— cuentan con un régimen legal específico de cobertura económica, el cual establece:

“Los primeros dos días los debe pagar directamente la empresa. A partir del tercer día, las incapacidades están a cargo de la EPS y serán del 66.66% del salario hasta los 90 días de incapacidad. Después de los 90 días serán del 50% del salario. A partir de los 180 días las debe pagar el fondo de pensiones y entonces se entra a valorar la posibilidad de rehabilitación del trabajador o la procedencia de la pensión por invalidez.”

¹⁴ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia No. 44572-2019. Julio 18 de 2019.

En consecuencia, pretender una reparación adicional por concepto de lucro cesante, cuando ya existe un esquema legal específico de compensación económica para dichas situaciones, resulta no solo infundado, sino también contrario al principio de reparación integral, en tanto conduciría a una **dobles compensación** por el mismo hecho. El sistema de seguridad social fue diseñado precisamente para cubrir contingencias como la incapacidad médica, mediante pagos proporcionales y graduales, lo que excluye cualquier reconocimiento adicional si no se demuestra, de manera cierta, real y comprobable, una pérdida patrimonial adicional no cubierta por dicho sistema —lo cual no ocurre en el presente caso—.

En suma, la pretensión de reconocimiento de lucro cesante planteada por el demandante carece de sustento fáctico y jurídico, toda vez que no se acreditó con prueba cierta la existencia del perjuicio ni su cuantía, conforme lo exige la jurisprudencia reiterada de nuestras altas cortes. Además, la supuesta incapacidad médica que fundamenta dicha reclamación corresponde a un evento de origen común que corresponde únicamente a la evolución de las patologías que ya lo aquejaban incluso cuando llegó de urgencias a la Clínica Versailles, cuya cobertura económica ya está prevista y garantizada por el sistema de seguridad social, mediante un esquema normativo específico que contempla pagos proporcionales por parte de la EPS y, eventualmente, del fondo de pensiones.

10. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO EMERGENTE – FALTA DE PRUEBA.

El daño emergente ha sido desarrollado jurisprudencialmente como la tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos. Sin embargo, ha establecido ampliamente que para la procedencia del reconocimiento de estos resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso, carga que le asiste al reclamante de los perjuicios. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor que presuntamente constituyen las erogaciones que habrían tenido que asumir en la cirugía para resección del quiste ovárico.

Es claro que la parte Demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria de demostrar los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. A efectos de entender la tipología de dichos perjuicios, vale la pena recordar lo indicado por la honorable Corte Suprema de Justicia con respecto a la definición del daño emergente en los siguientes términos:

“De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad.

Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio

del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento.”¹⁵

De manera que no se debe perder de vista que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte Demandante. En este sentido, si dicha parte no cumple con su carga, y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto. 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.”¹⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte Demandante manifiesta que gastó el total de \$920.000 por concepto de transporte y viáticos, en donde en 2 consultas se gastó \$120.000 c/u en transportes y en otras 4 \$170.000 c/u. No obstante, se aclara que no obra en el expediente prueba alguna que acredite dicha circunstancia, pues si bien se allegan unos recibos de caja menor, en los mismos no se detallan los trayectos realizados ni el punto de destino, por lo que **no se demuestra que dicho transporte haya tenido como propósito el traslado a la mencionada clínica**. En todo caso, dicho documento deberá ser objeto de ratificación por parte de quien lo emitió, conforme a lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso.

En todo caso, los valores pretendidos por el demandante por concepto de transporte resultan evidentemente desproporcionados, especialmente si se tiene en cuenta que existen múltiples alternativas de movilización entre Santander de Quilichao y Cali a costos mucho más razonables. Por ejemplo, el servicio de taxi en Cali se encuentra regulado por el Decreto 0717 de 2023, el cual establece un valor por unidad (cada 80 metros) de \$128. Teniendo en cuenta que la distancia aproximada entre Santander de Quilichao y Cali, transitando por las vías Santander de Quilichao - Villa Rica y Cali - Puerto Tejada, es de aproximadamente 57.8 kilómetros (57,800 metros), el costo estimado de un trayecto en taxi sería el siguiente:

$$\frac{57.800 \text{ m}}{80 \text{ m / unidad}} = 722.5 \text{ unidades} \times \$128 = \$92.480$$

¹⁵ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SG20448-2017

¹⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. MP. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 VSL

Adicionalmente, al realizar una simulación en la aplicación Uber para el trayecto Santander de Quilichao directamente a la Clínica Versalles, en Cali, se obtiene un valor aproximado de **\$94.000**, lo cual es muy inferior al monto pretendido por el demandante.



Más aún, si se considera el uso del transporte intermunicipal colectivo, como buses, los precios oscilan entre **\$10.000 y \$20.000 por trayecto**, lo que demuestra que existen opciones aún más económicas y eficientes, utilizadas comúnmente por los habitantes de la región.

Como se evidencia, no existe fundamento probatorio que permita establecer el origen o justificación de las sumas desproporcionadas reclamadas por el demandante. De hecho, aun considerando medios de transporte más costosos, como el servicio de Taxi o Uber, el costo máximo estimado por trayecto entre Santander de Quilichao y la Clínica Versalles en Cali asciende a aproximadamente \$94.000, valor muy inferior a los montos pretendidos por el actor.

En virtud de lo expuesto, resulta evidente que no se encuentra acreditado dentro del expediente el perjuicio material en la modalidad de daño emergente invocado por la parte demandante. No solo se incumple con la carga probatoria que le asiste conforme al artículo 167 del Código General del Proceso, sino que además los documentos allegados no cumplen con los requisitos de idoneidad y suficiencia exigidos por la jurisprudencia para sustentar una indemnización por este concepto. En efecto, los valores reclamados carecen de respaldo probatorio cierto y verificable, e incluso, resultan abiertamente desproporcionados frente a los costos reales y razonables del transporte en la región, como se ha demostrado. Aunado a ello, los recibos aportados carecen de información esencial que permita establecer su relación directa y necesaria con la supuesta atención médica recibida, y no han sido objeto de ratificación conforme lo exige el artículo 262 del C.G.P. Por lo tanto, siendo que no se han demostrado los elementos constitutivos del daño emergente ni su nexos causal con los hechos materia del proceso, y atendiendo a la reiterada posición de la Corte Suprema de Justicia en cuanto a la necesidad de que los perjuicios sean ciertos, concretos y

debidamente probados, se impone la improcedencia de cualquier condena por este concepto. En consecuencia, debe prosperar la excepción propuesta.

11. TASACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS MORALES PRETENDIDOS POR LOS DEMANDANTES

Por medio de la presente excepción se pretende demostrar al Honorable Despacho que el extremo procesal activo no acredita, argumenta, explica ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de las sumas de dinero pretendidas bajo el concepto de daño moral por una cuantía de 200 SMLMV para la víctima directa, 100 SMLMV para la supuesta compañera permanente y 100 SMLMV para la hermana de la víctima. Lo anterior, pues únicamente se limita a solicitar un monto a favor de la parte demandante sin que se argumente y/o sustente lo allí pretendido. Además, esa suma se aparta distantemente de las sumas indemnizatorias que la Corte Suprema de Justicia ha reconocido incluso para eventos de mayor gravedad como daño psicomotor permanente por parálisis cerebral, a causa de la “negligencia” y “falta de diligencia y cuidado” en la prestación de los servicios médicos, en los cuales el límite indemnizatorio es de \$40.000.000 (SC3943-2020, 19/10/2020).

Resulta pertinente recordar que, con relación a la ponderación de los daños morales que pretende la parte actora, si bien la misma se encuentra deferida al recto criterio del fallador, estas deben ser debidamente acreditadas, demostradas y tasadas por quien las pretende, teniendo en cuenta además que, este tipo de perjuicios “se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e inconmensurables”¹⁷. Sobre este tipo de perjuicio, la Corte ha reseñado que se encuentra encaminado a “reparar la congoja, impacto directo en el estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares”¹⁸, con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa. Sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia¹⁹.

Inicialmente, se debe advertir al despacho que existe una desmesurada solicitud de perjuicios morales por 200 SMLMV para la víctima directa, 100 SMLMV para la supuesta compañera permanente y 100 SMLMV para la hermana de la víctima, lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia.

En efecto, con el fin de otorgar una guía u orientación frente a la tasación del perjuicio moral, la Corte Suprema de Justicia en su jurisprudencia ha reconocido lo siguiente:

¹⁷ Sentencia de casación civil del 13 de mayo de 2008, Exp.1997-09327-01.

¹⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004-032 (M.P. de los señores magistrados Villabona) **VSL**

¹⁹ Ídem.

“Tasación del daño moral a víctima directa (menor de edad) y cada uno de sus padres, en cuarenta millones de pesos (\$40.000.000) para cada uno, como consecuencia del daño psicomotor permanente por parálisis cerebral, padecido por su menor hija a causa de la “negligencia” y “falta de diligencia y cuidado” en la prestación de los primeros servicios a recién nacido. Responsabilidad solidaria y contractual de EPS e IPS. (SC3943-2020, 19/10/2020)”.

Por lo antes expuesto es claro que la pretensión de reconocimiento de perjuicios morales en cabeza de la parte demandante se encuentra totalmente alejada de los criterios normativos y jurisprudenciales que se han sostenido durante años. Lo anterior, al no encontrarse acreditado, en primer lugar, la responsabilidad en cabeza de los demandados y, en segundo lugar, de forma clara y fehaciente los valores pretendidos, ya que sólo se estipulan unos rubros sin indicación de su procedencia. La doctrina ha establecido, en relación a la naturaleza demostrable de los perjuicios morales, lo siguiente:

*“(…) Los perjuicios morales subjetivados, igual que los materiales, deben aparecer demostrados procesalmente. Si bien su cuantificación económica es imposible, dada la naturaleza misma del daño, **lo cierto es que su intensidad es perfectamente demostrable**. La medicina y la psiquiatría contemporáneas pueden dictaminar casi con exactitud el grado y duración del dolor físico y psíquico (...)”²⁰. (Negritas fuera del texto original).*

No obstante, en el caso sub judice la parte demandante, desatendiendo los criterios jurisprudenciales, solicita que se le realice el pago de 200 SMLMV para la víctima directa, 100 SMLMV para la supuesta compañera permanente y 100 SMLMV para la hermana de la víctima por concepto de daño moral, monto que supera ostensiblemente el valor reconocido por la Corte en casos similares, sin desconocer que, en todo caso, el reconocimiento de los valores máximos reconocidos en la jurisprudencia en casos más graves resulta a todas luces inviable pues el presente caso no se fundamenta en el fallecimiento de la víctima ni en su invalidez.

Por lo anteriormente mencionado, en este caso específico, conforme a las pruebas obrantes en el expediente, así como los pronunciamientos y manifestaciones realizadas por los sujetos intervinientes en cada uno de sus escritos, no pueden ni deben ser indemnizados por mi representada, ya que su presunta causación no se encuentra debidamente probada en ninguna de las modalidades por perjuicio extrapatrimonial, además de que, resultan abiertamente indebida e injustificada la desmesurada solicitud de perjuicios morales a la luz de los presupuestos configurativos que permiten estructurar el origen de este tipo de perjuicios.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

12. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN AL EXTREMO ACTOR.

²⁰ Tamayo, Javier. Tratado de Responsabilidad Civil. Tomo II. Prueba de los Perjuicios Morales Subjetivados. Pág. 508.

El extremo actor pretende que se condene al extremo pasivo de la litis al pago de los perjuicios extrapatrimoniales en la modalidad daño a la vida en relación. Sin embargo, es menester resaltar que es jurídicamente improcedente condenar a los demandados al pago de suma alguna a título de daño a la vida de relación, toda vez que este concepto no tiene ninguna viabilidad jurídica. Lo anterior, por cuanto el daño a la vida en relación es una tipología de perjuicios que ha sido desarrollada jurisprudencialmente en favor de la víctima directa del daño, en tanto que su naturaleza es justamente indemnizar a la víctima directa por los daños sufridos, de modo que es improcedente dicho reconocimiento a cualquier otro reclamante distinto de la víctima directa del daño como pretende la parte actora, y en todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la petición elevada por los demandantes resulta exorbitante y supera los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

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.

Al respecto, ha delimitado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que:

*“(…) Este tipo de agravio [refiriéndose al daño a la vida de relación] tiene su expresión en la esfera externa del comportamiento del individuo, situación que también lo diferencia del perjuicio moral propiamente dicho” y, además, en las situaciones de la vida práctica o en el desenvolvimiento que el afectado tiene en el entorno personal, familiar o social se manifiesta **en impedimentos, exigencias, dificultades, privaciones, vicisitudes, inmutaciones o alteraciones, temporales o definitivas, de mayor o menor grado, que él debe soportar o padecer,** las cuales, en todo caso, no poseen un significado o contenido monetario, productivo o económico (…)” SC665-2019 MP Octavio Tejeiro Duque.*

En otro pronunciamiento la Corte también ha precisado como el daño a la vida de relación no es el mismo dolor o congoja (daño moral) que padece la víctima sino esas dificultades o privaciones a las que se ve expuesta de manera injustificada después del agravio sufrido, veamos:

“(…) a diferencia del daño moral, que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo, el daño a la vida de relación constituye una afectación a la esfera exterior de la persona, que puede verse alterada, en mayor o menor grado, a causa de una lesión infligida a los bienes de la personalidad o a otro tipo de intereses jurídicos, en desmedro de lo que la Corte en su momento denominó ‘actividad social no patrimonial’.

*Dicho con otras palabras, esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la **disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o***

habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, como quiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, al paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro la víctima encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar (...)²¹ (énfasis añadido)

Por lo anterior se puede afirmar que el daño a la vida de relación guarda estrecha relación con la afectación que sufrirá la víctima en su desarrollo social y cotidiano, la existencia de barreras para el goce de sus actividades placenteras. Sin embargo, esta tipología de perjuicio no se presume, sino que le compete a quien lo reclama demostrar las circunstancias que soportan su pretensión. Nótese como en otros pronunciamientos la Corte Suprema se refirió a la necesidad de la prueba del daño a la vida de relación, en los siguientes términos:

“(...) Como todos los perjuicios[refiriéndose al daño a la vida de relación], dado que el resarcible es aquel de carácter cierto, recae sobre quien demanda su reparación la carga de demostrar la estructuración de esta tipología (...).”²²

*“(...) De las pruebas reseñadas tampoco se desprende que el homicidio haya ocasionado **una afectación al plan de vida** de sus hermanos, como para tener por probada la causación de un daño a la vida en relación que deba ser indemnizado, entendido éste como «una **modificación sustancial en las relaciones sociales y desenvolvimiento de la víctima en comunidad, comprometiendo su desarrollo personal, profesional o familiar,** como ocurre con quien sufre una lesión invalidante a consecuencia de la cual debe privarse de ciertas actividades lúdicas o deportivas (...).”²³.*

De las decisiones antes reseñadas se pueden enfatizar que: (i) el daño a la vida de relación debe encontrarse debidamente probado, en ninguna manera puede presumirse, y; (ii) a partir de las pruebas debe quedar demostrado que, con el hecho dañoso, el reclamante se ha visto sometido a mayores cargas, dificultades o privaciones, de lo contrario no se cumplen los supuestos para su resarcimiento. En este aspecto, vale resaltar que no se ha probado la causación del daño a la vida de relación pues solo existe un relato del extremo actor a través de los hechos de la demanda, pero no existe otro tipo de pruebas que tiendan a demostrar con certeza que en efecto el desarrollo de los demandantes se ha visto afectado y mucho menos su proyecto y desarrollo de vida. Así como tampoco se ha demostrado verse privada de

²¹ CSJ, SC del 13 de mayo de 2008, Rad. n.º 1997-09327-01 reiterada en sentencia SC16690-2016, MP, Alvaro Fernando García Restrepo.

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación civil, Sentencia SC665-2019, Rad. 0500131030162009-00005-01, MP, Octavio Augusto Tejeiro Duque.

²³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN PENAL, M.P. EUGENIO FERNÁNDEZ ESPALDIER, Sentencia SP12969-2015, Radicación N° 44595, reitera sentencia CSJ SP, 17 abr. 2013, rad. 40.559.

actividades placenteras y mucho menos encontrarse sometida a cargas o alteraciones que trastorquen el curso normal de su vida.

Por otro lado, debe indicarse que la Corte Suprema de Justicia ha indicado que el daño a la vida en relación sólo se le debe reconocer a la víctima directa. En otras palabras, el daño a la vida en relación sólo se debe reconocer a quien sufrió una alteración física o psíquica por el presunto daño, esto es, a la víctima directa. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia precisó:

“b) *Daño a la vida de relación:*

Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales”.²¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).²⁴

De lo anterior se colige que la etiología de dicho perjuicio está estructurada para ser declarado únicamente en cabeza de la víctima directa. De modo que, cualquier otra reclamación en cabeza de persona distinta de la víctima directa del daño está llamada a fracasar. Así las cosas, es improcedente cualquier tipo de reconocimiento por esta tipología de perjuicios a los demandantes pues está claro que no puede pagarse suma alguna a ningún otro reclamante diferente a la víctima directa por este concepto, puesto que ello implicaría transgredir la naturaleza misma del perjuicio.

Ante este panorama, es evidente que se realiza en la demanda, respecto del reconocimiento del daño a la vida en relación a favor de las aquí demandantes, pues se solicita por personas que no tienen legitimidad alguna para reclamar la indemnización del referido perjuicio.

Sin perjuicio de lo anterior, la afectación constante a la salud a la que hace alusión la parte actora obedece a las patologías preexistentes que ya presentaba el demandante antes de acudir a los servicios médicos, entre ellas, una falla renal crónica con urgencia dialítica. En consecuencia, no puede atribuirse a las conductas de la EPS o de la IPS la progresión natural de un cuadro clínico que, desde su inicio, revestía una alta complejidad y requería un manejo especializado.

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento del daño a la vida de relación a los demandantes que no tienen calidad de víctimas directas. En efecto, conforme a la sentencia SC9193-2017 de la Corte Suprema de Justicia, dicho perjuicio resulta procedente **únicamente en favor de la víctima directa**²⁵. Así mismo, también pasó por alto aplicar la sentencia SC 562-2020 de la CSJ, en donde se sostuvo la misma postura, esto es, el daño a la vida de relación sólo se le reconoce a la víctima directa del daño en caso de lesiones personales.

Sobre este particular, resulta fundamental que el señor Juez tenga en cuenta los siguientes extractos jurisprudenciales, que indiscutiblemente muestran el error del extremo accionante:

- **Sentencia SC9193-2017**²⁶:

²⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC5340-2018 de 7 de diciembre de 2018. Magistrado Ponente: Arnoldo Wilson Quiroz Monsalvo.

²⁵ “b) *Daño a la vida de relación:* **Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo** (...)” Edificio 94^º

²⁶ Sentencia SC9193-2017, Rad. 11001-31-03-039-2011-00108-01, 28 de junio de 2017, M.P. Ariel Salazar Rentería. Edificio 94^º, Of. 212, Centro Empresarial Chipichape, +57 315 577 6200 - 602-6594075

b) Daño a la vida de relación:

Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales.

• **SC 562-2020²⁷:****b) Daño a la salud, a las condiciones de existencia o a la vida en relación.**

Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la integridad psicofísica como medida simbólica o de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida en condiciones normales.

De las anteriores sentencias de la Corte Suprema emerge con claridad como el daño a la vida de relación no puede ser reconocido a personas distintas a la víctima directa del daño, situación que en el caso de marras se desconoce al solicitar el reconocimiento de este perjuicio a favor de los familiares del paciente, situación que obsta para que se reconozca rubros a los hoy demandantes bajo esta tipología de perjuicio.

Resulta entonces ilógica la pretensión de este perjuicio a favor de la supuesta compañera permanente y de la hermana de la víctima, cuando es claro que el **daño a la vida en relación es una figura jurídica reservada exclusivamente para la víctima directa** del hecho, y no para terceros, quienes eventualmente podrían reclamar otros tipos de perjuicio, como el moral, siempre que lo acrediten debidamente.

En todo caso, carece de todo sentido jurídico la solicitud de indemnización por concepto de daño a la vida en relación, en tanto **no obra en el expediente dictamen de pérdida de capacidad laboral que acredite afectación funcional o física alguna del señor Prieto**. Aunado a ello, el demandante no demostró de manera alguna cómo los hechos habrían afectado sus condiciones normales de existencia, lo que hace improcedente el reconocimiento de esta tipología de perjuicio, que exige una alteración significativa y demostrable del proyecto de vida.

Es por ello que, se advierte que el extremo actor realizó una solicitud indemnizatoria que en realidad es improcedente, por cuanto que el daño a la vida de relación se deprecia de la existencia de lesiones debidamente acreditadas, y de otro lado, en todo caso, el reconocimiento que invoca es superior para los casos de lesiones más graves. De manera que se evidencia una desmesurada solicitud de perjuicios por concepto de daño a la vida en relación para los demandantes. Claramente, es evidente el ánimo especulativo de la errónea tasación del daño a la vida en relación, en tanto la misma resulta exorbitante. Lo anterior, comoquiera que se derivan de una estimación excesiva de los supuestos daños a la vida de relación que pretende y lejos de los criterios jurisprudenciales fijados por la H. Corte Suprema de Justicia.

²⁷ Sentencia SC 562-2020, Rad. 73001-31-03-004-2012-00279-01, 27 de febrero de 2020, M. P. Ariel Salazar Ramírez.

Finalmente, ruego al Despacho tener en consideración que el extremo actor no allegó al acervo probatorio los medios pertinentes, conducentes y útiles que permitan determinar la gravedad de la afectación supuestamente padecida por los aquí demandantes y su incidencia en la respectiva cotidianidad y/o esfera externa de los demandantes. En todo caso, esta tipología de perjuicios sólo es procedente respecto a la víctima directa.

Solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

13. GENÉRICA O INNOMINADA

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

CAPÍTULO II

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EPS SANITAS

S.A.S

VI. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO “PRIMERO”: Es cierto que el señor VICTOR ANDREI PRIETO y otros a través de apoderado judicial radicó demanda de responsabilidad civil médica en contra de EPS SANITAS S.A.S y otro. Sin embargo, es preciso que el Despacho tenga a consideración que no se configura responsabilidad alguna atribuible a EPS Sanitas S.A.S., toda vez que dicha entidad cumplió cabal y oportunamente con todas las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad promotora de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En efecto, está plenamente acreditado en el expediente que la EPS garantizó un acceso efectivo y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo, mediante la emisión oportuna de múltiples autorizaciones que permitieron su atención médica sin dilaciones ni obstáculos administrativos. Específicamente, se encuentra demostrado que desde el 7 de marzo de 2017 la EPS autorizó el procedimiento de “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”, lo que evidencia de manera concluyente que no existió omisión alguna por parte de la entidad aseguradora. Adicionalmente, el señor Prieto Castillo recibió una atención médica integral, continua e interdisciplinaria, que involucró las especialidades de urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo, lo cual refuerza aún más la ausencia de falla en la gestión de la EPS. Así, no puede imputarse responsabilidad alguna a Sanitas S.A.S., puesto que cumplió con el deber de asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a los servicios médicos necesarios para la atención del usuario, dentro del marco de sus competencias como entidad aseguradora y no prestadora directa del servicio de salud.

FRENTE AL HECHO “SEGUNDO”: Es cierto que el radicado del presente proceso es **760013103005-2024-00379-00**.

FRENTE AL HECHO “TERCERO”: Es cierto. Sin embargo, es preciso que el Despacho tenga a consideración que no se configura responsabilidad alguna atribuible a EPS Sanitas S.A.S., toda vez que dicha entidad cumplió cabal y oportunamente con todas las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad promotora de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En efecto, está plenamente acreditado en el expediente que la EPS garantizó un acceso efectivo y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo, mediante la emisión oportuna de múltiples autorizaciones que permitieron su atención médica sin dilaciones ni obstáculos administrativos. Específicamente, se encuentra demostrado que desde el 7 de marzo de 2017 la EPS autorizó el procedimiento de “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”, lo que evidencia de manera concluyente que no existió omisión alguna por parte de la entidad aseguradora.

Adicionalmente, el señor Prieto Castillo recibió una atención médica integral, continua e interdisciplinaria, que involucró las especialidades de urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo, lo cual refuerza aún más la ausencia de falla en la gestión de la EPS. Así, no puede imputarse responsabilidad alguna a Sanitas S.A.S., puesto que cumplió con el deber de asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a los servicios médicos necesarios para la atención del usuario, dentro del marco de sus competencias como entidad aseguradora y no prestadora directa del servicio de salud.

FRENTE AL HECHO “CUARTO”: Es cierto. Sin embargo, si bien mi representada sí expidió el contrato de seguro documentado en la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705, resulta necesario advertir desde ya que dicho contrato se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, con un periodo de retroactividad pactado desde el 1 de julio de 2006. Lo anterior implica que la póliza sólo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado y (ii) que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así, además, quedó expresamente consignado en la póliza:

Condiciones
Modalidad de cobertura
Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas | Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria
La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Así las cosas, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA195705 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 27 de septiembre del 2021 al 27 de septiembre del 2022. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos ocurrieron a partir del 27 de febrero del 2017, es decir, dentro del periodo de retroactividad, la primera reclamación al asegurado se hizo con la solicitud de conciliación extrajudicial del 13 de junio de 2022, es decir, por fuera el periodo de vigencia de las demás vigencias relacionadas.

Además, se debe tener en cuenta que la póliza no puede hacerse efectiva, toda vez que NO se configuran los elementos de la responsabilidad, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado y ni siquiera de Clínica Versailles, razón por la cual a mi representada no le asiste ninguna obligación de pago. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S. y comoquiera que tanto esta entidad como la IPS demandada fueron totalmente diligentes, de acuerdo con la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

FRENTE AL HECHO “QUINTO”: Es cierto conforme se evidencia en las pruebas documentales obrantes en el plenario.

FRENTE AL HECHO “SEXTO”: Es cierto que en la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, la tomadora es COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. y como asegurado EPS Sanitas S.A.S. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la póliza no puede hacerse efectiva, toda vez que NO se configuran los elementos de la responsabilidad, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado y ni siquiera de EPS SANITAS S.A.S razón por la cual a mi representada no le asiste ninguna obligación de pago. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de E.P.S. SANITAS S.A.S. y comoquiera que esta entidad fue totalmente diligente, de acuerdo con la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

FRENTE AL HECHO “SEPTIMO”: No es cierto que EPS Sanitas tenga derecho a las coberturas o amparos establecidos en el contrato de seguro, pues la Póliza No. AA195705 no opera automáticamente, toda vez que según lo dispone el artículo 1077 del Código de Comercio, y conforme lo ha indicado reiteradamente la Corte Suprema de Justicia, para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora -derivada del contrato de seguro-, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato. Dicho lo anterior, en el presente caso al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de los demandados, ya que no se demostró mediante prueba siquiera sumaria la responsabilidad medica por parte de mi asegurada, máxime cuando ésta cumplió cabal y oportunamente con todas las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad promotora de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En efecto, está plenamente acreditado en el expediente que la EPS garantizó un acceso efectivo y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo, mediante la emisión oportuna de múltiples autorizaciones que permitieron su atención médica sin dilaciones ni obstáculos administrativos.

Específicamente, se encuentra demostrado que desde el 7 de marzo de 2017 la EPS autorizó el procedimiento de “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”, lo que evidencia de manera concluyente que no existió omisión alguna por parte de la entidad aseguradora. Adicionalmente, el señor Prieto Castillo recibió una atención médica integral, continua e interdisciplinaria, que involucró las especialidades de urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo, lo cual refuerza aún más la ausencia de falla en la gestión de la EPS. Así, no puede imputarse responsabilidad alguna a Sanitas S.A.S., puesto que cumplió con el deber de asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a los servicios médicos necesarios para la atención del usuario, dentro del marco de sus competencias como entidad aseguradora y no prestadora directa del servicio de salud. En todo caso, se

configuró el “Hecho exclusivo de la víctima”, como causal eximente de responsabilidad, y ello implica que no se realizó el riesgo asegurado, y por ende, no se cumplió la condición que es esencial para que surja la obligación contractual de resarcir a cargo de la aseguradora.

Además, no es cierto que SANITAS tenga derecho a las coberturas o amparos de la póliza en mención, por cuanto la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita

FRENTE AL HECHO “OCTAVO”: No es cierto, pues la Póliza No. AA195705 no opera automáticamente, toda vez que según lo dispone el artículo 1077 del Código de Comercio, y conforme lo ha indicado reiteradamente la Corte Suprema de Justicia, para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora -derivada del contrato de seguro-, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato. Dicho lo anterior, en el presente caso al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de los demandados, ya que no se demostró mediante prueba siquiera sumaria la responsabilidad médica por parte de mi asegurada, máxime cuando ésta cumplió cabal y oportunamente con todas las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad promotora de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En efecto, está plenamente acreditado en el expediente que la EPS garantizó un acceso efectivo y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo, mediante la emisión oportuna de múltiples autorizaciones que permitieron su atención médica sin dilaciones ni obstáculos administrativos.

Específicamente, se encuentra demostrado que desde el 7 de marzo de 2017 la EPS autorizó el procedimiento de “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”, lo que evidencia de manera concluyente que no existió omisión alguna por parte de la entidad aseguradora. Adicionalmente, el señor Prieto Castillo recibió una atención médica integral, continua e interdisciplinaria, que involucró las especialidades de urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo, lo cual refuerza aún más la ausencia de falla en la gestión de la EPS. Así, no puede imputarse responsabilidad alguna a Sanitas S.A.S., puesto que cumplió con el deber de asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a los servicios médicos necesarios para la atención del usuario, dentro del marco de sus competencias como entidad aseguradora y no prestadora directa del servicio de salud. En todo caso, se configuró el “Hecho exclusivo de la víctima”, como causal eximente de responsabilidad, y ello implica que no se realizó el riesgo asegurado, y por ende, no se cumplió la condición que es esencial para que surja la obligación contractual de resarcir a cargo de la aseguradora.

FRENTE AL HECHO “NOVENO”: Debe señalarse que lo expuesto no constituye propiamente un “hecho” en los términos procesales, sino la transcripción literal de una norma jurídica, sin referencia alguna a una situación concreta, fáctica o controvertida. Por tanto, carece de naturaleza fáctica y no amerita pronunciamiento en sede de contestación.

VII. PRONUNCIACIÓN 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 Generales O.C. en el caso concreto. Lo anterior, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “4.1”: Respecto a esta numeral, es de indicar que no se trata propiamente de una pretensión frente al cual se pueda manifestar alguna posición, sino que por el contrario la compañía aseguradora La Equidad Seguros Generales O.C., en ningún momento ha desconocido la existencia del contrato de seguro. Pese a ello, ninguna responsabilidad se está aceptando y en todo caso, el Despacho debe tener presente las condiciones sobre las cuales fue pacto tal vínculo contractual, ya que, la mera existencia del contrato, no obliga a mi procurada a generar indemnizaciones por los hechos objeto del reproche, sin que se acredite el riesgo amparado en el contrato de seguro, la cuantía y la no configuración de excepciones que impidan la afectación del mismo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “4.2”: ME OPONGO, por cuanto la Póliza No. AA195705 no opera automáticamente, toda vez que según lo dispone el artículo 1077 del Código de Comercio, y conforme lo ha indicado reiteradamente la Corte Suprema de Justicia, para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora -derivada del contrato de seguro-, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato. Dicho lo anterior, en el presente caso al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de los demandados, ya que no se demostró mediante prueba siquiera sumaria la responsabilidad médica por parte de mi asegurada, máxime cuando ésta cumplió cabal y oportunamente con todas las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad promotora de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En efecto, está plenamente acreditado en el expediente que la EPS garantizó un acceso efectivo y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo, mediante la emisión oportuna de múltiples autorizaciones que permitieron su atención médica sin dilaciones ni obstáculos administrativos. Específicamente, se encuentra demostrado que desde el 7 de marzo de 2017 la EPS autorizó el procedimiento de “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”, lo que evidencia de manera concluyente que no existió omisión alguna por parte de la entidad aseguradora. Adicionalmente, el señor Prieto Castillo recibió una atención médica integral, continua e interdisciplinaria, que involucró las especialidades de urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo, lo cual refuerza aún más la ausencia de falla en la gestión de la EPS.

Así, no puede imputarse responsabilidad alguna a Sanitas S.A.S., puesto que cumplió con el deber de asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a los servicios médicos necesarios para la atención del usuario, dentro del marco de sus competencias como entidad aseguradora y no prestadora directa del servicio de salud. En todo caso, se configuró el “Hecho exclusivo de la víctima”, como causal eximente de responsabilidad, y ello implica que no se realizó el riesgo asegurado, y por ende, no se cumplió la condición que es esencial para que surja la obligación contractual de resarcir a cargo de la aseguradora.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “4.3”: ME OPONGO, por cuanto la Póliza No. AA195705 no opera automáticamente, toda vez que según lo dispone el artículo 1077 del Código de Comercio, y conforme lo ha indicado reiteradamente la Corte Suprema de Justicia, para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora -derivada del contrato de seguro-, es requisito sine qua non la

realización del riesgo asegurado, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato. Dicho lo anterior, en el presente caso al no existir ningún tipo de obligación en cabeza de los demandados, ya que no se demostró mediante prueba siquiera sumaria la responsabilidad médica por parte de mi asegurada, máxime cuando ésta cumplió cabal y oportunamente con todas las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad promotora de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En efecto, está plenamente acreditado en el expediente que la EPS garantizó un acceso efectivo y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo, mediante la emisión oportuna de múltiples autorizaciones que permitieron su atención médica sin dilaciones ni obstáculos administrativos. Específicamente, se encuentra demostrado que desde el 7 de marzo de 2017 la EPS autorizó el procedimiento de “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”, lo que evidencia de manera concluyente que no existió omisión alguna por parte de la entidad aseguradora.

Adicionalmente, el señor Prieto Castillo recibió una atención médica integral, continua e interdisciplinaria, que involucró las especialidades de urología, radiología, ortopedia y traumatología, medicina crítica y cuidado intensivo, lo cual refuerza aún más la ausencia de falla en la gestión de la EPS. Así, no puede imputarse responsabilidad alguna a Sanitas S.A.S., puesto que cumplió con el deber de asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a los servicios médicos necesarios para la atención del usuario, dentro del marco de sus competencias como entidad aseguradora y no prestadora directa del servicio de salud. En todo caso, se configuró el “Hecho exclusivo de la víctima”, como causal eximente de responsabilidad, y ello implica que no se realizó el riesgo asegurado, y por ende, no se cumplió la condición que es esencial para que surja la obligación contractual de resarcir a cargo de la aseguradora.

1. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EPS SANITAS S.A.S

2. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGUROS – APLICACIÓN AL ARTICULO 1081 Y 1131 DEL CODIGO DE COMERCIO.

El Despacho debe tener en consideración que, en este caso, operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, conforme a lo dispuesto en el artículo 1081 del Código de Comercio. Dicho artículo establece que las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en dos años, contados a partir del hecho que da lugar a la acción, en este sentido, y dado que la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, tiene como modalidad “claims made”, el presente caso tiene como reclamación realizada por la hoy parte accionante, ante el asegurado. En este caso, **la solicitud de conciliación extrajudicial constituye el primer acto de reclamación**, la cual data del 13 de junio de 2022, y misma fecha en la que EPS SANITAS reconoció mediante carta como hito desde el cual conoció de la reclamación extrajudicial. Por lo anterior, se tiene que a la fecha han transcurrido más de 2 años desde dicho acontecimiento, por lo que se configuraría el fenómeno prescriptivo.

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se

produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ORDINARIA será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción EXTRAORDINARIA será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro²⁸:

En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007²⁹

...comportan ‘una misma idea’³⁰, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’.”
En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro

²⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

²⁹ Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

³⁰ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad¹⁵, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.

De igual forma, Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.

(...)

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”

Cabe destacar que, conforme a reiterada jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, cuando se trata de seguros bajo la modalidad *claims made*, el momento relevante para el inicio del término de prescripción es el conocimiento o la notificación que recibe el **asegurado de la reclamación realizada en su contra**. En este caso, dicha fecha se identifica con la solicitud de conciliación extrajudicial, del 13 de junio del 2022. Por tanto, **la prescripción se computa desde esa fecha**, lo que permite concluir que el término bienal ya transcurrió con creces al momento de la presentación de la demanda.

Ahora bien, si bien el llamante manifiesta en carta de junio de 2024 que el 13 de junio de 2022 EPS Sanitas conoció del hecho que da base a la acción y que, mediante ese escrito, pretendió realizar una "solicitud de interrupción del término de prescripción (artículo 94 del Código General del Proceso)", lo cierto es que LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no comparte ni acepta los argumentos ni efectos pretendidos con dicha comunicación. Por ello, considera que no se cumplen los presupuestos legales para interrumpir el término de prescripción en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 94 del Código General del Proceso. Es oportuno citar el artículo 94 del CGP, que señala:

“El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez.”

En el contexto del contrato de seguro, **para que dicho requerimiento interrumpa la prescripción, debe cumplir con los elementos mínimos que lo configuran como verdadera reclamación**, esto es:

Que el reclamante ostente **la calidad de acreedor**;

b. Que se dirija al **obligado o deudor**, es decir, la aseguradora;

c. Que contenga un requerimiento claro del **objeto o prestación** (es decir, una suma exigida o prestación concreta); y

d. Que se evidencie el **vínculo jurídico**, esto es, **la ocurrencia del siniestro, su cobertura en el contrato y el monto exigido**.

En este caso, lo expresado en la comunicación de EPS Sanitas no satisface esos requisitos. Como ha señalado incluso el doctrinante citado por el propio llamante, **el aviso de siniestro no constituye per se un requerimiento de pago**, por cuanto **no implica la exigencia de una prestación concreta, sino simplemente la notificación o información de la ocurrencia de un hecho**.

Al momento no se ha demostrado existencia de siniestro alguno por cuanto este es la materialización del riesgo asegurado. Así, la cobertura principal de la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705 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 EPS Sanitas S.A.S. 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, y no hay prueba alguna que demuestre la supuesta omisión o negligencia. **Además, dicha comunicación no contiene una pretensión clara ni exigencia específica de pago o prestación determinada**, lo cual impide calificarla como un requerimiento idóneo para interrumpir el término prescriptivo, en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso. En tal sentido, no existe una reclamación válida en los términos de la ley que interrumpa el término prescriptivo, por lo que **la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita**.

En conclusión, del análisis normativo y jurisprudencial expuesto se concluye que, en el presente caso, operó el fenómeno de la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, conforme a lo dispuesto en el artículo 1081 del Código de Comercio. La póliza en cuestión, RC Profesional Clínicas AA195705, opera bajo la modalidad "claims made", lo que significa que el momento relevante para el inicio del término prescriptivo es aquel en el que el asegurado tiene conocimiento del hecho que da lugar a la reclamación. En este caso, la solicitud se hizo el 13 de junio de 2022, fecha en la cual EPS Sanitas S.A.S. conoció o debió conocer los motivos que dan lugar a la reclamación. Por lo anterior, se tiene que a la fecha han transcurrido más de 2 años desde dicho acontecimiento, por lo que se configuraría el fenómeno prescriptivo. En consecuencia, debe reconocerse la operancia de la prescripción ordinaria como causal de exoneración de responsabilidad para LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

3. 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 AA195705. ART 1072 CODIGO DE COMERCIO

Se plantea esta excepción con el fin de explicar que E.P.S. Sanitas S.A.S y CLÍNICA VERSALLES S.A.S, 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 EPS Sanitas S.A.S., 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, Víctor Andrei Prieto, 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 AA195705 suscrita tiene como objeto garantizar la cobertura de la responsabilidad civil atribuible a EPS Sanitas S.A.S., en caso de que, conforme a la ley, deban asumir perjuicios ocasionados a terceros como consecuencia de la prestación de servicios médicos. 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. Para el caso en concreto, el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde el momento en que el paciente 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.

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

“1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias 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 descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal”.

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 RC. Profesional Clínicas AA195705 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 EPS Sanitas S.A.S. 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. Para el caso en concreto, el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde el momento en que el paciente 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 efecto, obran en el expediente elementos probatorios que dan cuenta de que el 27 de febrero de 2017, **el mismo día en que el paciente asistió a la Clínica Versalles**, se le practicó el procedimiento especializado de **Nefroureterolitotomía flexible con láser Holmium**, lo cual demuestra la celeridad y eficacia tanto de las IPS que brindaron la atención como de la EPS al autorizar oportunamente el procedimiento requerido.

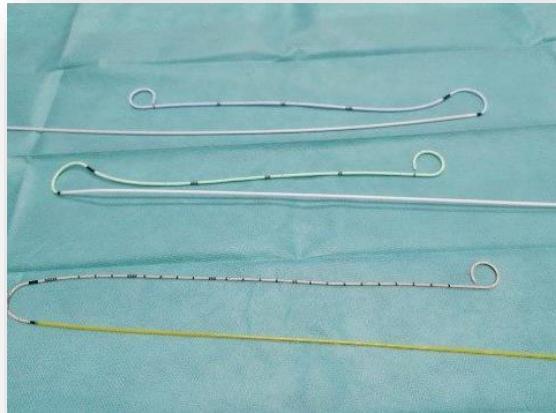
JESUS ENRIQUE MOSQUERA ANGULO - R.M. R.M. 76-3440/97 CC. 16761081 UROLOGIA			
27/02/2017 17:10			
420069 NEFROURETEROLITOTOMIA ENDOSCOPICA FLEXIBLE CON LASER HOLMIUM	No	No	Observaciones

Tal circunstancia refleja que, ante la valoración clínica inicial, el equipo médico actuó de manera oportuna y resolutive, **interviniendo quirúrgicamente sin demoras y conforme a los protocolos médicos vigentes**, lo cual demuestra un alto grado de compromiso con la preservación de la salud del paciente. Por tanto, lo que se evidencia es una atención inmediata, especializada y conforme a los más altos estándares de calidad médica, **en coordinación efectiva con la EPS**, lo que hace aún más improcedente cualquier intento de atribuir responsabilidad a las entidades demandadas. Ahora bien, no solo se evidencia una intervención quirúrgica inmediata el mismo día en que el paciente ingresó a la Clínica Versalles, sino que también quedó demostrado en la historia clínica que **se realizó un seguimiento médico postoperatorio riguroso y continuo durante más de una semana**, hasta el momento en que el paciente fue dado de alta el 06 de marzo de 2017.

Adicionalmente, en la constancia de autorizaciones se evidencia que, **desde el 07 de marzo de 2017, EPS Sanitas S.A.S. autorizó expresamente el procedimiento denominado “extracción de tubo de ureterostomía y de catéter unilateral SOD”**, lo que demuestra que cumplió de manera oportuna con su deber de autorizar los servicios requeridos por el paciente, descartando cualquier omisión imputable en este sentido. **No obstante, debe tenerse en cuenta que la decisión final sobre el momento clínicamente indicado para llevar a cabo dicho retiro recae exclusivamente en el equipo médico tratante, conforme a sus conocimientos, experiencia y evaluación del estado del paciente. Así, no puede imputarse a la EPS omisión alguna, pues cumplió oportunamente con sus deberes dentro del ámbito que le corresponde.**

Al respecto, se indica que, dejar un catéter doble J olvidado, como pretende insinuar el apoderado de la parte actora, carece de fundamento médico y lógico. La extracción de este tipo de dispositivo se realiza bajo visión directa mediante un procedimiento endoscópico conocido como cistoscopia, el cual permite al especialista en urología visualizar en tiempo real el interior de la vejiga y la uretra con gran precisión. En condiciones normales, si ambos catéteres se encuentran en su posición adecuada, resulta sumamente improbable que uno de ellos pase inadvertido para el especialista. El catéter doble J, aunque diseñado para atravesar estructuras estrechas del tracto urinario, no es un objeto microscópico ni invisible.

Su presencia es perfectamente identificable a nivel vesical, como puede evidenciarse en la imagen que se adjunta a continuación (Extraída de la página virtual de la Asociación Española de Urología). **Por lo tanto, si uno de los catéteres no fue retirado en ese momento, ello responde inequívocamente a una decisión médica basada en criterios clínicos, y no a un descuido u omisión.**



Así, en la publicación de Urosalud denominada “*Todo lo que debes saber sobre el catéter doble J*”, se advierte que el tiempo de permanencia del catéter “es variable. Su médico será quien le indique el tiempo necesario según el motivo por el que se lo haya colocado”. **Esta afirmación refuerza la idea de que la decisión de mantener el catéter en un solo lado del tracto urinario no es arbitraria, sino que responde a una valoración médica individualizada, sustentada en las condiciones clínicas específicas del paciente, la evolución del cuadro obstructivo y los hallazgos durante el seguimiento.**

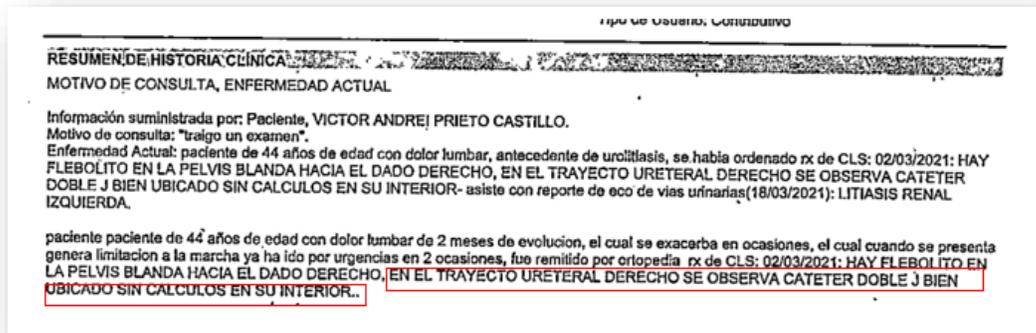
En múltiples ocasiones, la obstrucción de la vía urinaria se presenta de manera unilateral y persiste únicamente en uno de los lados. Por esta razón, con el objetivo de garantizar un drenaje adecuado y evitar complicaciones, se opta por mantener el catéter únicamente en el lado donde se ha identificado la obstrucción residual. Al respecto, un artículo publicado por National Library Of Medicine, denominado “Cateterismo Foley difícil”, expone:

“El cateterismo urinario es una intervención clínica común para asegurar un drenaje urinario adecuado cuando los pacientes no pueden orinar eficazmente (...)”.

Como se evidencia, en presencia de una obstrucción urinaria, el cateterismo constituye una técnica altamente eficaz y ampliamente utilizada en la práctica clínica para asegurar un drenaje urinario adecuado. Su implementación permite prevenir complicaciones derivadas de la retención urinaria, preservar la función renal y favorecer la recuperación del paciente, especialmente cuando la obstrucción persiste de forma unilateral. En consecuencia, resulta plenamente justificado desde el punto de vista médico que se tome la decisión de mantener el catéter en uno de los lados, en casos en que se identifique que la obstrucción persistía en dicho conducto.

Ahora, se evidencia en historia clínica del 06 de abril del 2021 se señala que “**EN EL TRAYECTO URETERAL DERECHO SE OBSERVA CATETER DOBLE J BIEN UBICADO SIN CALCULOS EN SU INTERIOR**”. Lo anterior permite concluir que el catéter no estaba generando obstrucción ni alteración funcional alguna, como erradamente se pretende hacer ver en la demanda. Muy por el contrario, su ubicación era adecuada y no se identificaron cálculos, lo que descarta la existencia de una complicación

atribuible al mismo y pone en entredicho la supuesta relación causal entre el catéter y el dolor lumbar que refiere el paciente.



A partir de todo lo anteriormente expuesto, resulta evidente que en el presente caso no se configura la responsabilidad civil médica, en tanto no se acreditan los elementos estructurales necesarios (la existencia de una falla, un daño y un nexo de causalidad entre ambos), lo cual impide endilgarle responsabilidad alguna a la parte demandada. Por el contrario, el acervo probatorio demuestra que la EPS cumplió cabalmente con sus obligaciones, garantizando el acceso oportuno, integral y continuo a los servicios de salud requeridos por el señor Víctor Andrei Prieto Castillo.

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 Sanitas S.A.S., no podrá bajo ninguna circunstancia afectarse la póliza identificada con el No. AA195705 y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

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

4. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS AA195705.

Dentro de las condiciones particulares de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional suscrita entre EPS SANITAS S.A.S 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 (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), 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 materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de hechos o condiciones que en caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza y por lo tanto delimitan el marco de aplicación del seguro. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“En efecto, no en vano los artículos 1056³¹ y 1120 del Código de Comercio, permiten al asegurador, con las restricciones legales, escoger los riesgos que a su arbitrio tenga a bien en amparar y estipular las exclusiones expresas de riesgos inherentes a dicha actividad.

*Por lo demás, debe la empresa de seguros tener presentes que, en la delimitación del riesgo, no debe vaciar de contenido ese que asume pues tal postura conllevaría a un remedo de amparo sin traslación efectiva de riesgos, sucesos que originan pérdidas y, en suma, desembolsos económicos”.*³²

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 aseguraticio, 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**³³ – (Subrayado y negrilla por fuera de texto.*

³¹ Dice el precepto: “Con las restricciones legales, el asegurador podrá, 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”.

³² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC4527-2020. M.P. Francisco Tenorio Barral. Edificio 94^a +57 3173795688

³³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Exp. 2000-5492-01. M.P. Carlos Jaramillo. Tenorio Barral 35N-100, Of. 212 +57 315 577 6200 - 602-6594075

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»³⁴ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).

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 la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, 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 ni prohibirse.

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones 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 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.

5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN PÓLIZA RC. PROFESIONAL CLÍNICAS AA195705.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705 que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó

³⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC5327-2018. Magistrado Ponente: Luis Alfonso Rico Restrepo.

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 (…)”³⁵ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

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

³⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. **Moisés Antonio Castillo Rugeles**. EXP 5952.

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,530,000,000.00
Predios Labores y Operaciones.	Si
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si

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 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 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$150.000.000 POR TODA Y CADA PERDIDA.

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:

“Deducible:

- 1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida*
- 2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida”.*

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 contratantes³⁶” (Subrayado y negrilla fuera de texto original).

En consecuencia, y de manera subsidiaria a todos los argumentos previamente planteados, se solicita al Despacho que, en caso de considerar procedente la condena al pago de una indemnización con cargo a la aseguradora que represento —sin que ello implique aceptación de responsabilidad—, se aplique estrictamente el deducible pactado en el contrato de seguro, conforme a lo establecido en la carátula de la póliza. Lo anterior, en atención al carácter vinculante de las condiciones particulares libremente acordadas por las partes contratantes, de conformidad con el artículo 1047, numeral 11, del Código de Comercio, y a la naturaleza jurídica del deducible tal como ha sido definida por la Superintendencia Financiera de Colombia, como un mecanismo que limita la obligación del asegurador y traslada parte del riesgo al asegurado. En ese sentido, deberá descontarse del monto de cualquier eventual condena el porcentaje y monto mínimo fijado contractualmente como deducible.

8. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del Código de Comercio, La Equidad Seguros Generales 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 la demanda contra mi representada, La Equidad Seguros Generales O.C., tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza No. AA195705, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales.

³⁶ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

9. GENÉRICA O INNOMINADA

En atención al mandato contenido en el artículo 282 del CGP, solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

VIII. PRONUNCIMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL EXTREMO ACTOR

• INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de controvertir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al H Juez, proceder de conformidad.

• RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROVENIENTES DE TERCEROS.

El Art. 262 del C.G.P., preceptúa que: “(...) *Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, salvo que la parte contraria solicite su ratificación (...)*”.

Por supuesto, esta ratificación concebida en la legislación procesal actual, le traslada a quien quiere valerse de documentos provenientes de terceros, el deber de obtener que lo ratifiquen sus respectivos autores, cuando así lo requiere la parte contraria frente a la cual se aportan tales documentos. Resulta lógico que sea quien aporta los documentos provenientes de terceros, quien tenga en sus hombros la carga de hacerlos ratificar de quien los obtuvo o creó, si es que quiere emplearlos como medio de convicción.

Entonces, cabe resaltar que el Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo; y en tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras esta no solicite y obtenga su ratificación, y son los siguientes:

- Recibos de caja menor suscritos por Jimmy Rebolledo R.

IX. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

10. DOCUMENTALES

- Copia de la Póliza RC. Profesional Clínicas AA195705, con su condicionado particular y general

11. INTERROGATORIO DE PARTE

1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a los señores **VICTOR ANDREI PRIETO CASTILLO, VLADY DIZU BASTO, DAILY SOLARTE CASTILLO**, en su calidad de Demandantes, a fin de que contesten el cuestionario que se les formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Los demandantes podrán ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al **REPRESENTANTE LEGAL (o quien haga de sus veces), DE CLINICA VERSALLES S.A.S**, en su calidad de Demandados, a fin de que contesten el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Los citados codemandados podrán ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda o en su contestación.
3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al **REPRESENTANTE LEGAL (o quien hago de sus veces), DE EPS SANITAS S.A.S**, en su calidad de Demandados, a fin de que contesten el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Los citados codemandados podrán ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda o en su contestación.

12. DECLARACIÓN DE PARTE

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 y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza por la cual se vinculó a mi mandante a este litigio.

• TESTIMONIALES

1. Respetuosamente me permito solicitar decretar el testimonio de la doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.061.751.492 de Popayán, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán, y puede ser citada en la Carrera 2 Bis No. 4-16, o en la dirección electrónica darlingmarcela1@gmail.com cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las características la Póliza No. AA195705 vinculada al proceso, sobre la cobertura material y exclusiones, y sobre los hechos objetos de litigio; los límites a los valores asegurados, el deducible,

la cobertura temporal de la póliza No. AA195705 y sobre los demás aspectos relevantes sobre el particular.

2. Para que declaren en relación con los hechos de la demanda y contestación, e ilustren al despacho sobre la materia que es tema de prueba, cítese a los doctores:

1. Dr. GERMAN ALBERTO LEON ESCOBAR (Medicina Interna)
2. Dr. JESUS ENRIQUE MOSQUERA ANGULO (Urólogo)
3. Dr. GHINO ALBERTO ARBELAEZ CORTES (Urólogo)
4. Dr. LEOPOLDO GARCES (Medicina Crítica)
5. Dr. ALBERTO BERMUDEZ PUPO (Urólogo)

Quienes deberán ser citados a través de la oficina de Recurso Humanos de clínica Versalles S.A. y el ultimo galeno a través de la oficina de Recurso Humanos de Clínica de los Remedios; a fin de que depongan sobre lo que les conste acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la misma, informen e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio (Patología, tratamiento, complicaciones, etc.) en el presente caso, y en general sobre la atención médica brindada al señor VICTOR ANDRI PRIETO, así como las intervenciones medicas realizadas.

• ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales 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.

X. NOTIFICACIONES

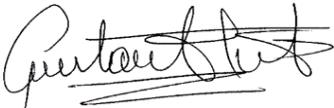
Al demandante y su apoderado, en las direcciones consignadas en la demanda para tales fines.

Por los demás demandados y el llamante en garantía donde indiquen en sus respectivas contestaciones.

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.

Al suscrito en la Avenida 6ª Bis No.35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica:
notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.