

Señores.

**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CUCUTA**

[jcivccu1@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:jcivccu1@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E.S.D.

**REFERENCIA:** PROCESO VERBAL  
**RADICADO:** 54001315300120230030200  
**DEMANDANTE:** MONGUI ORTEGA ORTEGA Y OTROS  
**DEMANDADOS:** COMPENSAR EPS Y NORDVITAL IPS S.A.S  
**LLAMADO EN GARANTÍA:** EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

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

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con la cédula de ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C.S. de la J., actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con Nit. 900701533-7 quien obra como apoderada general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, según consta en la escritura pública No. según consta en la escritura pública No. 2779 otorgada el 2 de diciembre de 2021 en la Cámara de Comercio de la sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT número 900701533-7, domiciliada en la ciudad de Bogotá, tal y como se acredita con los certificados de existencia y representación que se anexan, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por MONGUI ORTEGA ORTEGA y **OTROS**; en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** realizado por COMPENSAR EPS a la Compañía Aseguradora que represento, manifestando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

**CAPÍTULO I:**

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

## I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

**FRENTE AL HECHO 1:** De la redacción sintáctica de este numeral se derivan varias afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral sobre el estado de salud de la demandante, por cuanto son completamente ajenos a ella. En todo caso, debe tenerse presente que, en relación con las uñas del pie izquierdo, la misma demandante afirma en el hecho 2 que desde el mes de noviembre de 2022 presentaba molestias en el Hallux del pie izquierdo y adicionalmente así también se encuentra plasmado en la historia clínica; por lo que no es cierto lo que en este numeral se informa por la demandante respecto de su “buena salud”.

2. Desde el mes de noviembre de 2022 presentaba molestias en el HALLUX del pie izquierdo.

Extremidad	Anormal - SE EVIDENCIA LEVANTAMIENTO DE LA UÑA DEL 1 DEDO DE PIE IZQUIERDO CON PÉRDIDA DE LA CONTINUIDAD SIN SECRECIONES NI SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, HAY CAMBIO DE LA COLORACIÓN DE LA UÑA COMPATIBLE CON HONGO
------------	---

VALORACION MEDICA	
Observación:	PACIENTE DE 41 AÑOS ASISTE A CITA PRIORITARIA POR PRESENTAR DESDE HACE 2 MESES DOLOR EN UÑA DEL 1 DEDO DE PIE IZQUIERDO ASOCIADO A CAMBIOS EN LA COLORACIÓN, REFIERE EL DIA DE AYER PRESENTÓ CONTUSIÓN EN EL DEDO LO QUE LE PRODUJO LEVANTAMIENTO DE LA UÑA Y NO LE PERMITE USO DE ZAPATO CERRADO QUE DEBE USAR EN SU LUGAR DE TRABAJO COMO SERVICIOS GENERALES HOSPITALARIOS. NIEGA COMORBILIDADES.  PACIENTE CON CLÍNICA DESCRITA, NEUROLÓGICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES NORMALES, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS, AFEBRIL, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA, SE DA MANEJO MÉDICO, SS/ RESECCIÓN DE UÑA DEL PIE IZQUIERDO, INCAPACIDAD DURANTE 2 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA.

- De otro lado, no le consta a mi procurada que la demandante “laboraba normalmente en la empresa donde se desempeñaba en servicios generales”, puesto que se trata de afirmaciones que no guardan relación con el giro normal de los negocios de mi procurada. Sin embargo, se resalta que, de acuerdo

con el acápite de pruebas de la demanda, no se allegó ningún elemento probatorio que acredite que se encontraba laborando para la fecha de los hechos.

**FRENTE AL HECHO 2:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. En todo caso, la misma demandante lo afirma en este hecho y así quedo registrado en la historia clínica.

**FRENTE AL HECHO 3:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. En todo caso, la misma demandante lo afirma en este hecho y así quedo registrado en la historia clínica.

DATOS ATENCION	
Motivo Consulta:	CITA PRIORITARIA - TENGO UNA UÑA LEVANTADA
Enfermedad Actual:	PACIENTE DE 41 AÑOS ASISTE A CITA PRIORITARIA POR PRESENTAR DESDE HACE 2 MESES DOLOR EN UÑA DEL 1 DEDO DE PIE IZQUIERDO ASOCIADO A CAMBIOS EN LA COLORACIÓN, REFIERE EL DIA DE AYER PRESENTÓ CONTUSIÓN EN EL DEDO LO QUE LE PRODUJO LEVANTAMIENTO DE LA UÑA Y NO LE PERMITE USO DE ZAPATO CERRADO QUE DEBE USAR EN SU LUGAR DE TRABAJO COMO SERVICIOS GENERALES HOSPITALARIOS. NIEGA COMORBILIDADES.

**FRENTE AL HECHO 4:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, así se evidencia en el registro de la historia clínica.

Extremidad	Anormal - SE EVIDENCIA LEVANTAMIENTO DE LA UÑA DEL 1 DEDO DE PIE IZQUIERDO CON PÉRDIDA DE LA CONTINUIDAD SIN SECRECIONES NI SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, HAY CAMBIO DE LA COLORACIÓN DE LA UÑA COMPATIBLE CON HONGO
------------	---

**FRENTE AL HECHO 5:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, así se evidencia en el registro de la historia clínica, en la que además de la incapacidad se evidencia que se ordena tratamiento farmacológico y procedimiento de onicectomía.

DIAGNOSTICOS			
Principal:	L628 - TRASTORNOS DE LAS UÑAS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE		
Relacionado 1	B372 - CANDIDIASIS DE LA PIEL Y DE LAS UÑAS		
Relacionado 2			
Relacionado 3			
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL	Tipo Diagnóstico: IMPRESION DIAGNOSTICA		
Finalidad: NO APLICA			
INCAPACIDAD			
Fecha Inicial: 2023-01-11	Fecha Final: 2023-01-12	Días: 2 ( b'dos' )	Prórroga: NO
Tipo Incapacidad: Enfermedad General	Diagnóstico Principal: L628		
Observación:	SE DA MANEJO MÉDICO, SS/ RESECCIÓN DE UÑA DEL PIE IZQUIERDO, INCAPACIDAD DURANTE 2 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA.		
APOYO DIAGNOSTICO			
Código	Cantidad	Nombre	
862701	1	ONICECTOMIA +	

**FRENTE AL HECHO 6:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, se destaca desde ya que la demandante no prueba esta afirmación, y resulta ser una apreciación subjetiva de los tiempos requeridos para realizar un procedimiento de esta clase. Por el contrario, se puede evidenciar en la historia clínica que el procedimiento de onicectomía no fue ordenado de manera urgente ni prioritaria y paralelo a la orden se envió tratamiento farmacológico para el control de la infección micótica.

APOYO DIAGNOSTICO			
Código	Cantidad	Nombre	
862701	1	ONICECTOMIA +	

MEDICAMENTOS					
ID: 52342	Nombre: CLOTRIMAZOL SOLUCION TOPICA 1 %/20 ML				Presentación SOLUCION TOPICA
Dosis: 1	Horas: 8	Cantidad: 1	Días: 15	Indicaciones: APLICAR CADA 12 HORAS	
ID: 51239	Nombre: NAPROXENO TABLETA O CAPSULA 250 MG				Presentación TABLETA O CAPSULA
Dosis: 1	Horas: 8	Cantidad: 12	Días: 4	Indicaciones: 1 TAB CADA 8 HORAS	
ID: 52062	Nombre: FLUCONAZOL TABLETA O CAPSULA 200 MG				Presentación TABLETA O CAPSULA
Dosis: 1	Horas: 24	Cantidad: 4	Días: 30	Indicaciones: TOMAR UNA TAB CADA SEMANA POR 1 MES	

Adicionalmente Compensar EPS autorizo el procedimiento sin ningún tipo de trabas en un tiempo razonable cumpliendo así sus obligaciones y garantizando la prestación del servicio.

230198427379496	901145394	LOS COBOS MEDICAL CENTER SAS LOSCOBOS	POS SIN COBRO	19/01/2023	19/01/2023	ASHCXPRO	ENTREGA AUTORIZACION DE CIRUGIA PROGRAMADA SINALGEN	LOSCOBOS MEDICAL CENTER SAS -
-----------------	-----------	--	---------------	------------	------------	----------	---	-------------------------------------

**FRENTE AL HECHO 7:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, la señora Ortega no aporta prueba alguna que demuestre que se vició su consentimiento o se indujo a error, por el contrario de las pruebas del expediente se evidencia que fue informada de los tratamientos a realizar, su manejo e implicaciones.

VALORACION MEDICA	
Observación:	<p>PACIENTE DE 41 AÑOS ASISTE A CITA PRIORITARIA POR PRESENTAR DESDE HACE 2 MESES DOLOR EN UÑA DEL 1 DEDO DE PIE IZQUIERDO ASOCIADO A CAMBIOS EN LA COLORACIÓN, REFIERE EL DIA DE AYER PRESENTÓ CONTUSIÓN EN EL DEDO LO QUE LE PRODUJO LEVANTAMIENTO DE LA UÑA Y NO LE PERMITE USO DE ZAPATO CERRADO QUE DEBE USAR EN SU LUGAR DE TRABAJO COMO SERVICIOS GENERALES HOSPITALARIOS. NIEGA COMORBILIDADES.</p> <p>PACIENTE CON CLÍNICA DESCRITA, NEUROLÓGICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES NORMALES, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS, AFEBRIL, <u>SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA, SE DA MANEJO MÉDICO, SS/ RESECCIÓN DE UÑA DEL PIE IZQUIERDO, INCAPACIDAD DURANTE 2 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA.</u></p>

Valida Condición:	SI
Observación:	<p>PACIENTE FEMENINA ADULTA MEDIA, SIN ANTECEDENTES MEDICOS, INGRESA PARA ONICECTOMIA DE HALLUX IZQUIERDO, <u>SE EXPLICA RIESGOS Y COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTO, SE PASA A SALA DE PROCEDIMIENTOS, SE REALIZA BLOQUEO DE HALLUX IZQUIERDO, ONICECTOMIA TOTAL, SE DEJA GASA ESTERIL VASELINADA, SIN COMPLICACIONES, SE DEJA FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA</u></p>
Recomendación:	SALIDA

	<b>CONSENTIMIENTO PROCEDIMIENTOS MENORES</b>		Código: EN-CI-003	
			Versión: 002	
			Fecha de aprobación: 4 Noviembre 2021	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Mangui Ortega	EDAD	41	
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37273284	FECHA	26-11-23	
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO	DR Julian	SEDE	same	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR	Onicectomia			

<b>ONICECTOMIA</b> La onicectomía consiste en realizar la extracción de una o varias uñas, con o sin resección del lecho ungueal.	<p>UBICACIÓN DE LA UÑA RETIRADA: <u>Polgar Izquierdo</u></p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>	<p>Infección superficial y profunda. Dolor residual de la zona afectada.</p>
	Es un procedimiento	

6. ACEPTACION: *Ronbal Ortega*  
Nombre y firma del paciente  
N° de identificación: *37273284*

Representante legal (nombre y firma)  
Tutor: \_\_\_\_\_ N° de identificación: \_\_\_\_\_  
Motivo por el cual difiere el consentimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre y firma del profesional que informa *[Firma]*  
*1001371381*

**FRENTE AL HECHO 8:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, así consta en la historia clínica en la que además se anota que el procedimiento se realizó sin ninguna complicación.

Valida Condicion:	SI
Observación:	PACIENTE FEMENINA ADULTA MEDIA, SIN ANTECEDENTES MEDICOS, INGRESA PARA ONICECTOMIA DE HALLUX IZQUIERDO, SE EXPLICA RIESGOS Y COMPLICACIONES DE PROCEDIMEINTO, SE PASA A SALA DE PROCEDIMEINTOS, SE REALIZA BLOQUEO DE HALLUX IZQUIERDO, ONICECTOMIA TOTAL, SE DEJA GASA ESTERIL VASELINADA, <u>SIN COMPLICACIONES</u> , SE DEJA FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
Recomendación:	SALUD

**FRENTE AL HECHO 9:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, se pone de presente desde ya que, de acuerdo con el contenido de la historia clínica no hay constancia, y por lo tanto no se prueba que haya ocurrido la omisión que en este hecho se describe. Tampoco se demuestra que haya sido una omisión por parte del personal médico que diligenció la historia clínica, sino que en realidad no hubo torniquete o liga como lo afirma la demandante. Se resalta igualmente que de haberse dejado un torniquete como lo describe la demandante, la necrosis se hubiese generado dentro de unas pocas horas, lo que en este caso no ocurrió, tal como lo explica el dictamen pericial aportado por Compensar.

Ahora bien, con respecto al uso de torniquetes en procedimientos como la onicectomia; estudios demuestran que al cabo de 2 horas, se produce una elevación de las concentraciones de ácido láctico y de creatina fosfocinasa, lo que sugiere la presencia de lesión muscular, que se manifiesta posteriormente con dolor intenso, cambios de coloración y frialdad, hecho que no es compatible con el caso de la paciente, toda vez que la paciente fue valorada posteriormente al procedimiento por profesional diferente quien no registró dichos cambios, ni dolor referenciado por la paciente el cual sería intenso.

En cuanto a la necrosis, esta se define como la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo. Una vez que se ha producido y desarrollado la necrosis, es irreversible.

De acuerdo con lo anterior, como se evidencia en historia clínica dicho padecimiento no fue inmediato a onicectomia sino que por el contrario se presentó varios días después (en específico un mes después).

El procedimiento de amputación se realizó a los 28 días del procedimiento, hecho que contradice la teoría de un evento agudo isquémico por compresión extrínseca.

**FRENTE AL HECHO 10:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. No obstante, en atención de la historia clínica de 26 de enero de 2023 se registra lo contrario.

Valida Condicion:	SI
Observación:	PACIENTE FEMENINA ADULTA MEDIA, SIN ANTECEDENTES MEDICOS, INGRESA PARA ONICECTOMIA DE HALLUX IZQUIERDO, SE EXPLICA RIESGOS Y COMPLICACIONES DE PROCEDIMEINTO, SE PASA A SALA DE PROCEDIMEINTOS, SE REALIZA BLOQUEO DE HALLUX IZQUIERDO, ONICECTOMIA TOTAL, SE DEJA GASA ESTERIL VASELINADA, SIN COMPLICACIONES, <u>SE DEJA FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA</u>
Recomendación:	SALIDA

**FRENTE AL HECHO 11:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella, sin embargo, se destaca que en la historia clínica se registró formula médica, curaciones diarias y retirar la gasa en 24 horas.

	RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
Recomendación:	SALIDA FORMULA MEDICA CURACIONES DIAIRAS RETIRO DE GASA EN 24 HORAS.

**FRENTE AL HECHO 12:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo se tratan de apreciaciones subjetivas sin sustento probatorio pues de haber sentido adormecimiento se hubiera informado tal síntoma justo al ingreso en la consulta del 28 de enero de 2023 a las 12.27 pm y ello no fue así.

**Motivo de Consulta:**

"SIENTO EL DEDO 1 PIE IZQ AMPOLLADO Y GRUESO, ME DUELE, EL JUEVES EN LA MAÑANA ME QUITARON LA UÑA"

**Anamnesis:**

**FRENTE AL HECHO 13:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, se destaca que, además de la sintomatología descrita en este hecho, la paciente llegó con una ampolla, como se evidencia en el registro de la historia clínica:

Fecha de Registro: ene. 28 2023 12:27 p. m.

**Motivo de Consulta:**

"SIENTO EL DEDO 1 PIE IZQ AMPOLLADO Y GRUESO, ME DUELE, EL JUEVES EN LA MAÑANA ME QUITARON LA UÑA"

**Anamnesis:**

SIGNOS VITALES

\* Frecuencia Cardíaca: 97 V x Min

\* Frecuencia Respiratoria: 20 V x Min

**Concepto**

Concepto: PACIENTE: MONGUI ORTEGA ORTEGA - 37273284 - 41 AÑOS - BLOQUE A CAMA 107A- COMITÉ PROA POR CLINDAMICINA

AISLAMIENTOS PREVIOS: NO

PESO: 41 KG TALLA 160 CM

FI: 28/01/2023

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO ACTUAL:

FI 28/01/23 (DIA 03) CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 8 HORAS

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD - SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA -- INGRESA EL 28.01.2023 CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS POR DOLOR, HEMATOMA EN 1º DEDO DE PIE IZQUIERDO POSTERIOR A ONICECTOMIA (REALIZADO EN LA EPS COMPENSAR), ADEMÁS REFIERE CALOR LOCAL -- EVOLUCIONA CON PARESTESIA, CAMBIOS DE COLORACION Y LESIONES AMPOLLOSAS PERILESIONALES -- VALORADA POR CX VASCULAR QUIEN CONSIDERA ISQUEMIA DE 1 DEDO DE PIE IZQUIERDO POR COMPRESIÓN EXTRINSECA SECUNDARIA A TORNIQUETE EN LA BASEL DEL MISMO DEDO - DECIDE INICIAR CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO CON CLINDAMICINA.

La ampolla como lo anota la Doctora Herrera en el dictamen pericial aportado por Compensar podría haber generado el cuadro infeccioso que llevó posteriormente a la necrosis.

Vale la pena aclarar que una flictena semiológicamente corresponde a una lesión cutánea en forma de vesícula o ampolla que se caracteriza por la presencia de acumulación de líquido bajo la piel de contenido seroso o sero-hemorrágico. Se puede denominar también como vesícula o ampolla en función de su tamaño.

Igualmente era necesario realizar curaciones y limpiezas del sitio; toda vez que faltas en la higiene y aseo de la zona podían predisponer a complicaciones infecciosas.

**FRENTE AL HECHO 14:** No es un hecho si una referencia a una anotación en la historia clínica realizada en la consulta del 28 de enero de 2023. Anotación que solo evidencia el dicho de la demandante, no un diagnóstico o concepto médico. Adicionalmente se pone de presente desde ya que en el registro médico tampoco se anota que se haya evidencia un torniquete o liga y que además la paciente refiere sentir el dedo ampollado, grueso, con calor local y dolor.

Fecha de Registro: ene. 28 2023 12:27 p. m.

**Motivo de Consulta:**

"SIENTO EL DEDO 1 PIE IZQ AMPOLLADO Y GRUESO, ME DUELE, EL JUEVES EN LA MAÑANA ME QUITARON LA UÑA"

**Anamnesis:**

**SIGNOS VITALES**

- \* Frecuencia Cardíaca: 97 V x Min
- \* Frecuencia Respiratoria: 20 V x Min
- \* Peso: 41 kg
- \* Presión Arterial Diastólica: 76 mmHg
- \* Talla: 1.60 Cm
- \* Temperatura: 36 °C
- \* Saturación: 99 %
- \* Presión Arterial Sistólica: 117 mmHg

**Diagnóstico:**

**Concepto:**

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS POR DOLOR , HEMATOMA EN 1º DEDO DE PIE IZQUIERDO POSTERIOR A ONICECTOMIA .

Destino:

-> TRIAGE: III

Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR COMPENSAR1 Tipo Afiliado: COTIZANTE

**NOTAS DE ENFERMERIA - enero 28 2023 02:54 p. m. - N° de Ingreso: 1235048**

**Detalle:**

14:10 INGRESA PACIENTE A SALA DE OBSERVACION CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS SE UBICA EN SILLA EN PASILLO POR NO DISPONIBILIDAD DE CAMILLA, FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, CON GLASGOW 15/15, POR PRESENTAR DX: DOLOR EN PRIMER DEDO DEL PIE IZQUIERDO CUBIERTO CON GASA + MICROPOR SIN SANGRADO ACTIVO ES VALORADO POR DR.SUAREZ QUIEN REALIZA ÓRDENES MÉDICAS SE INTERROGA ANTEC ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NIEGA, ANTEC PATOLÓGICOS: NIEGA, SE CANALIZA ENTERCIO PROXIMAL DE ANTEBRAZO DERECHO CON JELCO #20 , SE TOMAN MUESTRAS DE SANGRE ORDENADAS, SE COLOCA TAPON HEPARINIZADO SE ADMINISTRA TRATAMIENTO SEGUN ORDEN MEDICA SE TRASLADAN MUESTRAS EN CADENA DE FRIO A LABORATORIO Y SE LLENA REGISTRO, PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION + CONSENTIMIENTO DE ENFERMERIA, CONSENTIMIENTO EMERGENCIA SANITARIA COVID-19 QUE ENTREGA LA CLINCA SANTA ANA.

PENDIENTE:

\* REPORTE DE LABORATORIOS

**FRENTE AL HECHO 15:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, se destaca que la demandante extrae un aparte del concepto médico descontextualizado y que el mismo no arroja o permite evidenciar que la amputación del dedo se haya dado a consecuencia de la mala praxis en el procedimiento de onicectomía. De hecho, debe tenerse en cuenta que el 28 de enero de 2023 la demandante consultó en la Clínica Santa Ana y en el cuadro clínico se registró "lesiones ampollasas", lo cual como se ha mencionado podría haber generado el cuadro infeccioso que llevó posteriormente a la necrosis; lo que además fue combatido con ciprofloxacino, el cual trata infecciones.

**Concepto**

Concepto: ESTABLE, CON TENDENCIA A MEJORAR.

Plan de tratamiento: SALIDA CON ENOXAPARINA 40 MG SC DIA POR 1 MES.

ACETAMINOFEN ACIDO ASCORBICO CIPRO.

CONTROL EN 10 DIAS.

INCAPACIDAD POR 1 MES.

Destino: Domicilio

**FRENTE AL HECHO 16:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. No obstante, se pone de presente que, si bien por la tendencia a la mejoría del dedo fue egresada la paciente el 2 de febrero de 2023 con enoxaparina por un mes, lo cierto es que también se ordenó acetaminofén, ácido ascórbico y ciprofloxacino medicamento antibiótico tendiente a tratar infección.

**Concepto**

Concepto: ESTABLE, CON TENDENCIA A MEJORAR.

Plan de tratamiento: SALIDA CON ENOXAPARINA 40 MG SC DIA POR 1 MES.

ACETAMINOFEN ACIDO ASCORBICO CIPRO.

CONTROL EN 10 DIAS.

INCAPACIDAD POR 1 MES.

Destino: Domicilio

**FRENTE AL HECHO 17:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin perjuicio de lo anterior se nota que la paciente consultó por dolor en primer dedo del pie izquierdo; clasificando la urgencia como TRIAGE III. Se anotó en motivo de consulta: “*se me cayó un cuerito del pie*”

**Consulta**

Finalidad: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

Motivo Paciente: " SE ME CAYO UN CUERITO DEL DEL DEDO"

Asimismo, se registró en la enfermedad actual "Coloración cianótica, dolor, rubor, calor a nivel de primer artejo de pie izquierdo".

IZQUIERDO COMENTA LE DEJARON UN TORNIQUETE POR 24 HORAS. ESTUVO HOSPITALIZADA EN MANEJO POR CX VASCULAR CON DA DE ISQUEMIA EN PRIMER ARTEJO EN MANEJO CON ANTICOAGULANTE. COMENTA ASISTE EL DIA DE HOY YA QUE AL REALIZARSE CURACION PRESENTA PERDIDA DE PIEL EN UNION METATARSOFALANGICA DE PRIMER ARTEJO .NIEGA DOLOR. NIEGA CALOR. NIEGA SALIDA DE SCRECION PURULENTO. NIEGA FIEBRE .COMENTA A MEJORADO UN POCO LA COLORACION VIOLACEA DEL ARTEJO. A LA ESPERA DE CITA CONTROL POR COSNULTA EXTERNA CON CX VASCULAR

Frente a ellos se registró que se encontró cianosis a nivel de lecho ungueal, laceración unión metatarsfalángica, secreción serosa, no calor, no rubor. Dentro del Plan terapéutico, se consideró egreso y se indicó llevar manejo antibiótico a 14 días nuevamente por cuanto se seguía tratando un proceso infeccioso.

**FRENTE AL HECHO 18:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin embargo, se pone de presente al Despacho que, contrario a lo que afirma la demandante el diagnóstico de ingreso del 16 de febrero fue el siguiente:

**Diagnósticos**

- DEFECTO DE LA COAGULACION, NO ESPECIFICADO(D689) - Impresión Diagnostica. LATERALIDAD: No Aplica - Principal
- OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS(Y848) - Impresión Diagnostica. LATERALIDAD: No Aplica
- DOLOR EN MIEMBRO(M796) - Impresión Diagnostica. LATERALIDAD: No Aplica

**FRENTE AL HECHO 19:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Sin perjuicio de lo anterior se pone de presente desde ya que, si bien el tratante tomó la decisión de realizar amputación del primer dedo del pie izquierdo ante una necrosis, no se puede entender per se que esa necrosis haya sido causada a partir de una supuesta liga o torniquete que jamás observo, pues por demás la necrosis se generó o encuentra su causa en este caso a consecuencia de una infección (celulitis), como se explicará en las excepciones.

**FRENTE AL HECHO 20:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella.

**FRENTE AL HECHO 21:** De la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias afirmaciones, frente a las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- . No le constan a mi representada, y tampoco están probados, los cambios que se habrían o no producido en la vida de la paciente, por es completamente ajeno a ella y al giro ordinario de sus negocios.
- De otro lado, lo relativo a la presunta *“falta de diligencia por parte de un profesional adscrito a NORVITAL IPS SAS y que atendía población de EPS COMPENSAR”* no es un hecho, es una percepción subjetiva de la demandante carente de sustento probatorio. Se resalta desde ya que no existe ni se prueba culpa en las acciones de los demandantes ni falla en el servicio médico. Compensar EPS cumplió con sus obligaciones al autorizar todos los servicios médicos necesarios para la atención y tratamiento de la paciente derivados del diagnóstico de micosis y resección de uña; el personal médico que trato la paciente y realizó el procedimiento onicectomía actuó con suma diligencia, realizando el tratamiento adecuado para el diagnóstico que presentaba, haciendo tratamiento farmacológico y llevando el procedimiento a cabo sin ninguna complicación.

**FRENTE AL HECHO 22:** No es un hecho es un enunciado incompleto que no permite que realice un pronunciamiento al respecto.

**FRENTE AL HECHO 23:** No le constan a mi representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. No obstante, de las pruebas obrantes

en el expediente se evidencia que Compensar EPS autorizó y tramitó la prótesis requerida por la demandante.

SSE28T00001024MAY03	2405	INQ		36300579	S2973/4	3
AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD						
Cod. EPS	8	Aut.	240864851320135	Paq	Rie	
Usuario	37273284		1	MONGUI ORTEGA ORTEGA	TR	Ed 42
Servicio	OR0040	COB.100%	C.EXT. 013	PROTESIS MIEMBROS SUPERIO	Vig:	20240624
ORTPROT HALLUX*DX: S981 AMPUTACION TRAUMATICA DE UN DEDO DEL PIE						
Prestador	900238217	PRORHOPEDICS L	Costo	3500000	Rec.	
Punto	PRORHOPED	Socio				N
Resp.	1145930672	20240326	853	Area33	Sed 1000	Pro PC - Estr.1 Est 5
Fec Oport		F DesUsu		F SolRem	20240213	F SolUsu 20240323
Id.Reg						
---AGREGADOS---						
Servicio		Prest.	0	Cant	0	Prg PC %Cob 0 C.Ext 0
Dx		Recobro	0	Via	0	Msg 0 Eve.0 Vr. 0 Med Alt
Resp						Obs:
---MENSAJES---						
	0					
	0					
	0					
Agregados.						

**FRENTE AL HECHO 24:** No es un hecho es una afirmación propia de la esfera de la demandante. No obstante, se trae a colación desde ya que uno de los elementos de la responsabilidad civil es el daño cierto, real. Adicionalmente se pone de presente desde ya que, no se allegó en la demanda dictamen pericial del daño, ni de la pérdida de capacidad laboral, lo cual podría confirmar la existencia de una afectación física o de otra naturaleza en la humanidad de la paciente, por lo que, ante tal carencia probatoria las pretensiones no podrían prosperar. De hecho, con esta misma manifestación se puede considerar como cierto que no hay prueba alguna que acredite la naturaleza del daño sufrido por la demandante.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de **TODAS** las pretensiones de la demanda, por cuanto las mismas carecen

de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Comoquiera que con la narración de los supuestos hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad, la cual como se establecerá en el proceso no se estructuró. Lo anterior, como quiera que en estos casos impera el principio de la carga de la prueba tanto de la supuesta culpa o falla médica, como del daño, de la cuantía del supuesto detrimento y del nexo de causalidad entre el uno y el otro. Sin embargo, dicha carga no se cumple en el presente caso.

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

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a su prosperidad, en cuanto no se configuran los elementos esenciales para establecer responsabilidad civil. No se ha acreditado que Compensar EPS o Nordvital IPS hayan incurrido en una conducta culposa o negligente, ni que haya existido una falla en la prestación del servicio médico. Por el contrario, sí está probado que Compensar EPS cumplió con todas sus obligaciones como entidad aseguradora del sistema de seguridad social en salud, garantizando la prestación de los servicios médicos requeridos y autorizando todo lo necesario para su ejecución. Asimismo, la atención médica, los tratamientos, los medicamentos prescritos y el procedimiento quirúrgico se realizaron con apego a la lex artis.

Concretamente se observa que la paciente presentaba un cuadro de micosis de dos meses de evolución, ante lo cual se inició de inmediato el tratamiento farmacológico, se programó la onicectomía y se llevó a cabo el procedimiento de manera adecuada, sin presentar ninguna complicación y con el respectivo seguimiento posterior. No existe prueba de un nexo causal entre alguna conducta de Compensar EPS o del personal médico que brindó la atención y los daños alegados por la demandante, puesto que no hubo ninguna falla médica en la onicectomía ni en el tratamiento que haya provocado, la amputación del dedo. Si bien el tratante tomó la decisión de realizar amputación del primer dedo del pie izquierdo ante una necrosis, no se puede entender que esa necrosis haya sido causada a partir de una supuesta liga o torniquete que jamás observo, pues por demás la necrosis se generó o encuentra su causa en este caso a consecuencia de una infección (celulitis), y no por la presencia de un torniquete cuya existencia no está demostrada. Finalmente, no se ha demostrado la existencia ni la cuantía de los perjuicios alegados.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi

mandante, **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión, ya que no se configuran los elementos esenciales para establecer responsabilidad civil, por lo cual no le asiste a Compensar EPS indemnización alguna. Adicionalmente el demandante no prueba ninguno de los perjuicios alegados, ni su cuantía, por lo cual no es dable su reconocimiento en tanto este configuraría un enriquecimiento sin justa causa.

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

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión en tanto no hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio cuando no se allegó al proceso ni una sola prueba que acreditara la existencia del mismo. Resáltese que es fundamental soportar este requerimiento con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la demandante, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión en tanto no hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio cuando no se allegó al proceso ni una sola prueba que acreditara la existencia del mismo. Resáltese que es fundamental soportar este requerimiento con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la demandante, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión en tanto no hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio cuando no se allegó al proceso ni una sola prueba que

acreditara la existencia del mismo. Resáltese que es fundamental soportar este requerimiento con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la demandante, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión en tanto no hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio cuando no se allegó al proceso ni una sola prueba que acreditara la existencia del mismo. Resáltese que es fundamental soportar este requerimiento con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la demandante, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión en tanto no hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio cuando no se allegó al proceso ni una sola prueba que acreditara la existencia del mismo. Resáltese que es fundamental soportar este requerimiento con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la demandante, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN OCTAVA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión en tanto al no se encuentra acreditado ni el hecho generador del daño, ni la afectación concreta a la calidad de vida de la señora Mongui Ortega y dado que no se ha aportado prueba alguna que permita establecer con certeza la existencia, magnitud y nexos causal del presunto daño a la vida de relación, resulta jurídicamente improcedente acceder a la pretensión indemnizatoria formulada por este concepto. Resáltese que es fundamental soportar este requerimiento con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la

demandante, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN NOVENA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión por la ausencia de competencia material de la jurisdicción ordinaria para valorar esta categoría autónoma de daño —propia del contencioso administrativo—, así como por la falta de prueba que demuestre la existencia y concreción del daño alegado, por cuanto la demanda se limita a enunciar de manera abstracta y general la supuesta vulneración de derechos fundamentales, sin demostrar cómo, cuándo o en qué medida las actuaciones administrativas o médicas —adecuadas y justificadas desde el punto de vista clínico— pudieron constituir una intromisión ilegítima en el ámbito personal, íntimo o existencial de la señora Monguí Ortega. El daño alegado no solo carece de sustento probatorio, sino también de una vinculación lógica y causal entre los hechos y la afectación constitucional supuestamente sufrida, como lo exige la jurisprudencia nacional.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a esta pretensión en tanto no hay lugar a su reconocimiento por cuanto la señora Monguí Ortega no cumplió con la carga procesal de probar los elementos necesarios para que prospere su pretensión de indemnización por lucro cesante, ni en su componente actual ni futuro. No acreditó el ejercicio de una actividad económica al momento de los hechos, ni la percepción de ingresos, ni su cuantía, ni mucho menos la existencia de un nexo causal cierto, directo y específico entre la presunta falla médica y la pérdida de ingresos alegada. Por tanto, al no existir prueba idónea, suficiente y concluyente que acredite el daño alegado, su extensión y su vínculo causal con los hechos materia del litigio, la reclamación por concepto de lucro cesante resulta improcedente y debe ser desestimada por el Despacho.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA PRIMERA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable que Compensar EPS sea condenada a pago alguno pretendido en la demanda, ni mucho menos a que sean reconocidos intereses, por cuanto en el presente 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, pues en la Historia Clínica es posible evidenciar que, desde la consulta realizada a la paciente el 11 de enero de 2023, estas actuaron con el

cuidado y diligencia, destinando todos los medios para para procurar el bienestar de la paciente.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA SEGUNDA:** Aunque esta pretensión no está dirigida en contra de mi mandante, **ME OPONGO** a la condena en costas y gastos del proceso, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

### III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto el juramento estimatorio presentado por los Demandantes de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. Ahora bien, debe decirse que no se hará referencia a los perjuicios extrapatrimoniales, toda vez que el citado artículo estipula expresamente que: *“El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales”*. En virtud del precitado, en esta objeción no se hará alusión a los mismos.

En cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, específicamente lucro cesante, que es el pretendido por el demandante. Objeto su cuantía en atención a que la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización persigue.

Sobre el particular se destaca que frente al lucro cesante pedido no se encuentra prueba idónea que acredite los ingresos dejados de percibir por la señora Mongui Ortega, ni se probó cuál era la actividad económica que desarrollaba que permita determinar dichos ingresos y mucho menos que por los perjuicios alegados haya dejado de percibirlos. En ese orden de ideas, al no existir prueba que demuestre si quiera sumariamente las sumas que alega por concepto de lucro cesante, claramente no puede reconocerse emolumento alguno por este concepto.

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.”<sup>1</sup>(Negrilla Subrayado fuera del texto original)*

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 (…)”<sup>2</sup> (Negrilla y subrayado fuera del texto original)*

En efecto, es claro que la Corte Suprema de Justicia ha establecido jurisprudencialmente que no es dable presumir el daño emergente y el lucro cesante, sino que estos conceptos deben probarse dentro del proceso, carga que le asiste únicamente al reclamante. De manera que en el caso concreto no puede existir reconocimiento de lucro cesante, en tanto que no obra en el proceso prueba que dé cuenta de las sumas solicitadas en el petitum de la demanda o de su cuantía. Máxime, cuando los pronunciamientos precitados indican que la existencia de los perjuicios no puede presumirse, sino que debe mediar prueba que acredite suficientemente su existencia y cuantía, lo que no sucede en el caso concreto, pues la señora Ortega no demostró realizar actividad económica alguna para enero de 2023 y que los supuestos perjuicios alegados le hayan impedido dejar de recibir esos ingresos no demostrados.

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 .

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

Del mismo modo, en la demanda no se cumple con el deber procesal de señalar de manera razonada, discriminada y sustentada el monto solicitado por concepto de lucro cesante, tal como lo exige el artículo 206 del Código General del Proceso. En efecto, el actor no desglosa el concepto, ni explica la base económica o fáctica sobre la cual realiza la estimación indemnizatoria. Tampoco se presenta soporte alguno que permita verificar la existencia y cuantía del perjuicio invocado, como lo sería, por ejemplo, un dictamen de pérdida de capacidad laboral, certificación de ingresos o prueba pericial contable.

En conclusión, ante la ausencia de sustento probatorio que demuestre el lucro cesante en las sumas solicitadas por el extremo actor, resulta jurídicamente improcedente reconocimiento de emolumento alguno por este concepto. En ese sentido, la demanda adolece de una carga probatoria que además de certera, debía ser conducente con el fin de acreditar y demostrar el lucro cesante solicitado.

Por las razones antes expuestas, objeto enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

#### **IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA**

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

Coadyuvo en las excepciones propuestas por COMPENSAR EPS, sólo si las mismas no perjudican los intereses de mi representada y bajo ese tenor, formulo las siguientes:

##### **2. AUSENCIA DE CULPA - INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE COMPENSAR EPS, COMO CONSECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LE CORRESPONDEN COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**

Compensar EPS cumplió con su obligación contractual como entidad promotora de salud (EPS), toda vez que autorizó todos y cada uno de los procedimientos necesarios de la señora Mongui Ortega Ortega, lo cual se evidencia en los documentos obrantes en el plenario, en los que se observa que desde el mismo momento que requirió atención en salud, ésta le prestó un adecuado y diligente servicio médico.

Ciertamente, de acuerdo con la historia clínica Compensar autorizo: i) atención médica para la micosis y trauma de uña de primer dedo, ii) autorización para onicectomía, iii) atención médica ambulatoria y hospitalaria para la materialización del riesgo de infección del primer dedo del pie derecho, iv) autorización de amputación del dedo en mención y iv) autorización para el suministro de la prótesis funcional de primer dedo del pie izquierdo. En su rol de EPS, se garantizaron las atenciones específicas a la paciente relacionadas con el tratamiento de su diagnóstico de micosis y trauma en la uña del pie izquierdo, conforme a lo indicado por los médicos, implementando un plan de manejo quirúrgico y farmacológico adecuado a su diagnóstico. A pesar de haberse iniciado un manejo médico con antibióticos, no fue posible superar la infección, lo que resultó en la necesidad de la amputación, que no indica, per se, mal manejo médico. En atención a este contexto, no hay culpa atribuible a la aseguradora en relación con el daño invocado por la demandante, ya que cumplió con sus obligaciones legales como EPS, proporcionando los servicios médicos necesarios conforme a la patología y tratamiento requerido por la paciente.

Compensar EPS ha sido vinculada a este proceso debido a su rol como entidad aseguradora en salud. A través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el usuario transfiere el riesgo en salud a la EPS que ha escogido, con el fin de que esta lo administre y gestione dentro del marco del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Este plan contiene las prestaciones asistenciales a las que el afiliado tiene derecho como parte de dicha afiliación, y estas son prestadas, a su vez, por los proveedores de servicios de salud contratados por la EPS para cumplir con su función aseguradora<sup>3</sup>.

En la Ley 100 de 1993, en los artículos 177 y 178 se definió el alcance de las responsabilidades asignadas a las Empresas Promotoras de Salud, indicando con total claridad que corresponde a ellas organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio hoy denominado Plan de Beneficios y girar los recursos para la atención médica de manera oportuna de sus afiliados. Así las cosas, el aseguramiento constituye todas aquellas labores administrativas que realiza la EPS para garantizar que los servicios de

---

<sup>3</sup> Ley 1122 de 2007. Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

salud requeridos por el afiliado sean dispensados por la red de IPS contratadas. Siendo para ello, una de las labores más importantes, la autorización de los servicios de salud por parte de la EPS.

De esta manera, el alcance de las obligaciones de la EPS se circunscribe a garantizar el acceso a los servicios de salud requeridos por el afiliado, sin que pueda llegar a entenderse que esté en cabeza de Compensar EPS, en su programa de entidad promotora de salud, el deber de prestar directamente los servicios médicos. Evidentemente ésta no se encuentra constituida como una institución prestadora del servicio de salud (IPS). En ese sentido, resulta evidente que **lo único a lo que contractualmente se obligó la EPS es a asumir, administrar y gestionar el riesgo en el marco del Plan de Beneficios en Salud**, el cual constituye las prestaciones asistenciales a las que se tiene derecho en virtud de la referida afiliación, que son brindadas, a su turno, por los prestadores de servicios de salud contratados por el aseguramiento.

En la Ley 1122 de 2007 se le trasladó a las Entidades Promotoras de Salud las obligaciones respecto del aseguramiento de los usuarios de forma exclusiva, por lo cual no se le transfiere la de la prestación de los servicios médicos asistenciales, diagnósticos o indicación farmacológica, sino la garantía de acceder a ellos.

En consecuencia, dado que el fundamento fáctico de la demanda contra Compensar EPS se limita a una presunta falla médica en la ejecución de un procedimiento denominado onicectomía en el hallux izquierdo, la cual, según el relato de la parte demandante, habría causado la necrosis de dicho dedo y, posteriormente, su inminente amputación, resulta evidente que el despacho debe desestimar las pretensiones formuladas en contra de la EPS. Esto, en la medida en que Compensar EPS cumplió con todas sus obligaciones y deberes, autorizando los tratamientos requeridos para mejorar la salud del paciente.

La actuación de Compensar EPS tuvo como propósito principal garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud para la señora Monguí Ortega Ortega, cumpliendo con su rol como entidad aseguradora dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En ese sentido, se brindó atención médica oportuna mediante remisiones y autorizaciones casi inmediatas para los tratamientos requeridos, destacándose: i) atención médica para la micosis y trauma de uña de primer dedo, ii) autorización para onicectomía, iii) atención médica ambulatoria y hospitalaria para la materialización del riesgo de infección del primer dedo

del pie derecho, iv) autorización de amputación del dedo en mención y iv) autorización para el suministro de la prótesis funcional de primer dedo del pie izquierdo. Véase los siguientes extractos de la historia clínica, los cuales acreditan la actuación diligencie de la EPS asegurada:

Régimen: Contributivo		
Convenio: ALIANZA DE SALUD INTEGRAL UT		
Asegurador: Compensar Entidad Promotora de Salud		
Rango: RANGO 1	Estado Civil: Casado (a)	Discapacidad: Sin Discapacidad
Etnia: Sin Pertenencia Etnica	Religión: Católica	Población: Ninguna
Acompañante:	Parentesco:	Teléfono:
Responsable:	Parentesco:	Teléfono:

DATOS ATENCION	
Motivo Consulta:	CITA PRIORITARIA - TENGO UNA UÑA LEVANTADA
Enfermedad Actual:	PACIENTE DE 41 AÑOS ASISTE A CITA PRIORITARIA POR PRESENTAR DESDE HACE 2 MESES DOLOR EN UÑA DEL 1 DEDO DE PIE IZQUIERDO ASOCIADO A CAMBIOS EN LA COLORACIÓN, REFIERE EL DIA DE AYER PRESENTÓ CONTUSIÓN EN EL DEDO LO QUE LE PRODUJO LEVANTAMIENTO DE LA UÑA Y NO LE PERMITE USO DE ZAPATO CERRADO QUE DEBE USAR EN SU LUGAR DE TRABAJO COMO SERVICIOS GENERALES HOSPITALARIOS. NIEGA COMORBILIDADES.

Fecha Realizado:	2023-01-26
Servicio:	862701 ONICECTOMIA +
Valida Identidad:	SI
Valida Condicion:	SI

Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR COMPENSAR; Tipo Afiliado: COTIZANTE

**VERIFICACION DE DERECHOS - enero 28 2023 12:53 p. m. - N° de Ingreso: 1235048**

**Datos Generales**

Especialidad: Atención al usuario  
Ubicación: TRIAGE

Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR COMPENSAR1 Tipo Afiliado: COTIZANTE

**FORMATO DE CONTROL DE VENOPUNCIÓN. - enero 28 2023 02:54 p. m. - N° de Ingreso: 1235048****Datos Generales**Especialidad: Auxiliar de Enfermería  
Ubicación: URGENCIAS AMBULATORIA

Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR COMPENSAR1 Tipo Afiliado: COTIZANTE

**FORMATO DE CONTROL DE VENOPUNCIÓN. - enero 31 2023 12:00 p. m. - N° de Ingreso: 1235048****Datos Generales**Especialidad: Auxiliar de Enfermería  
Ubicación: HOSP. PRIMER PISO BLOQUE A

Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR COMPENSAR1 Tipo Afiliado: COTIZANTE

**ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS - enero 28 2023 07:33 p. m. - N° de Ingreso: 1235048****Datos Generales**Especialidad: Auxiliar de Enfermería  
Ubicación: URGENCIAS OBSERVACION

Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR COMPENSAR1 Tipo Afiliado: COTIZANTE

**NOTA ADMINISTRATIVA - febrero 20 2023 06:01 p. m. - N° de Ingreso: 1243728****Detalle:**SE NOTIFICA A PROGRAMACION DE CIRUGIA E IGUALMENTE A ELIANA BERNAL COORDINADORA DE CX SOBRE **AMPLU**TACIÓN O DESARTICULACIÓN DE DEDO DE PIE (CADA UNO)//PROGRAMAR\*\*

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR - COMPENSAR1. Tipo Afiliado: COTIZANTE

	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD
1	.890380 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (CÓDIGO: .890380) Anotaciones: un mes	1 UN
2	931001 - TERAPIA FÍSICA INTEGRAL (CÓDIGO: 931001) Lateralidad: Izquierdo Anotaciones: readapaciona a al marcha para uso de protesis	20 VEINTE
3	973800 - RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD (CÓDIGO: 973800) Anotaciones: pie izquierdo	1 UN

```
SSE28T00001024MAY03 2405 INQ 36300579 S2973/4 3
AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD TSol S 25012
Cod. EPS [B] Aut. 240864851320135 Paq Rie
Usuario 37273284 1 MONGUI ORTEGA ORTEGA TR Ed 42
Servicio OR0040 COB.100% C.EXT. 013 PROTESIS MIEMBROS SUPERIO Vig: 20240624
ORTPROT HALLUX*DX: S981 AMPUTACION TRAUMATICA DE UN DEDO DEL PIE Mens:
Prestador 900238217 PRORHOPEDICS L Costo 3500000 Rec.
Punto PRORHOPED Socio N
Resp. 1145930672 20240326 853 Area33 Sed 1000 Pro PC - Estr.1 Est 5
Fec Oport F DesUsu F SolRem 20240213 F SolUsu 20240323
Id.Reg
---AGREGADOS---
Servicio Prest. 0 Cant 0 Prg PC %Cob 0 C.Ext 0
DX Recobro 0 Via 0 Msg 0 Eve.0 Vr. 0 Med Alt
Resp Obs:
---MENSAJES---
0
0
0
Agregados.
```

Por tal razón, se observa que Compensar EPS fungió como el medio para acceder a los servicios de salud que fueron requeridos por la paciente respecto del cuadro clínico que presentaba, por lo que facilitó su acceso y garantizó por los medios administrativos y financieros que la paciente obtuviera la atención requerida, medicamentos, tratamientos y adelantar la cirugía necesaria según su diagnóstico.

Es importante resaltar el rol que le corresponde a la EPS, en la medida en que su función como Entidad Promotora de Salud implica evaluar su diligencia exclusivamente en lo relacionado con la autorización y facilitación de la atención médica, en su calidad de aseguradora dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido, únicamente puede exigírsele oportunidad y eficiencia en el acceso a los servicios, tratamientos y medicamentos necesarios para garantizar el bienestar del afiliado.

Considerando lo anterior, puede observarse con total claridad que Compensar EPS cumplió con sus obligaciones contractuales por cuanto facilitó el acceso a la atención médica, medicamentos y tratamientos que necesitaba la señora Mongui Otrgea Ortega conforme a su cuadro clínico. Puesto que en este proceso se encuentra prueba suficiente para determinar que la EPS autorizó de forma oportuna lo necesario para para el plan de manejo clínico que se requería con el único fin de preservar la vida y bienestar de la paciente.

Adicionalmente, como se puede evidenciar en las documentales del proceso, Compensar EPS autorizó el tratamiento de onicectomía en una IPS calificada para prestar los servicios de salud requeridos por el paciente, puesto que ostentaba la idoneidad médica para ello dado que es una institución autorizada por

las autoridades de salud del Gobierno Nacional para prestar servicios de salud. Adicionalmente, la IPS ostentaba la idoneidad médica, organizacional y profesional para brindar un efectivo, oportuno y adecuado servicio de salud a la señora Ortega. Por lo que resulta claro que la EPS facilitó el acceso a las instituciones especializadas en la materia para procurar por la atención adecuada al paciente en cumplimiento de sus obligaciones legales y contractuales.

Sin perjuicio de lo explicado, vale la pena aclarar que Compensar EPS en su programa de entidad promotora de salud, no tiene la obligación de prestar directamente el servicio médico, o tratamientos, o asistencia, sino que únicamente se limita a garantizar el acceso y la prestación del servicio de salud. Si con ocasión de la atención que reciba, ya sea, médico, quirúrgicos, o farmacéutico, etc., se generare algún compromiso de la responsabilidad de quien brinde esos servicios, se escapa totalmente de la responsabilidad de la EPS, pues a parte de no ejercer el acto médico propiamente dicho, cumplió con su obligación legal y contractual de acceder a los servicios médicos necesarios para la paciente.

En este orden de cosas, la responsabilidad de la EPS únicamente podría comprometerse si no hubiera asumido, administrado y gestionado los riesgos de la señora Mongui Ortega y no hubiese realizado todas aquellas labores administrativas que se encuentran a su cargo para garantizar los servicios de salud requeridos por la afiliada. Todo esto sin perjuicio de que en este caso tampoco se observa que se reúnan los elementos constitutivos de responsabilidad necesarios para que pudiera surgir alguna clase de responsabilidad civil por parte de la EPS.

Con fundamento en lo expuesto, debe señalarse entonces que Compensar EPS en su programa de entidad promotora de salud ha dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo desde el primer momento en que se afilió a la Mongui Ortega Ortega y durante el transcurso de su afiliación. En especial, durante su diagnóstico de micosis y trauma en uña del pie izquierdo, en el que se le emitieron todas las autorizaciones que requirió, garantizando la continuidad, calidad e idoneidad en la prestación de sus servicios. Lo cual se puede evidenciar en la documental aportada por Compensar EPS referente a todas las autorizaciones realizadas a la señora Mongui Ortega y en la historia clínica.

En conclusión, debe manifestarse entonces que Compensar EPS actuó de manera diligente y cuidadosa en el transcurso de afiliación de la señora Mongui Ortega Ortega por cuanto se cumplieron todas las

funciones que estaban a su cargo para garantizar la salud de la afiliada. Puesto que se le autorizaron los procedimientos, atención médica y medicamentos prescritos por los galenos, 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 Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA PRESTACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA, CUIDADOSA Y CARENTE DE CULPA REALIZADO POR PARTE DE LOS DEMANDADOS**

En el presente caso no se configura responsabilidad médica ni administrativa alguna a cargo de los demandados, toda vez que, por un lado, Compensar EPS cumplió de forma diligente con las obligaciones que le corresponden en su calidad de entidad aseguradora del sistema de salud, garantizando el acceso oportuno y continuo a los servicios requeridos por la señora Monguí Ortega; y, por otro lado, los profesionales de la salud que intervinieron en la atención médica actuaron con sujeción a la *lex artis*, brindando un manejo adecuado, informado y técnicamente idóneo frente al cuadro clínico presentado. Concretamente, se probó mediante la historia clínica y el dictamen pericial aportado por la entidad asegurada que: (i) en la exploración física se evidenció el levantamiento de la uña del primer dedo del pie izquierdo, con cambio de coloración compatible con micosis, lo que permitió un diagnóstico correcto de trastorno de la uña y micosis en la uña, (ii) se inició un manejo farmacológico oportuno con antimicótico tópico y oral, y se ordenó onicectomía, (iii) el procedimiento fue realizado el 26 de enero de 2023, sin complicaciones, (iv) la paciente suscribió el consentimiento informado, (v) tras el procedimiento, fue valorada por un profesional, quien prescribió manejo con antiinflamatorios no esteroideos e indicó incapacidad médica, (vi) se identificó que la complicación posterior fue producto de una infección, razón por la cual se continuó con el tratamiento antibiótico. Lo cual prueba que no se ha acreditado ninguna falla en el servicio prestado, el cual se ajustó completamente a la *lex artis*, garantizando que no existió negligencia médica ni administrativa en la atención proporcionada

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 hacerse saber cuál es la responsabilidad médica (...)”*<sup>4</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Otro pronunciamiento del más alto Tribunal Constitucional se refirió en el mismo sentido al decir lo siguiente:

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

<sup>4</sup> Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.

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

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 (…)”<sup>6</sup>*

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 lo siguiente:

*“(…) 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 (…).”<sup>7</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo pronunciamiento indicó lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

---

<sup>8</sup> Ibidem.

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

*“(…) **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)*

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa, como uno de los elementos de la responsabilidad, 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. Sin embargo, lejos de probar el error médico, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la atención médica garantizada por Compensar EPS y brindada por las IPS se sujetó a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud a la señora Ortega.

Visto lo anterior, para exponer de forma idónea las razones por las cuales se deriva que en la prestación medica brindada a la señora Ortega se actuó con la debida diligencia y cuidado, es menester comenzar señalando que no es cierto que no se le haya dado la atención idónea a la paciente o que incluso haya un error médico dentro de las actuaciones de los galenos.

En primer lugar, es necesario aclarar que la parte demandante sostiene, sin fundamento suficiente, que existió una demora en la programación del procedimiento de onicectomía. Sin embargo, esta afirmación carece de sustento médico y fáctico, toda vez que dicho procedimiento no fue ordenado como una intervención urgente o prioritaria. Por el contrario, su programación se realizó dentro de los tiempos clínicamente adecuados, conforme a los estándares establecidos en la literatura científica, y de acuerdo con la condición de salud de la paciente.

Además, cabe destacar que, durante el tiempo previo a la intervención quirúrgica, la señora Monguí Ortega se encontraba bajo tratamiento farmacológico con antimicóticos tópicos y orales:

MEDICAMENTOS				
ID: 52342	Nombre: CLOTRIMAZOL SOLUCION TOPICA 1 %/20 ML			Presentación SOLUCION TOPICA
Dosis: 1	Horas: 8	Cantidad: 1	Días: 15	Indicaciones: APLICAR CADA 12 HORAS
ID: 51239	Nombre: NAPROXENO TABLETA O CAPSULA 250 MG			Presentación TABLETA O CAPSULA
Dosis: 1	Horas: 8	Cantidad: 12	Días: 4	Indicaciones: 1 TAB CADA 8 HORAS
ID: 52062	Nombre: FLUCONAZOL TABLETA O CAPSULA 200 MG			Presentación TABLETA O CAPSULA
Dosis: 1	Horas: 24	Cantidad: 4	Días: 30	Indicaciones: TOMAR UNA TAB CADA SEMANA POR 1 MES

Lo cual formaba parte del manejo integral y progresivo de su patología, específicamente una infección micótica crónica en la uña del primer dedo del pie izquierdo, presente desde dos meses antes de la primera consulta, realizada el 11 de enero de 2023:

DATOS ATENCION	
Motivo Consulta:	CITA PRIORITARIA - TENGO UNA UÑA LEVANTADA
Enfermedad Actual:	PACIENTE DE 41 AÑOS ASISTE A CITA PRIORITARIA POR PRESENTAR DESDE HACE 2 MESES DOLOR EN UÑA DEL 1 DEDO DE PIE IZQUIERDO ASOCIADO A CAMBIOS EN LA COLORACIÓN, REFIERE EL DIA DE AYER PRESENTÓ CONTUSIÓN EN EL DEDO LO QUE LE PRODUJO LEVANTAMIENTO DE LA UÑA Y NO LE PERMITE USO DE ZAPATO CERRADO QUE DEBE USAR EN SU LUGAR DE TRABAJO COMO SERVICIOS GENERALES HOSPITALARIOS. NIEGA COMORBILIDADES.

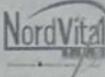
En esa primera valoración, se documentó el levantamiento de la uña y un cambio de coloración compatible con micosis, diagnosticándose lo siguiente:

DIAGNOSTICOS	
Principal:	L628 - TRASTORNOS DE LAS UÑAS EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
Relacionado 1	B372 - CANDIDIASIS DE LA PIEL Y DE LAS UÑAS
Relacionado 2	

Como medida terapéutica, se ordenó la resección de la uña afectada (onicectomía) y se instauró el tratamiento farmacológico correspondiente:

APOYO DIAGNOSTICO			
Código	Cantidad	Nombre	
862701	1	ONICECTOMIA +	

El procedimiento quirúrgico fue realizado el 26 de enero de 2023, sin que se presentaran complicaciones intraoperatorias. La paciente fue informada previamente de su diagnóstico, de los pasos del procedimiento, así como de los posibles riesgos y complicaciones, los cuales fueron debidamente consignados en el consentimiento informado, incluyendo advertencias sobre posibles infecciones superficiales y profundas:

	<b>CONSENTIMIENTO PROCEDIMIENTOS MENORES</b>		Código: EN-CI-003	
			Versión: 002	
			Fecha de aprobación: 4 Noviembre 2021	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	Mangui Ortega	EDAD	41	
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37273284	FECHA	26-01-23	
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO	DR Julian	SEDE	Tome	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR	Onicectomía			

<b>ONICECTOMIA</b> La onicectomía consiste en realizar la extracción de una o varias uñas, con o sin resección del lecho ungueal.	UBICACIÓN DE LA UÑA RETIRADA: <u>Polgar izquierdo</u>	Infección superficial y profunda. Dolor residual de la zona afectada.
	OBSERVACIONES:	
	Es un procedimiento	

**6. ACEPTACION:**

Nombre y firma del paciente: Mangui Ortega

N° de identificación: 37273284

Representante legal (nombre y firma) Tutor: \_\_\_\_\_ N° de identificación: \_\_\_\_\_

Motivo por el cual difiere el consentimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del profesional que informa: Loa13MB21

Tras la intervención, el área fue cubierta con una gasa estéril vaselinada, y se dejaron indicaciones claras y específicas: retirar la gasa a las 24 horas y realizar curaciones diarias:

SEGUIMIENTO	
Fecha Realizado:	2023-01-26
Servicio:	862701 ONICECTOMIA +
Valida Identidad:	SI
Valida Condicion:	SI
Observación:	PACIENTE FEMENINA ADULTA MEDIA, SIN ANTECEDENTES MEDICOS, INGRESA PARA ONICECTOMIA DE HALLUX IZQUIERDO, SE EXPLICA RIESGOS Y COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTO, SE PASA A SALA DE PROCEDIMEINTOS, SE REALIZA BLOQUEO DE HALLUX IZQUIERDO, ONICECTOMIA TOTAL, SE DEJA GASA ESTERIL VASELINADA, SIN COMPLICACIONES, SE DEJA FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
Recomendación:	SALIDA FORMULA MEDICA CURACIONES DIAIRAS RETIRO DE GASA EN 24 HORAS.

Esta conducta es completamente consistente con las buenas prácticas médicas, y demuestra que el procedimiento fue ejecutado con rigurosidad técnica y diligencia profesional.

Posteriormente, la paciente fue valorada por un profesional diferente, quien le prescribió tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y le otorgó incapacidad médica, siguiendo así con el adecuado seguimiento clínico postoperatorio:

VALORACION MEDICA	
Observación:	PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTE DE INTERS QUIEN REFEIRE LE REALIZARON PROCEDIMIENTO DE ONICECTOMIA EN EL DEDO NO.1 DEL PIE IZQUIERDO SECUDNARIOA PROCESO DE ONICOMICOSIS PRESETNADO AL MOMENTO SE REALIZO PROCEDIMIENTO SIN NIGNUNA COMPLICACION TOLERANDO LA BIDEPESTACION,A FEBRIL ,ALERTA, ORIENTADA, ASISTE PARA INCAPACIDAD MEDICA POR INTERVENCION AMBULATORIA. . SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 7 DIAS POR PROCESO AMBULATORIO RECIENTEMENTE REALIZADO. AL MOMENTO MODULANDO DOLOR CON DEXIBUPROFENO.

**En ningún momento se le indicó a la paciente el uso de torniquetes ni se le aplicó ninguno durante o después del procedimiento.** Por el contrario, la historia clínica muestra de forma inequívoca que se utilizó una gasa vaselinada, y que **no se dejó ningún elemento compresivo en la zona afectada.**

En este punto es clave resaltar lo manifestado por la perito médico, Dra. Herrera, en el dictamen pericial aportado con Compensar EPS, quien explicó que, **de haberse dejado un torniquete por más de 24 horas en el primer dedo del pie, la necrosis habría sido total e inmediata,** lo cual no ocurrió en este caso. Según consta en la historia clínica, **la paciente consultó nuevamente el 28 de enero, es decir, dos días después del procedimiento, sin signos de necrosis inmediata, lo que descarta categóricamente la**

**teoría de un evento isquémico agudo por compresión.**

La Dra. Herrera expresó de manera clara en su dictamen:

*“(…) La isquemia aguda es una emergencia vascular que se manifiesta con dolor, hinchazón y pérdida de función en la estructura afectada. La necrosis, entendida como la muerte irreversible de tejido, se presenta en poco tiempo cuando hay una compresión severa. En este caso, la necrosis se evidenció progresivamente y no de forma inmediata tras la cirugía, lo cual contradice la hipótesis de un daño agudo por torniquete (…)”*

Además, en la consulta del 28 de enero de 2023, la paciente manifestó sentir el dedo ampollado, grueso, con calor local y dolor, **sin que ni ella ni el profesional tratante refirieran la presencia de elementos compresivos externos o signos que sugirieran un error en el procedimiento quirúrgico.** Véase:

Fecha de Registro: ene. 28 2023 12:27 p. m.

**Motivo de Consulta:**

"SIENTO EL DEDO 1 PIE IZQ AMPOLLADO Y GRUESO, ME DUELE, EL JUEVES EN LA MAÑANA ME QUITARON LA UÑA"

**Anamnesis:****SIGNOS VITALES**

- \* Frecuencia Cardíaca: 97 V x Min
- \* Frecuencia Respiratoria: 20 V x Min
- \* Peso: 41 kg
- \* Presión Arterial Diastólica: 76 mmHg
- \* Talla: 1.60 Cm
- \* Temperatura: 36 °C
- \* Saturación: 99 %
- \* Presión Arterial Sistólica: 117 mmHg

**Diagnóstico:****Concepto:**

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS POR DOLOR , HEMATOMA EN 1º DEDO DE PIE IZQUIERDO. POSTERIOR A ONICECTOMIA .

**Destino:**

-> TRIAGE: III

Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR COMPENSAR Tipo Afiliado: COTIZANTE

**NOTAS DE ENFERMERIA - enero 28 2023 02:54 p. m. - N° de Ingreso: 1235048****Detalle:**

14:10 INGRESA PACIENTE A SALA DE OBSERVACION CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS SE UBICA EN SILLA EN PASILLO POR NO DISPONIBILIDAD DE CAMILLA, FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, CON GLASGOW 15/15, POR PRESENTAR DX: DOLOR EN PRIMER DEDO DEL PIE IZQUIERDO CUBIERTO CON GASA + MICROPORE SIN SANGRADO ACTIVO ES VALORADO POR DR.SUAREZ QUIEN REALIZA ÓRDENES MÉDICAS SE INTERROGA ANTEC ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NIEGA, ANTEC PATOLÓGICOS: NIEGA, SE CANALIZA ENTERCIO PROXIMAL DE ANTEBRAZO DERECHO CON JELCO #20 , SE TOMAN MUESTRAS DE SANGRE ORDENADAS, SE COLOCA TAPON HEPARINIZADO SE ADMINISTRA TRATAMIENTO SEGUN ORDEN MEDICA SE TRASLADAN MUESTRAS EN CADENA DE FRIO A LABORATORIO Y SE LLENA REGISTRO, PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION + CONSENTIMIENTO DE ENFERMERIA, CONSENTIMIENTO EMERGENCIA SANITARIA COVID-19 QUE ENTREGA LA CLINCA SANTA ANA.

PENDIENTE:  
\*REPORTE DE LABORATORIOS

El cuadro clínico evolucionó hacia una infección localizada (celulitis) es decir, una progresión infecciosa y no un evento traumático agudo causado por negligencia médica.

**VALORACIÓN DIARIA AL PACIENTE - enero 28 2023 05:17 p. m. - N° de Ingreso: 1235048****Datos Generales**

Especialidad: Medicina General  
Ubicación: URGENCIAS OBSERVACION

**Evolución**

PACIENTE FEMENINA CON DX DE:

- **CELULITIS** DE PRIMER DEDO DE PIE IZQ

S/ PACIENTE REFIERE NO SENTIR EL DEDO NIEGA DOLOR NIEGA SANGRADO NIEGA PICOS FEBRILES NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

**PARACLINICOS**

PT 10.5 INR 1.01 PTT 19.4 HEMOGRAMA LEU 15470 NEU 84.1% HB 12.4 HTO 36.55 PLQ 259.000 CREATININA 0.74 GLICEMIA 102

Teniendo en cuenta lo expuesto en los párrafos anteriores, resulta evidente que la presunta falla médica alegada en la demanda no obedece a un actuar imprudente o negligente por parte de los demandados, en la medida en que:

- i. Como se indicó en la excepción anterior, Compensar EPS realizó toda la gestión administrativa y financiera necesaria para garantizar la prestación de los servicios requeridos por la señora Monguá, en atención a su problema de salud (presuntamente microsis);
- ii. La atención médica brindada por los galenos fue pertinente, dado que, al momento del ingreso de la paciente —y habiendo transcurrido ya dos meses desde el inicio de los síntomas— se le otorgó

incapacidad, se instauró tratamiento farmacológico y se ordenó una onicectomía, lo cual constituye un manejo adecuado para ese tipo de cuadro clínico;

- iii. Se realizó el seguimiento necesario: posterior a la cirugía, se evaluó nuevamente a la paciente, se le otorgó incapacidad y se continuó con tratamiento farmacológico;
- iv. Se demostró que la cirugía se llevó a cabo sin complicaciones. No obstante, previamente se le informó a la paciente sobre los riesgos del procedimiento, así como también se le brindaron indicaciones claras sobre los cuidados postoperatorios necesarios.

En conclusión, del análisis de la historia clínica obrante en el proceso, se desprende con claridad que las entidades demandadas actuaron con la debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención en salud prestada a la señora Monguí Ortega. Se encuentra plenamente probado que los médicos tratantes adoptaron las medidas adecuadas para el manejo del cuadro clínico de la paciente, lo que desvirtúa por completo las afirmaciones de los demandantes respecto de una supuesta responsabilidad por parte de las entidades demandadas.

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

Para que se pudiera configurar la responsabilidad a cargo de COMPENSAR EPS, era indispensable acreditar la existencia de los tres elementos que estructuran la responsabilidad extracontractual: el daño, la culpa y el nexo de causalidad entre el hecho y el daño. En el presente caso, no se logró probar el nexo de causalidad, razón por la cual no es posible atribuir responsabilidad alguna a la entidad demandada, pues no existe evidencia que demuestre que la amputación del dedo fue consecuencia directa de una falla en la atención médica brindada con ocasión del manejo del diagnóstico de micosis y trauma ungueal, ni del procedimiento de onicectomía practicado. Ciertamente se probó mediante la historia clínica que en ningún momento se le indicó a la paciente el uso de torniquetes ni se le aplicó ninguno durante o después del procedimiento. Por el contrario, la historia clínica muestra de forma inequívoca que se utilizó una gasa vaselinada, y que no se dejó ningún elemento compresivo en la zona afectada. Por lo que el presunto nexo causal que se pretende establecer por la parte demandante con base en el supuesto uso o implementación de torniquetes no es más que una mera especulación no soportada en prueba alguna y que por lo tanto

debe ser descartada por el juzgador.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han sido reiterativas en afirmar que los elementos de la responsabilidad extracontractual son daño, culpa y nexo de causalidad entre la culpa y el daño. En este orden de ideas, si falta uno de estos elementos, no puede el Despacho declarar probada la responsabilidad de la parte demandada. De acuerdo con el profesor Héctor Eduardo Patiño se explicó lo siguiente:

*“(…) El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquél aparece ligado a ésta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad (...)”<sup>10</sup>* .

En ese mismo sentido la jurisprudencia de las Altas Cortes se ha encargado de definir el concepto de nexo causal en los siguientes términos:

*“(…) El nexo causal es la determinación de que un hecho es la causa de un daño. En determinar si la conducta imputada a la Administración fue esa medida, en aras de establecer la existencia del nexo causal es necesario causa eficiente y determinante del daño que dicen haber sufrido quienes deciden acudir ante el juez con miras a que les sean restablecidos los derechos conculcados”<sup>11</sup>* .

*“El nexo causal entre la conducta y el daño, en línea de principio, puede describirse como un enlace entre un hecho antecedente y un resultado consecuente que no es otro que el perjuicio; en otras palabras, corresponde a una relación causa a efecto (...)”<sup>12</sup>*

---

<sup>10</sup> Patiño, Héctor. Las Causales Exonerativas De La Responsabilidad Extracontractual. ¿Por Qué Y Cómo Impiden La Declaratoria De Responsabilidad? Aproximación A La Jurisprudencia Del Consejo De Estado. Revista De Derecho Privado No. 20, Junio, 2011, P. 371-39.

<sup>11</sup> Consejo De Estado, Sección Tercera, Sentencia Del 27 De Abril De 2011, Exp. No. 19155.

<sup>12</sup> Corte Suprema De Justicia, Sala De Casación Civil, Sentencia Del 23 De Noviembre De 1990. G.J. 2443.

Así las cosas, el actor debe demostrar que el perjuicio cuya reparación persigue realmente provino de manera directa de la conducta del demandado. Entre la acción o la omisión de éste y el daño, debe mediar, necesariamente, un nexo de causalidad directo y adecuado. Lo anterior significa que el demandante debe probar que el daño que está reclamando tiene, efectivamente, una relación causa-efecto con los hechos en los que está fundamentando su petición.

Al respecto, la doctrina ha manifestado que: *“el elemento nexo de causalidad es estructural dentro del juicio de responsabilidad y no admite ningún tipo de presunciones<sup>13</sup>”* . (Negrilla fuera de texto). Ahora bien, la principal teoría de la que se ha valido nuestra jurisprudencia para determinar la existencia del nexo causal es la de la **“causalidad adecuada”** . A diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones en la que simplemente basta aplicar el método de la supresión mental hipotética y determinar si el hecho final se hubiere o no presentado o no con determinada actuación.

La teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional, en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico que pueden ser condiciones sine qua non, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado. La teoría de la causa adecuada ha sido la elegida por la Corte Suprema de Justicia como la teoría aplicable en Colombia ha sido definida así:

*“(…) Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador. **El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad (...)**”<sup>14</sup>(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

<sup>13</sup> Patiño, Héctor Domínguez. El Trípode O El Bípode: La Estructura De La Responsabilidad. Xvi Jornadas Internacionales De Derecho Administrativo. Universidad Externado De Colombia. 2016

<sup>14</sup> Patiño, Héctor. “Responsabilidad extracontractual y causales de exoneración. Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado colombiano”. Revista Derecho Privado N14. Universidad Externado de Colombia. 2008

Teniendo en cuenta la definición jurisprudencial del nexo de causalidad, resulta claro que en el presente caso no se configura dicho elemento esencial de la responsabilidad civil médica. Ello por cuanto no puede afirmarse que la atención médica brindada a la señora Monguí Ortega, en relación con su diagnóstico de micosis y trauma en la uña del pie izquierdo, así como el procedimiento de onicectomía practicado como tratamiento del cuadro clínico, hayan sido la causa directa de la posterior amputación del primer dedo del pie izquierdo.

Si bien es cierto que el profesional tratante tomó la decisión médica de amputar dicho dedo, esta medida fue adoptada ante la presencia de un cuadro avanzado de necrosis, **cuya causa no puede atribuirse a una supuesta “liga” o torniquete, como lo afirman los demandantes.** Tal afirmación carece de sustento fáctico y clínico, ya que en ninguna parte de la historia clínica se evidencia la utilización de un elemento compresivo que hubiera provocado isquemia. Por el contrario, está demostrado que la necrosis tuvo su origen en una infección severa —específicamente celulitis— que evolucionó de manera tórpida.

**NOTAS DE ENFERMERIA - enero 28 2023 06:56 p. m. - N° de Ingreso: 1235048****Detalle:**

19:00 ENTREGO PACIENTE A SALA DE OBSERVACION UBICADA EN SILLA EN PASILLO POR NO DISPONIBILIDAD DE CAMILLA, FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, CON GLASGOW 15/15, POR PRESENTAR DX: **CELULITIS** DE PRIMER DEDO DE PIE IZQ CON EDEMA + HEMATOMA CUBIERTO CON GASA + MICROPORE SE OBSERVA SIN SANGRADO ACTIVO SE INTERROGA ANTEC ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NIEGA, ANTEC PATOLÓGICOS: NIEGA, CANALIZADA ENTERCIO PROXIMAL DE ANTEBRAZO DERECHO CON JELCO #20 , + TAPON HEPARINIZADO PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION + CONSENTIMIENTO DE ENFERMERIA, CONSENTIMIENTO EMERGENCIA SANITARIA COVID-19 QUE ENTREGA LA CLINCA SANTA ANA.

PENDIENTE:

\*IC CX VASCULAR

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA - enero 30 2023 10:16 p. m. - N° de Ingreso: 1235048****Detalle:**

FECHA INGRESO AL BLOQUE A :30/01/23

MOTIVO DE CONSULTA: "SIENTO EL DEDO 1 PIE IZQ AMPOLLADO Y GRUESO, ME DUELE, EL JUEVES EN LA MAÑANA ME QUITARON LA UÑA"

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD, ALGICA, NIEGA HTA, NIEGA DM2, ALERGICA: NEG, QUIEN INGRESA CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS POR DOLOR, HEMATOMA EN 1° DEDO DE PIE IZQUIERDO POSTERIOR A ONICECTOMIA (REALIZADO EN LA EPS COMPENSAR), ADEMAS REFIERE CALOR LOCAL, NIEGA TOS O AHOGO, EN TTO CON ANALGESICOS SIN MEJORIA CLINICA. C.C QUE SE EXACERBA EL DIA DE HOY.

\*\*ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA \*\*ANTECEDENTE A ALERGIA MEDICAMENTOSA: NIEGA \*\*ATECEDENTES QX: NIEGA \*\*ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS: NIEGA

DIAGNOSTICO MEDICO: IZQUEMIA DE 1ER DEDO PIE IZQUIERDO- FLICETEMIA **CELULITIS** SECUNDARIA

ESPECIALIDAD TRATANTE: CX VASCULAR DR SOTO - CLINICA DE HERIDAS

FORMULACION INTRAHOSPITALARIA:

**CONSULTAS Y EVOLUCIONES**

EVOLUCIÓN MEDICA - 28/ene./2023 05:17 p. m.

ESTADO ACTUAL

PACIENTE FEMENINA CON DX DE:

- **CELULITIS** DE PRIMER DEDO DE PIE IZQ

S/ PACIENTE REFIERE NO SENTIR EL DEDO NIEGA DOLOR NIEGA SANGRADO NIEGA PICOS FEBRILES NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

PARACLINICOS

Así mismo, cabe resaltar que, en la consulta médica del 28 de enero de 2023, la paciente manifestó síntomas tales como **ampolla, engrosamiento, calor local y dolor en el dedo afectado**, sin que ella ni el médico tratante hicieran mención alguna de la presencia de elementos compresivos externos, ni de signos clínicos que pudieran sugerir un error en el procedimiento quirúrgico realizado días antes.

Fecha de Registro: ene. 28 2023 12:27 p. m.

**Motivo de Consulta:**"SIENTO EL DEDO 1 PIE IZQ AMPOLLADO Y GRUESO, ME DUELE, EL JUEVES EN LA MAÑANA ME QUITARON LA UÑA"**Anamnesis:**

## SIGNOS VITALES

- \* Frecuencia Cardíaca: 97 V x Min
- \* Frecuencia Respiratoria: 20 V x Min
- \* Peso: 41 kg
- \* Presión Arterial Diastólica: 76 mmHg
- \* Talla: 1.60 Cm
- \* Temperatura: 36 °C
- \* Saturación: 99 %
- \* Presión Arterial Sistólica: 117 mmHg

**Diagnóstico:****Concepto:**PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS POR DOLOR , HEMATOMA EN 1º DEDO DE PIE IZQUIERDO POSTERIOR A ONICECTOMIA .

## Destino:

-&gt; TRIAGE: III

Entidad Pagadora: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR COMPENSAR1Tipo Afiliado: COTIZANTE

NOTAS DE ENFERMERIA - enero 28 2023 02:54 p. m. - N° de Ingreso: 1235048

**Detalle:**

14:10 INGRESA PACIENTE A SALA DE OBSERVACION CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS SE UBICA EN SILLA EN PASILLO POR NO DISPONIBILIDAD DE CAMILLA, FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, CON GLASGOW 15/15, POR PRESENTAR DX: DOLOR EN PRIMER DEDO DEL PIE IZQUIERDO CUBIERTO CON GASA + MICROPORE SIN SANGRADO ACTIVO ES VALORADO POR DR.SUAREZ QUIEN REALIZA ÓRDENES MÉDICAS SE INTERROGA ANTEC ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NIEGA, ANTEC PATOLÓGICOS: NIEGA, SE CANALIZA ENTERCIO PROXIMAL DE ANTEBRAZO DERECHO CON JELCO #20 , SE TOMAN MUESTRAS DE SANGRE ORDENADAS, SE COLOCA TAPON HEPARINIZADO SE ADMINISTRA TRATAMIENTO SEGUN ORDEN MEDICA SE TRASLADAN MUESTRAS EN CADENA DE FRIO A LABORATORIO Y SE LLENA REGISTRO, PACIENTE CON MANILLA DE IDENTIFICACION + CONSENTIMIENTO DE ENFERMERIA, CONSENTIMIENTO EMERGENCIA SANITARIA COVID-19 QUE ENTREGA LA CLINCA SANTA ANA.

## PENDIENTE:

\*REPORTE DE LABORATORIOS

Lo anterior permite concluir que no existe prueba alguna que respalde el dicho de la parte demandante en cuanto a que la amputación del dedo fue consecuencia de una falla médica en la atención prestada o, específicamente, por la supuesta omisión de retirar una liga o torniquete. Por el contrario, los elementos probatorios obrantes en el expediente evidencian que la amputación fue una medida médica necesaria ante una **secuela infecciosa grave** (celulitis con posible evolución a osteomielitis), sin que se haya acreditado ningún acto negligente, imprudente o imperito por parte del personal tratante.

Téngase en cuenta, desde ya, que tal y como lo indicó la perito médico, Dra. Herrera, en el dictamen pericial aportado por Compensar EPS, de haberse dejado un torniquete por más de 24 horas en el primer dedo del miembro inferior izquierdo de la paciente, la necrosis habría sido total en las horas siguientes, lo

cual no se observó en los días posteriores, particularmente al momento de la consulta del 28 de enero de 2023. A saber, manifestó lo siguiente en su dictamen lo siguiente:

*“(…) Acerca de la isquemia aguda, se trata de una condición de emergencia vascular, caracterizada por dolor, hinchazón y pérdida de la función de la estructura afectada.*

*En cuanto a la necrosis, esta se define como la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo. Una vez que se ha producido y desarrollado la necrosis, es irreversible.*

*De acuerdo con lo anterior, como se evidencia en la historia clínica, dicho padecimiento no fue inmediato a la onicectomía sino que, por el contrario, se presentó varios días después (en específico, un mes después).*

*El procedimiento de amputación se realizó a los 28 días del procedimiento quirúrgico, hecho que contradice la teoría de un evento agudo isquémico por compresión extrínseca (…).”*

De igual forma, el dictamen pericial rendido permite esclarecer el proceso clínico. En sus palabras:

*“(…) La evolución de la paciente estuvo dada por un cuadro de onicomiosis y trauma contuso en lecho ungueal que requirió manejo con onicectomía, la cual se realizó sin complicaciones; sin embargo, por las diferentes razones ya mencionadas (sitio quirúrgico, cuidados de la herida, micosis previa, entre otros), presentó complicación dada por la presencia de un cuadro de celulitis en el sitio del procedimiento, el cual evolucionó tórpidamente hasta una posible osteomielitis, que finalmente tuvo la complicación de la interrupción del flujo sanguíneo y posteriormente progresó a la isquemia con la consecuente necrosis del dedo (…).”*

En ese sentido, se concluye que la amputación fue una consecuencia clínica derivada de una complicación infecciosa grave, y no de un actuar negligente o imprudente del personal médico. Por tanto, no se satisface el requisito del nexo causal entre la actuación médica y el daño alegado por la parte demandante, lo que impide atribuir responsabilidad alguna a las entidades demandadas.

Es importante no pasar por alto que la carga de la prueba del nexo causal es del demandante. Si el demandante no prueba el nexo las pretensiones de la demanda deben negarse. Es a penas claro que el nexo causal no es un elemento que pueda ser acreditado por medio de pruebas directas, por lo que es preciso incorporar medios de convicción que, mediante la inferencia lógica y con fundamento en el análisis fáctico y jurídico, adviertan la existencia del mismo. Frente al particular la H. Corte Suprema de Justicia indicó lo siguiente:

*“(…) Para el efecto, precisamente, corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad y la correspondiente condena: 1. Desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia. 2. Según la naturaleza de la responsabilidad en que se incurra (subjetiva u objetiva), o de la modalidad de las obligaciones adquiridas (de medio o de resultado), mediante la prueba de sus requisitos axiológicos. En particular, probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad. En todo caso, no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan (...)”<sup>15</sup>*

Tratándose del reproche de actuaciones médicas, es vital que el extremo actor no solamente identifique las conductas que censura, sino que acompañe a su dicho con las pruebas técnicas y médico –científicas que lo soporten, carga probatoria que no ha sido asumida por la activa de esta acción. Ello resulta importantísimo puesto que, tratándose de la ciencia médica, resultaría inadmisibles realizar un juicio de responsabilidad sin evidencias de dicha naturaleza; calificar la actuación médica que aquí se analiza de inadecuada, imperita o negligente sin elementos de convicción técnicos y con el mero dicho del accionante, trascendería en la censura arbitraria de las competencias profesionales de los galenos de las instituciones demandadas y la imposición de obligaciones indemnizatoria injustificadas y, consigo un enriquecimiento sin justa causa a favor de los accionantes.

## **5. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE DAÑO MORAL**

No hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad

---

<sup>15</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia SC3847-2020. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio cuando no se allegó al proceso ni una sola prueba que acreditara la existencia del daño moral. Resáltese que es fundamental soportar requerimientos indemnizatorios como este con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la demandante, del cual se deriva la causación de los presuntos perjuicios descritos, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño, por lo que no se puede si quiera inferir con certidumbre la producción de los perjuicios cuya indemnización se persigue. Aunado a ello, sin que lo aquí expuesto constituya aceptación alguna de responsabilidad, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante y supera los límites establecidos por la Corte Suprema de Justicia en relación con el tipo de daños que describe la demandante los cuales, se reitera, no están probados.

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

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

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

En otras palabras, es improcedente jurídicamente conceder una indemnización que no solo tenga la

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

Adicionalmente, la Corte Suprema de Justicia 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 (…)**”<sup>16</sup> (Subrayado fuera del texto original)*

De esta manera, valga aclarar que el demandante no prueba —y se mostrará en el proceso que tampoco probará— la existencia del daño moral alegado, por lo cual no puede accederse a indemnizar simples afirmaciones sin respaldo probatorio.

Renglón seguido, la estimación que realizan los demandantes por concepto de daño moral asciende a \$70.000.000 lo que significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de estos. Lo anterior, considerando que al plenario no fueron aportadas pruebas que lograran comprobar la responsabilidad de las demandadas y, en consecuencia, su obligación de indemnizar a los accionantes por los perjuicios inmateriales presuntamente padecidos; ni como se dejó de aportar prueba de estos o su cuantía, requisitos necesarios para su reconocimiento.

Resáltese que es fundamental soportar requerimientos indemnizatorios como este con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la demandante, del cual se deriva la causación de los presuntos perjuicios descritos, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño, por lo que no se puede si quiera inferir con certidumbre la producción de los perjuicios cuya indemnización se persigue.

En conclusión, no está acreditada de ninguna forma la obligación de indemnizar, en el entendido que la

---

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

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

## **6. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DE DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN**

El extremo actor solicita que se condene al extremo pasivo de la litis al pago de perjuicios extrapatrimoniales bajo la modalidad de daño a la vida de relación, por la suma de \$70.000.000. Al respecto, debe señalarse, en primer lugar, que no se encuentra acreditado que la señora Mongui Ortega Ortega haya experimentado un daño a la vida de relación y tal como ya se ha indicado, ningún tipo de perjuicio puede presumirse. Resáltese que es fundamental soportar requerimientos indemnizatorios como este con la prueba de la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado a la demandante, del cual se deriva la causación de los presuntos perjuicios descritos, no obstante, en este caso incluso la demandante aseveró en el numeral 24 de los hechos de la demanda que desconoce cuál es ese daño, por lo que no se puede si quiera inferir con certidumbre la producción de los perjuicios cuya indemnización se persigue. Aunado a ello, sin que lo aquí expuesto constituya aceptación alguna de responsabilidad, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante y supera los límites establecidos por la Corte Suprema de Justicia en relación con el tipo de daños que describe la demandante los cuales, se reitera, no están probados.

El daño a la vida de relación es una especie de daño inmaterial, según la Corte Suprema de Justicia, este consiste en lo siguiente:

*“(…) un menoscabo que se evidencia en los sufrimientos por la relación externa de la persona, debido a disminución o deterioro en la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con otras personas y cosas, en orden de 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(...)<sup>17</sup>”.*

*“en la fijación del quantum también se requiere mesura y cuidado bajo el entendido de que ella no puede responder solamente a su capricho, veleidad o antojo, sino **que debe guardar ponderado equilibrio con las circunstancias alegadas y demostradas dentro de la controversia, velando así porque no sea desbordada la teleología que anima la institución de la responsabilidad civil** (...)”<sup>18</sup> (subrayado y negrilla fuera de texto).*

Así las cosas, ha sido clara la jurisprudencia al determinar las características de este daño inmaterial, advirtiendo que deberá ser probado por quien lo alega, pues es en virtud del esfuerzo probatorio de la víctima que el juez podrá declarar probado o no dicho daño.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto, es evidente que la parte demandante no se esforzó en acreditar el supuesto daño a la vida de relación, ni su cuantía, como es requerido. En primer lugar no se demuestra que haya un daño a la vida en relación a causa de la atención médica y los procedimientos alegados por el demandante en la demanda del presente proceso, lo cual desvirtúa de por sí la procedencia de la indemnización, pero aun así si bien se podría desprender que la señora Ortega tuvo la pérdida de un dedo del pie, no se prueba que ello, como ya se argumentó, haya sido consecuencia de una conducta por parte de Compensar EPS o de la atención médica brindada con ocasión de su diagnóstico de micosis; y menos que ello haya afectado su calidad de vida impidiéndole desplegar las conductas elementales que marcan su realidad.

Resulta fundamental entonces respaldar los requerimientos indemnizatorios con prueba suficiente que demuestre la naturaleza y gravedad del daño presuntamente causado debido a que de esta evidencia se derivan los perjuicios que se buscan indemnizar. En este caso, sin embargo, la demandante misma reconoce en el numeral 24 de los hechos de su demanda que desconoce cuál es el daño que alega haber sufrido, lo que impide siquiera inferir con certidumbre la existencia de los perjuicios cuya indemnización persigue. Además, no se presentó ningún dictamen pericial que valore de manera objetiva la naturaleza

<sup>17</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC22036 del 19 de diciembre de 2017.

Rad: 2009-00114-01.

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de mayo de 2008. Rad. 199709327-01. Reiterada en fallos del 18 de septiembre de 2009, Rad. 2005-00406-01 y del 12 de diciembre de 2017, Rad: 05001-31-03-005-2008-00497-01.

de la lesión ni un dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) que pueda justificar la solicitud de indemnización. Sin estos elementos probatorios esenciales, no se puede establecer la existencia de un perjuicio real, ni mucho menos la cuantificación de los daños que la demandante reclama. En consecuencia, la falta de este soporte probatorio impide que prospere el pedimento indemnizatorio solicitado.

En consecuencia, al no encontrarse acreditado ni el hecho generador del daño ni la afectación concreta a la calidad de vida de la señora Mongui Ortega y dado que no se ha aportado prueba alguna que permita establecer con certeza la existencia, magnitud y nexos causal del presunto daño a la vida de relación, resulta jurídicamente improcedente acceder a la pretensión indemnizatoria formulada por este concepto.

## **7. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO DENOMINADO “AFECTACIÓN A BIEN CONSTITUCIONALMENTE PROTEGIDO”**

La jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, no reconoce el daño a bienes o derechos constitucionalmente amparados, esta categoría de daño inmaterial no es propia de los procesos que conoce la jurisdicción ordinaria, por lo tanto el apoderado de la parte demandante al solicitar una indemnización particular a título de un bien constitucionalmente protegido pretende generar un enriquecimiento a favor de sus mandantes, desconociendo así el carácter compensatorio de los daños inmateriales y las reglas indemnizatorias en materia de responsabilidad civil, según las cuales se debe reparar el daño, todo el daño y nada más que el daño.

El daño a bienes o derechos constitucionalmente protegidos es una categoría AUTÓNOMA y propia de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, y consiste en lo siguiente:

**“(…) cualquier otro bien, derecho o interés legítimo constitucional, jurídicamente tutelado que no esté comprendido dentro del concepto de “daño corporal o afectación a la integridad psicofísica” y que merezca una valoración e indemnización a través de las tipologías tradicionales como el daño a la vida de relación o la alteración grave a las condiciones de existencia o mediante el reconocimiento individual o autónomo del daño (v.gr. el derecho al buen nombre, al honor o a la honra; el derecho a tener una familia, entre otros), siempre que esté acreditada en el proceso su concreción y sea**

**preciso su resarcimiento**, de conformidad con los lineamientos que fije en su momento esta Corporación. (...) Así, en los casos de perjuicios por vulneraciones o afectaciones relevantes a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados, se reafirman los criterios contenidos en la sentencia precitada. En esta oportunidad la Sala, para efectos de unificación de la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, precisa: **El daño a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados tiene las siguientes características: i) Es un daño inmaterial que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas: sus causas emanan de vulneraciones o afectaciones a bienes o derechos constitucionales y convencionales. Por lo tanto, es una nueva categoría de daño inmaterial. ii) Se trata de vulneraciones o afectaciones relevantes, las cuales producen un efecto dañoso, negativo y antijurídico a bienes o derechos constitucionales y convencionales. iii) Es un daño autónomo (...) iv) La vulneración o afectación relevante puede ser temporal o definitiva (...)**<sup>19</sup> (Negrilla y subrayado fuera del texto)

En el presente caso, la parte actora pretende el reconocimiento de una indemnización por la supuesta afectación de bienes constitucionalmente protegidos, en particular el libre desarrollo de la personalidad y la libre expresión del pensamiento, consagrados en los artículos 16 y 20 de la Constitución Política de Colombia. No obstante, no aporta prueba alguna que permita acreditar de manera concreta, seria y suficiente que dichas garantías fundamentales hayan sido vulneradas como consecuencia de los servicios de afiliación y aseguramiento por parte Compensar EPS o del procedimiento de onicectomía practicado con ocasión del diagnóstico de micosis y trauma ungueal.

En efecto, la demanda se limita a enunciar de manera abstracta y general la supuesta vulneración de derechos fundamentales, sin demostrar cómo, cuándo o en qué medida las actuaciones administrativas o médicas —adecuadas y justificadas desde el punto de vista clínico— pudieron constituir una intromisión ilegítima en el ámbito personal, íntimo o existencial de la señora Monguí Ortega. El daño alegado no solo carece de sustento probatorio, sino también de una vinculación lógica y causal entre los hechos y la afectación constitucional supuestamente sufrida, como lo exige la jurisprudencia nacional.

<sup>19</sup> Consejo De Estado. Sala De Lo Contencioso Administrativo. Sala Plena. Seccion Tercera. 28 de agosto de 2014. Exp. 32988. C.P. Ramiro De Jesus Pazos Guerrero

En este orden de ideas, no resulta procedente el reconocimiento de una indemnización por daño a bienes o derechos constitucionalmente amparados en el marco del presente proceso, tanto por la ausencia de competencia material de la jurisdicción ordinaria para valorar esta categoría autónoma de daño —propia del contencioso administrativo—, como por la falta de prueba que demuestre la existencia y concreción del daño alegado. Pretender una reparación de esta naturaleza, sin la debida acreditación del perjuicio y sin competencia del juez natural para evaluarlo, contraviene el principio fundamental de reparación integral, conforme al cual solo debe reconocerse el daño efectivamente probado, todo el daño, y nada más que el daño, evitando así un indebido enriquecimiento por parte de los demandantes.

## 8. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE LUCRO CESANTE

Es improcedente el reconocimiento del lucro cesante pretendido por el extremo actor, comoquiera que no está probado en el plenario que para enero de 2023 la señora Mongui Ortega realizara una actividad económica; que como consecuencia de ésta devengara un salario, ingreso, ganancia o renta; y que con ocasión de los perjuicios alegados dejará de percibir ganancias.

En general, el artículo 1614 del Código Civil define el lucro cesante como *“la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido imperfectamente, o retardado su cumplimiento.”* El lucro cesante entonces ha sido entendido como una categoría de los perjuicios materiales de naturaleza económica y de contenido pecuniario. Es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir y que no ingresará al patrimonio de la persona. En otras palabras, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar.

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

*“(…) en cuanto perjuicio, **el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual.** (….) Vale decir que el lucro*

cesante ha de ser indemnizado cuando se afianza en una situación real, **existente al momento del evento dañoso**, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente (...) Por último están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que **conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea, la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables** (...).<sup>20</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Resulta evidente que, para que proceda el reconocimiento de una indemnización por lucro cesante, es indispensable que el demandante acredite que se trata de un perjuicio cierto, real y evaluable, lo cual implica demostrar su existencia, su relación de causalidad con el hecho dañoso y su cuantía concreta. No basta, en consecuencia, con meras afirmaciones genéricas, apreciaciones subjetivas o simples suposiciones sin respaldo probatorio, ya que la carga de la prueba sobre estos extremos recae exclusivamente en quien alega el perjuicio.

Ahora bien, en cuanto al lucro cesante futuro es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse y de otro, que sea susceptible de evaluarse concretamente. Sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, se estaría en frente de una utilidad meramente hipotética o eventual. Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia:

*“(...) Ahora, sin ahondar en la materia, porque no es del caso hacerlo, esa certidumbre no se opone a que, en determinados eventos, v. gr. lucro cesante futuro, el requisito mencionado se concrete en que el perjuicio **sea altamente probable**, o sea, cuando es posible concluir, válidamente, que verosímilmente acaecerá, hipótesis en la cual cualquier elucubración ha de tener como punto de partida una situación concreta, tangible, que **debe estar presente al momento de surgir la lesión del interés jurídicamente tutelado**.”<sup>21</sup>*

<sup>20</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia Rad. 2000-01141 del 24 de junio de 2008.

<sup>21</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia 055 de 24 de junio de 2008. Exp. 2000-01141-01

*“El lucro cesante actual no ofrece ninguna dificultad en cuanto hace a la certidumbre del daño ocasionado, pues, como viene de explicarse, se trata de la ganancia o del provecho no reportado al patrimonio del interesado, como hecho ya cumplido. En cambio, **en el lucro cesante futuro, precisamente, por referirse a la utilidad o al beneficio frustrado cuya percepción debía darse más adelante en el tiempo, su condición de cierto se debe establecer con base en la proyección razonable y objetiva que se haga de hechos presentes o pasados susceptibles de constatación, en el supuesto de que la conducta generadora del daño no hubiere tenido ocurrencia,** para determinar si la ganancia o el provecho esperados, habrían o no ingresado al patrimonio del afectado.*

*En oportunidad reciente, la Sala reiteró que **‘[e]n tratándose del daño, y en singular, del lucro cesante, la indemnización exige la certeza del detrimento, o sea, su verdad, existencia u ocurrencia tangible, incontestable o verosímil,** ya actual, ora ulterior, acreditada por el demandante como presupuesto ineluctable de la condena con pruebas idóneas en su entidad y extensión’; precisó igualmente que ‘[l]as más de las veces, el confín entre la certeza y el acontecer ulterior, es extremadamente lábil, y la certidumbre del daño futuro sólo puede apreciarse en un sentido relativo y no absoluto, considerada la elemental imposibilidad de predecir con exactitud el desenvolvimiento de un suceso en el porvenir, por lo cual, se remite a una cuestión de hecho sujeta a la razonable valoración del marco concreto de circunstancias fácticas por el juzgador según las normas jurídicas, las reglas de la experiencia, la lógica y el sentido común (...); y recordó que **‘la jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita ‘en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho’, acudiendo al propósito de determinar ‘un mínimo de razonable certidumbre’, a ‘juicios de probabilidad objetiva’ y ‘a un prudente sentido restrictivo cuando en sede litigiosa, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daño en la medida en que obre en autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener,** apoyadas tales conclusiones en simples*

*esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido' (cas. civ. sentencia de 4 de marzo de 1998, exp. 4921) (Cas. Civ., sentencia del 9 de septiembre de 2010, expediente No. 17042- 3103-001-2005-00103-01; se subraya" (CSJ SC de 1° de nov. de 2013, Rad. 1994-26630-01) (...)." <sup>22</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así las cosas, es claro que para que sea reconocido el lucro cesante futuro, deberá demostrarse, con prueba idónea y suficiente, que la pérdida de ingresos alegada por el demandante no solo es verosímil y altamente probable, sino que además puede ser proyectada con base en hechos ciertos, objetivos y comprobables. Esta acreditación debe sustentarse en circunstancias reales y concretas existentes al momento del daño, que permitan concluir, conforme a las reglas de la lógica, la experiencia y el sentido común que, de no haberse producido el hecho lesivo, la ganancia o utilidad frustrada habría ingresado al patrimonio del afectado.

Por tanto, no puede prosperar la reclamación de lucro cesante futuro cuando está fundada en conjeturas, cálculos hipotéticos, aspiraciones personales o simples expectativas no demostradas, como ocurre en el caso que nos convoca. La señora Mongui Ortega no acreditó en modo alguno que desarrollara una actividad económica generadora de ingresos, ni que percibiera ganancias o rentas de otra naturaleza. Tampoco demostró la cuantía de los presuntos ingresos dejados de percibir, ni estableció una relación causal directa entre los hechos que alega como dañosos y la pérdida de esos supuestos beneficios económicos, ni siquiera aporta un dictamen de pérdida de capacidad laboral.

En conclusión, la señora Mongui Ortega Ortega no cumplió con la carga procesal de probar los elementos necesarios para que prospere su pretensión de indemnización por lucro cesante, ni en su componente actual ni futuro. No acreditó el ejercicio de una actividad económica al momento de los hechos, ni la percepción de ingresos, ni su cuantía, ni mucho menos la existencia de un nexo causal cierto, directo y específico entre la presunta falla médica y la pérdida de ingresos alegada. Por tanto, al no existir prueba idónea, suficiente y concluyente que acredite el daño alegado, su extensión y su vínculo causal con los hechos materia del litigio, la reclamación por concepto de lucro cesante resulta improcedente y debe ser desestimada por el Despacho.

---

<sup>22</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 9 de septiembre de 2010. Expediente No. 17042-3103-001-2005-00103-01.

## 9. GENÉRICA O INOMINADA

Finalmente, propongo como excepción genérica, cualquier circunstancia que llegare a ser probada a lo largo del presente proceso y que pueda constituir un hecho exculpatório frente a las pretensiones reclamadas por la parte demandante.

Esta excepción se formula en virtud de lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso, que señala:

*“Artículo 282. Resolución sobre excepciones*

*En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.*

*Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada.*

*Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.*

*Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.”*

En consecuencia, se solicita valer cualquier hecho que, probado en el curso del proceso, sea suficiente para enervar, modificar o extinguir las pretensiones de la parte actora, aunque no haya sido expresamente alegado en este escrito de contestación.

**CAPÍTULO II:**  
**CONTESTACIÓN FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CAJA DE**  
**COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR A EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO**  
**COOPERATIVO**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO**

**FRENTE AL HECHO 1:** Es cierto, por cuanto así consta en los documentos del proceso de radicado 54001315300120230030200 y del cual conoce el Juzgado Primero Civil Del Circuito De Cúcuta.

**FRENTE AL HECHO 2:** Es cierto en los mismos términos de lo manifestado frente al hecho anterior.

**FRENTE AL HECHO 3:** Es cierto parcialmente mi representada sí anuló y reemplazó la Póliza No. AA196442 por la Póliza No. AA198548 por una vigencia migrada inicial de 30 de agosto de 2019 a 30 de agosto de 2020. No obstante, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA198548 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 31 de diciembre de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que los hechos se dieron entre enero y febrero de 2023 y la primera reclamación el 05 de septiembre del 2023 con el agotamiento del trámite prejudicial ante el centro de conciliación Centro De Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía Sede Cúcuta,

Además, se debe tener en cuenta que, en todo caso, 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 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 Compensar EPS 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 4:** Es cierto, mi representada sí anuló y reemplazó la Póliza No. AA196442 por la Póliza No. AA198548. No obstante, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA198548 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 31 de diciembre de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que los hechos se dieron entre enero y febrero de 2023 y la primera reclamación el 05 de septiembre del 2023 con el agotamiento del trámite prejudicial ante el centro de conciliación Centro De Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía Sede Cúcuta,

Además, se debe tener en cuenta que, de todas maneras. 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 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 Compensar EPS 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 5:** Es cierto, mi representada sí anuló y reemplazó la Póliza No. AA196442 por la Póliza No. AA198548. No obstante, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA198548 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 31 de diciembre de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que los hechos se dieron entre enero y febrero de 2023 y la primera reclamación el 05 de septiembre del 2023 con el agotamiento del trámite prejudicial ante el centro de conciliación Centro De Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía Sede Cúcuta,

Además, se debe tener en cuenta que, de todas maneras. 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 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 Compensar EPS 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 6:** Es cierto, mi representada sí anuló y reemplazó la Póliza No. AA196442 por la Póliza No. AA198548. No obstante, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA198548 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 31 de diciembre de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que los hechos se dieron entre enero y febrero de 2023 y la primera reclamación el 05 de septiembre del 2023 con el agotamiento del trámite prejudicial ante el centro de conciliación Centro De Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía Sede Cúcuta,

Además, se debe tener en cuenta que, de todas maneras. 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 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 Compensar EPS 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 7:** Es cierto, mi representada sí anuló y reemplazó la Póliza No. AA196442 por la Póliza No. AA198548. No obstante, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA198548 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 31 de diciembre de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que los hechos se dieron entre enero y febrero de 2023 y la primera reclamación el 05 de septiembre del 2023 con el agotamiento del trámite prejudicial ante el centro de conciliación Centro De Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía Sede Cúcuta,

Además, se debe tener en cuenta que, de todas maneras. 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 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 Compensar EPS 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 8:** Es cierto, mi representada sí anuló y reemplazó la Póliza No. AA196442 por la Póliza No. AA198548. No obstante, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA198548 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es esta, comprendida entre el 31 de diciembre de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que los hechos se dieron entre enero y febrero de 2023 y la primera reclamación el 05 de septiembre del 2023 con el agotamiento del trámite prejudicial ante el centro de conciliación Centro De Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía Sede Cúcuta,

Además, se debe tener en cuenta que, de todas maneras. 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 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 Compensar EPS 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 9:** Es cierto, mi representada sí anuló y reemplazó la Póliza No. AA196442 por la Póliza No. AA198548. No obstante, debe precisarse desde ya que la única vigencia de la póliza No. AA198548 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 31 de diciembre de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Por lo tanto, las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, comoquiera que los hechos se dieron entre enero y febrero de 2023 y la primera reclamación el 05 de septiembre del 2023 con el agotamiento del trámite prejudicial ante el centro de conciliación Centro De Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Fundación Liborio Mejía Sede Cúcuta,

Además, se debe tener en cuenta que, de todas maneras. 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 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 Compensar EPS 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 10:** Es cierto parcialmente Dicho contrato se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada Claims Made, con un periodo de retroactividad pactado desde el 30 de noviembre 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. Por lo tanto, en principio, la única vigencia de la póliza No. AA198548 que eventualmente ofrecería cobertura dentro del presente proceso es la comprendida entre el 31 de diciembre de 2022 y el 31 de diciembre de 2023, y las demás vigencias aportadas como prueba documental, NO OFRECEN COBERTURA para los hechos objeto de litigio, como ya se explicó. No obstante, también se debe tener en cuenta que dicho aseguramiento no puede hacerse efectivo, toda vez que NO se configuran los elementos de la responsabilidad en contra de la EPS llamante en garantía, no existe un hecho u omisión del cual se derive la responsabilidad del asegurado razón por la cual a mi representada no le asiste ninguna obligación de pago.

**FRENTE AL HECHO 11:** Es cierto que en la Póliza RC. Profesional Clínicas No. AA198548, la tomadora y asegurada es la Caja de Compensación Familiar y/o Consorcio Compensar y/o filiales y/o como sus intereses aparezcan.

**FRENTE AL HECHO 12:** Es cierto. Como consta en los documentos la conciliación a la que fue convocada y participo Compensar se llevó a cabo el 05 de septiembre de 2023.

**FRENTE AL HECHO 13:** No es cierto como se describe, aunque no se desconoce que la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548 estaba vigente entre el 31 de diciembre de 2022 y 31 de diciembre de 2023, es decir para la fecha de los hechos y para la fecha de la reclamación; debe indicarse que no puede resultar afectada por cuanto no se ha realizado el riesgo amparado, luego que no se probó la configuración de la responsabilidad civil profesional médica, pues no existe culpa o negligencia por parte de Compensar EPS o del personal médico que atendió a la señora Mongui Ortega.

**FRENTE AL HECHO 14:** No es cierto como se describe, aunque no se desconoce que la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548 estaba vigente entre el 31 de diciembre de 2022 y 31 de diciembre de 2023, es decir para la fecha de los hechos y para la fecha de la reclamación; debe indicarse que no puede resultar afectada por cuanto no se ha realizado el riesgo amparado, luego que no

se probó la configuración de la responsabilidad civil profesional médica, pues no existe culpa o negligencia por parte de Compensar EPS o del personal médico que atendió a la señora Mongui Ortega.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Me opongo a la prosperidad de **TODAS** las pretensiones de llamamiento, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Comoquiera que en el presente asunto no se realizó el riesgo asegurado en los términos de la Póliza póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión en tanto en el caso que nos convoca no se realizó en riesgo asegurado y en este sentido no se puede afectar la póliza. Esto en tanto no se ha acreditado la existencia de un hecho dañoso atribuible a una conducta culposa, negligente o imprudente por parte de Compensar EPS o del personal médico involucrado. Por el contrario, del análisis del expediente se desprende que la entidad cumplió diligente y oportunamente con sus obligaciones como aseguradora del régimen de salud, autorizando los procedimientos requeridos y garantizando el acceso a los tratamientos prescritos. Asimismo, la atención médica se brindó conforme a los estándares técnicos y éticos de la lex artis. Ante el diagnóstico de micosis de dos meses y levantamiento de la uña, se realizó valoración, diagnóstico, prescripción farmacológica, incapacidad, procedimiento quirúrgico y seguimiento postoperatorio. Aunque el desenlace fue la amputación del dedo afectado, no se configura una falta médica, sino una actuación acorde con la evolución clínica del caso, informada y consentida por la paciente. Además, no se demuestra que dicho resultado derive de una deficiencia en la atención prestada. De tal suerte, la demandante no acreditó los elementos de la responsabilidad, al no existe prueba de un nexo causal entre alguna conducta de Compensar EPS o del personal médico que brindó la atención y los daños alegados por la demandante, puesto que no hubo ninguna falla médica en la onicectomía ni en el tratamiento que haya provocado, por sí mismo, la amputación del dedo. Por lo que, ante la carencia de prueba de la responsabilidad del asegurado, tampoco hay prueba de la ocurrencia de un siniestro y, por lo tanto, resulta contractual y legalmente improcedente la afectación de la póliza.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión

en tanto en el caso que nos convoca no se realizó el riesgo asegurado y en este sentido no se puede afectar la póliza. Esto en tanto no se ha acreditado la existencia de un hecho dañoso atribuible a una conducta culposa, negligente o imprudente por parte de Compensar EPS o del personal médico involucrado. Por el contrario, del análisis del expediente se desprende que la entidad cumplió diligente y oportunamente con sus obligaciones como aseguradora del régimen de salud, autorizando los procedimientos requeridos y garantizando el acceso a los tratamientos prescritos. Asimismo, la atención médica se brindó conforme a los estándares técnicos y éticos de la lex artis. Ante el diagnóstico de micosis de dos meses y levantamiento de la uña, se realizó valoración, diagnóstico, prescripción farmacológica, incapacidad, procedimiento quirúrgico y seguimiento postoperatorio. Aunque el desenlace fue la amputación del dedo afectado, no se configura una falta médica, sino una actuación acorde con la evolución clínica del caso, informada y consentida por la paciente. Además, no se demuestra que dicho resultado derive de una deficiencia en la atención prestada. De tal suerte, la demandante no acreditó los elementos de la responsabilidad, al no existe prueba de un nexo causal entre alguna conducta de Compensar EPS o del personal médico que brindó la atención y los daños alegados por la demandante, puesto que no hubo ninguna falla médica en la onicectomía ni en el tratamiento que haya provocado, por sí mismo, la amputación del dedo. Por lo que, ante la carencia de prueba de la responsabilidad del asegurado, tampoco hay prueba de la ocurrencia de un siniestro y, por lo tanto, resulta contractual y legalmente improcedente la afectación de la póliza.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión en tanto en el caso que nos convoca no se realizó en riesgo asegurado y en este sentido no se puede afectar la póliza. Esto en tanto no se ha acreditado la existencia de un hecho dañoso atribuible a una conducta culposa, negligente o imprudente por parte de Compensar EPS o del personal médico involucrado. Por el contrario, del análisis del expediente se desprende que la entidad cumplió diligente y oportunamente con sus obligaciones como aseguradora del régimen de salud, autorizando los procedimientos requeridos y garantizando el acceso a los tratamientos prescritos. Asimismo, la atención médica se brindó conforme a los estándares técnicos y éticos de la lex artis. Ante el diagnóstico de micosis de dos meses y levantamiento de la uña, se realizó valoración, diagnóstico, prescripción farmacológica, incapacidad, procedimiento quirúrgico y seguimiento postoperatorio. Aunque el desenlace fue la amputación del dedo afectado, no se configura una falta médica, sino una actuación acorde con la evolución clínica del caso, informada y consentida por la paciente. Además, no se demuestra que dicho resultado derive de una deficiencia en la atención prestada. De tal suerte, la demandante no acreditó los

elementos de la responsabilidad, al no existe prueba de un nexo causal entre alguna conducta de Compensar EPS o del personal médico que brindó la atención y los daños alegados por la demandante, puesto que no hubo ninguna falla médica en la onicectomía ni en el tratamiento que haya provocado, por sí mismo, la amputación del dedo. Por lo que, ante la carencia de prueba de la responsabilidad del asegurado, tampoco hay prueba de la ocurrencia de un siniestro y, por lo tanto, resulta contractual y legalmente improcedente la afectación de la póliza.

### III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

#### 1. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS OC, TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO - INEXISTENCIA DE SINIESTRO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTICULO 1072.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado acaecido durante la vigencia de la póliza o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del 30 de noviembre de 2006 y cuya reclamación se presente por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia en la que acaecieron los hechos, derivado del acto médico ejercido por el asegurado. Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal: “*Responsabilidad civil profesional médica.*” En efecto, bajo este contrato la aseguradora cubre los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, causados a terceros debidamente acreditados y derivados de la responsabilidad civil médica en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado. Sin embargo, en este caso encontramos que tal responsabilidad no se estructuró, pues no se ha demostrado una conducta culposa, negligente, imprudente o imperita por parte de los profesionales de la salud o de la EPS que haya causado el daño alegado; tampoco se ha probado un nexo de causalidad entre la actuación médica brindada en NORDVITAL IPS y la amputación del Hallux izquierdo, debido a que el tratamiento y procedimiento realizados fueron acordes a la *lex artis* y estuvieron debidamente autorizados y consentidos por la paciente; y, no se ha demostrado que exista un daño real y cuantificable, pues la demandante no aportó pruebas suficientes de la naturaleza del daño sufrido, ni de los perjuicios patrimoniales o extrapatrimoniales derivados del mismo.

Como bien lo sabe el Despacho, un "siniestro" **NO** es cualquier hecho adverso a los intereses del asegurado, ni tan siquiera cuando tengan relación tangencial con el objeto del seguro. Por el contrario, la demostración del siniestro se refiere a la "realización del riesgo asegurado", como bien lo enseña el artículo 1072 del Código de Comercio: *"ARTÍCULO 1072. <DEFINICIÓN DE SINIESTRO>. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado"*.

Entonces resulta fundamental el cumplimiento de la carga probatoria respecto de la ocurrencia del siniestro, así como de la cuantía de la pérdida, para que se haga exigible la obligación condicional derivada del contrato de seguro, tal como lo ha indicado doctrina respetada sobre el tema:

*"(...) Es asunto averiguado que en virtud del negocio asegurativo, el asegurador contrae una obligación condicional que el artículo 1045 del código de comercio califica como elemento esencial del contrato, cuyo objeto se concreta a pagar la indemnización cuando se realice el riesgo asegurado. Consecuente con esta concepción, el artículo 1054 de dicho estatuto puntualiza que la verificación del riesgo -como suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador- "da origen a la obligación del asegurado" (se resalta), lo que significa que es en ese momento en el que nace la deuda y, al mismo tiempo, se torna exigible (...)"*

*"(...) Luego la obligación del asegurador nace cuando el riesgo asegurado se materializa, y cual si fuera poco, emerge pura y simple.*

*Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro, **el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su pérdida.** (...) Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que "el asegurador estará obligado a efectuar el pago...[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077". Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (...)"*

*“(…) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe “efectuar el pago” (C. de CO., art. 1080) (…)”<sup>23</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

La importancia de la acreditación probatoria de la ocurrencia del siniestro, de la existencia del daño y su cuantía, se circunscribe a la propia filosofía resarcitoria del seguro consistente en reparar el daño acreditado y nada más que este, puesto que, de lo contrario, el asegurado o beneficiario podría enriquecerse sin justa causa, al indemnizarle un daño inexistente. En esta línea ha indicado la Corte Suprema de Justicia:

*“(…) 2.1. La efectiva configuración del riesgo amparado, según las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio, “da origen a la obligación del asegurador”.*

*2.2. En consonancia con ello, “[e]l asegurado o el beneficiario [están] obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro” (art. 1075, ib.), información que en el caso de la póliza de que se trata, debía verificarse “dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia de un tratamiento de las enfermedades de Alto Costo relacionada en la Cláusula Primera, así no afecte la Cobertura provista mediante la presente póliza” (cláusula décima, condiciones generales, contrato de seguro).*

*2.3. Pero como es obvio entenderlo, no bastaba con reportar el siniestro, sino que era necesario además “demostrar [su] ocurrencia (…), así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso” (art. 1077, ib.).*

*2.4 Esos deberes acentúan su importancia en los seguros de daños, como el que es base de la acción, toda vez que ellos, “[r]especto del asegurado”, son “contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento” (art. 1088, ib.), de modo que “la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés*

<sup>23</sup> ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. “Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca, Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos”. Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

*asegurado en el momento de siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario” (art. 1089, ib.) (...)”<sup>24</sup>.*

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrarse la ocurrencia del siniestro. Para el caso en estudio, debe señalarse como primera medida que la parte demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado, es decir, no acreditó la ocurrencia del siniestro de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1072 del Código de Comercio. Según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no se ha probado este factor, por lo que, en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador.

En el caso que nos ocupa, aunado a lo anteriormente explicado, deberá en todo caso considerarse que **NO ocurrieron hechos constitutivos de responsabilidad civil profesional médica**. En efecto véase la definición del amparo dispuesto en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548:

*“3. DEFINICIÓN DE AMPAROS:*

*A.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA: Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Igualmente bajo esta cobertura se ampara la responsabilidad civil profesional imputable al asegurado como consecuencia de la sustitución que haya hecho sobre otro profesional de la misma especialidad siempre que este haya cumplido con las instrucciones/especificaciones dadas por el asegurado. No se cubre la responsabilidad profesional propia del médico sustitutivo.”*  
(Negrilla y subrayado fuera del texto).

Ahora bien, aterrizando lo anterior al caso concreto, es claro que en el proceso no se ha probado la ocurrencia de un hecho dañoso atribuible a una conducta culposa, negligente o imprudente por parte de

---

<sup>24</sup> Sentencia SC2482-2019 de 9 de julio de 2019, Radicación n.º 11001-31-03-008-2001-00877-01. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. MP: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

Compensar EPS o de los profesionales de la salud que intervinieron en la atención de la señora Monguí Ortega Ortega. Antes bien, del análisis integral del expediente se desprende que dicha entidad cumplió en forma oportuna, diligente y completa con sus obligaciones como aseguradora del régimen de salud, autorizando todos los procedimientos médicos requeridos y facilitando el acceso a los tratamientos indicados por los profesionales de la salud.

De igual forma, los médicos adscritos que atendieron a la paciente lo hicieron conforme a los parámetros técnicos y éticos que rigen la práctica médica (*lex artis*). El manejo clínico frente al diagnóstico de dos meses de micosis y levantamiento de la uña, incluyó valoración, diagnóstico, prescripción farmacológica, incapacidad, procedimiento quirúrgico y seguimiento postoperatorio. A pesar del desenlace desfavorable para la paciente —como fue la amputación del dedo afectado—, no se configura una actuación negligente, imprudente ni imperita, sino una respuesta médica adecuada frente a la evolución clínica del caso, que además fue informada y consentida por la paciente, pues como se explicó la amputación no devino de ninguna forma de la atención médica brindada.

En este sentido, no se configura el presupuesto fundamental del riesgo asegurado, ya que no existe un hecho generador de responsabilidad civil profesional médica que sea imputable a los asegurados bajo los términos de la póliza de responsabilidad civil suscrita con La Equidad Seguros OC. Tal como se ha explicado, el seguro contratado únicamente ampara los perjuicios causados por errores médicos constitutivos de culpa (negligencia, impericia o imprudencia), y en el expediente no se acreditó que tal situación hubiera ocurrido.

Así las cosas, no se cumple con la carga probatoria prevista en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues no solo no se ha demostrado la existencia de un hecho dañoso imputable a los profesionales o a la EPS, sino que tampoco existe una pérdida patrimonial derivada de dicho supuesto hecho, por lo que no se ha realizado el siniestro que haría exigible la obligación indemnizatoria por parte de la aseguradora.

Por consiguiente, de conformidad con las condiciones generales y particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548, debe concluirse que no hay lugar al reconocimiento de indemnización alguna por parte de La Equidad Seguros OC, toda vez que no se ha activado la cobertura prevista contractualmente, ni se han acreditado los elementos necesarios para que opere el seguro como mecanismo resarcitorio.

## 2. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que, la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado, de lo contrario la suma que correspondiere pagar mediante la afectación de la póliza por medio de la cual se vincula a la compañía aseguradora constituiría un enriquecimiento sin causa en beneficio de la parte demandante. En el caso en concreto, la demandante no ha acreditado los perjuicios invocados, pues incluso ha reconocido en los hechos de la demanda que desconoce el daño sufrido, lo que impide determinar con certeza la existencia de los perjuicios. Además, no se presentó dictamen pericial que valore la naturaleza del daño ni un dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL), que permita justificar la solicitud de su indemnización, tampoco prueba el daño moral sufrido o como la amputación a afectado el desarrollo de su vida cotidiana. Por lo tanto, la falta de prueba suficiente sobre el daño y los perjuicios derivados de este impide acceder a la indemnización solicitada.

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

*“(...) Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato (...)”<sup>25</sup>*

Se puede concluir entonces que el Contrato de Seguro tiene un carácter meramente indemnizatorio y por

---

<sup>25</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 22 de julio de 1999. Expediente:5065

tal motivo, tiene como finalidad llevar a la víctima al estado anterior, más no enriquecerla. Es por ello que, aterrizando al caso en cuestión, no es de recibo indemnizar el daño tal y como fue pretendido por la parte Demandante, más aún, teniendo en cuenta las tasaciones exorbitantes de sus perjuicios no probados. En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

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

Así las cosas, el carácter de los seguros es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Conforme a ello, en caso de pagarse suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad a cargo de la parte pasiva y eventualmente enriqueciendo al accionante.

No puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Así las cosas, de efectuar cualquier pago por concepto de lucro cesante futuro y consolidado, daño moral y daño a la vida en relación en los montos pretendidos, implicaría un enriquecimiento para la parte demandante y en esa medida se vulneraría el principio indemnizatorio del seguro. En otras palabras, si se reconocieran los daños pretendidos se transgrediría el principio indemnizatorio del seguro toda vez que se estaría enriqueciendo al extremo actor en lugar de repararlo.

Por todo lo anterior y teniendo en cuenta que dentro del plenario no se demostraron los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda, su reconocimiento claramente vulneraría el principio indemnizatorio. Lo anterior, por cuanto en primer lugar, es inviable reconocer emolumento alguno referente a:

1. Daño moral, puesto que los demandantes no han probado —y se demostrará en el proceso que

tampoco probarán— la existencia del daño moral alegado, careciendo de sustento probatorio concreto para acreditar tal afectación;

2. Daño a la vida en relación, puesto que no se encuentra acreditado que la señora Monguí Ortega haya experimentado un daño al desarrollo de su vida cotidiana o las actividades que desarrolla en esta, y, ningún tipo de perjuicio puede presumirse sin respaldo probatorio suficiente que demuestre la naturaleza y gravedad del daño alegado;
3. Afectación a bien constitucionalmente protegido, puesto que por un lado no es un daño reconocido por la jurisdicción civil y por otro la parte actora no aporta prueba alguna que permita acreditar que se haya vulnerado el libre desarrollo de la personalidad o cualquier otro derecho constitucionalmente protegido.
4. Lucro cesante, puesto que no está probado que la señora Monguí Ortega realizara alguna actividad económica para enero de 2023, ni que derivara ingresos, salario o renta de dicha actividad, y no se ha presentado dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) que sustente la existencia de un perjuicio económico derivado de los daños alegados.

Conforme a lo anterior, es claro que no se encuentra probada la realización del riesgo asegurado. motivo por el cual no puede reconocerse ninguna indemnización a favor de la parte demandante y, aún si se consideraran acreditados dichos presupuestos, no es jurídicamente viable conceder los conceptos y sumas reclamadas al carecer de un medio de prueba que justifique y demuestre su cuantía, un actuar contrario al momento de dictar sentencia implicaría en igual medida el desconocimiento de lo previsto en el artículo 1088 del Código de comercio, tornando la remota en probable condena en fuente de enriquecimiento sin justa causa a favor de la parte demandante.

En conclusión, teniendo en cuenta que la parte demandante no acreditó, a través de elementos probatorios útiles, necesarios y pertinentes la existencia del siniestro y de los perjuicios extrapatrimoniales y patrimoniales pretendidos, solicito al Honorable Despacho no reconocer su pago, toda vez que se vulneraría el carácter indemnizatorio del contrato de seguro.

### 3. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

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

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

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

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

*“(…) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del*

*perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización (...)*<sup>26</sup> (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:

**COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO**

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$2,000,000,000.00
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
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si

BASE DE COBERTURA: CLAIMS MADE

BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE AMPARAN LAS INDEMNIZACIONES POR LAS RECLAMACIONES ESCRITAS PRESENTADAS POR LOS TERCEROS AFECTADOS Y POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO O A LA ASEGURADORA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SE TRATE DE HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA MISMA VIGENCIA O DENTRO DE LAS VIGENCIAS ANTERIORES CONTADAS A PARTIR DE 30/11/2006 Y POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE

FECHA DE RETROACTIVIDAD: FECHA DE RETROACTIVIDAD: 30 DE NOVIEMBRE DE 2006

LIMITE ASEGURADO: COP 1.000.000.000 POR EVENTO Y COP 2.000.000.000 VIGENCIA ANUAL

En relación con la cláusula de la póliza, es importante señalar que el valor asegurado establecido es de **COP 1.000.000.000 por evento**, lo que implica que, en caso de que se configure un siniestro cubierto bajo

<sup>26</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

la póliza de responsabilidad civil profesional, la aseguradora está obligada a indemnizar, como máximo, hasta dicha cantidad por cada evento. Es decir, independientemente del monto total de los perjuicios que se pretenda reclamar, la compensación que se derive de un solo evento no podrá exceder de los 1.000 millones de pesos establecidos en las condiciones de la póliza.

Adicionalmente la Póliza No. AA198548, en la sección de “AMPAROS - CLAUSULAS Y COBERTURAS ADICIONALES” dispuso:

**AMPAROS:**

- SE EXTIENDE A AMPARAR TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PROPIOS Y ADSCRITOS
- SE EXTIENDE A AMPARAR LOS PROFESIONALES EN SALUD QUE SON CONTRATADOS DIRECTAMENTE, POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, POR EL CONSORCIO COMPENSAR O POR CUALQUIER OTRA MODALIDAD DE VINCULACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO SE TRATE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN NOMBRE DEL TOMADOR, Y QUE LOS PROFESIONALES EN SALUD CUENTEN CON SU PROPIA PÓLIZA INDIVIDUAL DE RC MEDICA. ESTE AMPARO, OPERA EN EXCESO DE LAS PÓLIZAS INDIVIDUALES QUE TENGAN LOS PROFESIONALES EN SALUD ADSCRITOS AL TOMADOR Y EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL TOMADOR
- DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN DIRECTAMENTE DERIVADOS DE UNA LESIÓN CORPORAL O DAÑO MATERIAL AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- SUMINISTRO DE ALIMENTOS, BEBIDAS, MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS
- BIENES BAJO CUIDADO, TENENCIA Y CONTROL LOS DAÑOS FÍSICOS O DESTRUCCIÓN DE BIENES MUEBLES, MIENTRAS ESTOS SE ENCUENTREN BAJO EL CUIDADO O LA TENENCIA O EL CONTROL DEL ASEGURADO.
- ERRORES EN LA INTERPRETACIÓN Y LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS EN EXÁMENES Y MEDIOS DE DIAGNÓSTICO.
- USO DE EQUIPOS, APARATOS MÉDICOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS, BAJO LA COBERTURA DE RC PROFESIONAL; LA RESPONSABILIDAD CIVIL

De tal manera que, el amparo proporcionado por esta póliza opera en exceso de las pólizas individuales de los profesionales de salud.

Por lo que en el improbable caso que el juez considere que se encuentra acreditado el riesgo asegurado en esta póliza -la responsabilidad civil profesional- deberá tener en consideraciones las condiciones particulares de la misma y fallar en este sentido.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unas condiciones, límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

**4. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO DEL 12.5% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO \$ 95.700.000.**

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, debe tenerse en cuenta la existencia del deducible pactado por 12.5% de la pérdida, mínimo \$95.700.000.

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

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

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes (...)”<sup>27</sup>. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

En efecto, resulta fundamental que tenga en cuenta los siguientes deducibles pactados en el contrato de seguro:

---

<sup>27</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

**COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO**

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales Medios Laborales y Operarios	\$2,000,000,000.00	12.50%	95,700,000.00 Pesos

DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP 6.800.000. APLICA PARA TODA Y CADA PÉRDIDA

DEMÁS COBERTURAS: 12.5% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP 95.700.000 TODAS Y CADA PERDIDA, PERO PARA RECLAMOS MAYORES A COP 95.700.000 Y MENORES A COP 239.200.000 COMPENSAR PAGARÁ EL 50% Y EL REASEGURADOR EL OTRO 50%.

PARA RECLAMOS MAYORES A COP 239.200.000 APLICARÁ EL DEDUCIBLE ORIGINAL (12.5% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP 95.700.000 TODAS)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro, es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que corresponde al 12,5% de la pérdida siempre y cuando esta no sea menor a la suma de \$95.7000.000.

Por lo expuesto solicito al despacho tener en cuenta las condiciones del aseguramiento a la hora de resolver la relación sustancial que vincula a mi mandante en este proceso.

**5. 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.

## **6. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS NO. AA198548, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS**

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del Código de Comercio, La Equidad Seguros 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 del llamamiento contra mi representada, La Equidad Seguros Generales O.C., tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales.

## **7. GENÉRICA O INNOMINADA**

Solicito de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente al llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

### **CAPÍTULO III:** **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

#### **I. DOCUMENTALES**

1. Carátula de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548 vigente desde el 31 de diciembre de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2023.

2. Condicionado general y particular de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA198548.

## II. INTERROGATORIO DE PARTE

1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MONGUI ORTEGA ORTEGA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste 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. La señora ORTEGA podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **RAMÓN ESTEBAN GÓMEZ CAMPEROS**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste 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. El señor GÓMEZ podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARÍA BELÉN ORTEGA ESLAVA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste 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. La señora ORTEGA podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **JAIDER DAVID TRUJILLO ORTEGA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste 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. El señor TRUJILLO podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

## III. DECLARACIÓN DE PARTE

Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del C.G.P, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre todos los hechos relacionados con el proceso y especialmente, las condiciones particulares y generales de la póliza, su vigencia temporal y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

#### IV. TESTIMONIALES

1. Solicito se sirva citar al doctor **JULIAN MAURICIO CONTRERAS RIOS**, médico adscrito a NORDVITAL IPS, quien realizó la onicectomía del 26 de enero de 2023. Con el objeto de que se pronuncie sobre dicho procedimiento realizado a la señora MONGUI ORTEGA. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca del tratamiento médico suministrado a través del procedimiento, así como las condiciones clínicas, resultado del tratamiento y procedimientos suministrados.

El doctor CONTRERAS RIOS podrá ser citado en la Calle 15 No. 2E -07 de Cúcuta y al correo electrónico [nordvitalips@gmail.com](mailto:nordvitalips@gmail.com)

2. Solicito se sirva citar al doctor **BETTY ZULAY SERRANO TORRADO**, médico adscrito a NORDVITAL IPS, quien ordenó la onicectomía y atendió a la paciente el 11 de enero de 2023. Con el objeto de que se pronuncie sobre la atención médica brindada a la señora MONGUI ORTEGA. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca del tratamiento médico suministrado, así como las condiciones clínicas, resultado del tratamiento y procedimientos suministrados.

El doctor SERRANO podrá ser citado en la Calle 15 No. 2E -07 de Cúcuta y al correo electrónico [nordvitalips@gmail.com](mailto:nordvitalips@gmail.com)

3. Solicito se sirva citar al doctor **GUILLERMO ANDRÉS DÍAZ LEÓN**, médico adscrito a NORDVITAL IPS, quien valoró a la paciente el 26 de enero de 2023 después de la onicectomía. Con el objeto de que se pronuncie sobre la atención médica brindada a la señora MONGUI ORTEGA. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca del

tratamiento médico suministrado, así como las condiciones clínicas, resultado del tratamiento y procedimientos suministrados.

El doctor DÍAZ podrá ser citado en la Calle 15 No. 2E -07 de Cúcuta y al correo electrónico [nordvitalips@gmail.com](mailto:nordvitalips@gmail.com)

4. Solicito se sirva citar al doctor **TAREK ABDELHAMID ABDALLA**, médico adscrito a la Clínica Santa Ana, quien recibió a la paciente en consulta el 28 de enero de 2023. Con el objeto de que se pronuncie sobre la atención médica brindada a la señora MONGUI ORTEGA. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de el diagnóstico presentado por la demandante posterior a la cirugía y en la consulta realizada en esta clínica.

El doctor ABDALLA podrá ser citado en la AV 11 E 8 -41 Barrio Colsag Cúcuta N.D.S., CUCUTA y al correo electrónico [gerencia.csa.sa@gmail.com](mailto:gerencia.csa.sa@gmail.com)

5. Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., de los Contratos de Seguro objetos del presente litigio.

La doctora Lopez podrá ser citada en el correo electrónico [lopezromerodc@hotmail.com](mailto:lopezromerodc@hotmail.com)

#### **CAPÍTULO IV:** **ANEXOS**

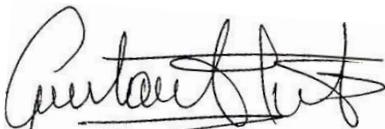
1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.

2. Escritura pública 2779 del 02 de diciembre de 2021 mediante al cual se otorga poder general a G. Herrera & Asociados Abogados S.A.S.
3. Certificado de existencia y representación legal de la Equidad Seguros Generales O.C.
4. Certificado de existencia y representación legal de G. Herrera & Asociados Abogados S.A.S.

**CAPÍTULO V:**  
**NOTIFICACIONES**

- El suscrito, en la Carrera 11 A # 94A - 23 oficina 201 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
- Mi procurada, La Equidad Seguros Generales O.C., recibirá notificaciones en la Carrera 9 A No. 99-07 P12 -13 - 14- 15, en Bogotá y en el correo electrónico [notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)
- El Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.
- En llamante en garantía, Compensar EPS recibirá notificaciones en las direcciones relacionadas en su respectiva contestación y el documento del llamamiento en garantía.

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.