

JUZGADO VEINTISIETE CIVIL DEL CIRCUITO
Bogotá D.C., diez de diciembre de dos mil diecinueve

REF. VERBAL No. (26) 2017-462

Se avoca conocimiento del presente proceso Verbal promovido por DAGOBERTO MAYORQUÍN BARRERO y MÓNICA YUBIED ALBARRACÍN MONTOYA en nombre propio y en representación de sus hijos menores DAGOBERTO MAYORQUÍN ALBARRACÍN y VALENTINA MAYORQUÍN ALBARRACÍN contra EPS SANITAS, UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES S.A.S USMI DE ZIPAQUIRÁ y MÉDICOS ASOCIADOS S.A., proveniente del Juzgado 26 Civil del Circuito de Bogotá en razón de la declaración de nulidad de pleno derecho del art 121 del CGP.-

En este orden de ideas y como quiera que la declaración de nulidad por el Juzgado 26 Civil del Circuito acorde al Art 121 del CGP fue a partir de la fecha de 4 de julio de 2018, nulidad esta que tiene efectos retroactivos en las actuaciones en el plenario razón por la cual la notificación verificada a los demandados EPS SANITAS y MÉDICOS ASOCIADOS S.A., con posterioridad a dicha data ha de renovarse.

Ahora consecuente de lo anterior se tienen como notificados por CONDUCTA CONCLUYENTE conforme al inciso 1º del Art 301 del CGP a EPS SANITAS y MÉDICOS ASOCIADOS S.A., a partir de la notificación por ESTADO de esta providencia.

Secretaria verifique los términos para la intervención de estos sujetos procesales.

NOTIFIQUESE ()
La Juez,

MARIA EUGENIA FAJARDO CASALLAS

JUZGADO VEINTISIETE CIVIL DEL CIRCUITO	
SECRETARIA	
Bogotá, D.C.,	7 6 DIC 2019
Notificado por anotación en	
ESTADO No.	de esta misma fecha.
El Secretario,	
FERNANDO ORTEGÓN MONTENEGRO	

617

Señor

JUEZ 27 CIVIL DE CIRCUITO DE BOGOTA

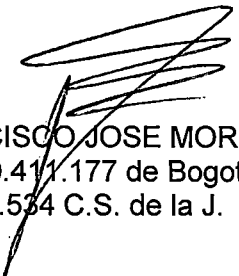
E. S. D.

Ref. VERBAL. Demandante. DAGOBERTO MAYORQUIN – OTRO. Demandado. MEDICOS ASOCIADOS S.A. I.P.S. – Otros. Rad. 2017-462 (j 26 c.c)

En mi condición de apoderado especial de la sociedad Médicos Asociados S.A., y de conformidad al proveído notificado por Estado del día 16 de diciembre de 2019, en virtud del cual se avoca conocimiento del proceso remitido del Juzgado 26 Civil de Circuito de Bogotá y se tiene por notificadas a las accionadas por conducta concluyente, solicito de forma respetuosa y en atención a los principios de economía procesal, defensa y derecho de contradicción, se tenga y acepte como válida la respuesta que a la demanda generar MEDICOS ASOCIADOS y radicada en oportunidad procesal para ante el Juez 26 Civil de Circuito de Bogotá y visible a Folios 437 a 616 del Cuaderno 1 de las actuaciones de su Despacho, así como se tenga en cuenta y en oportunidad procesal se agregue o integre a las actuaciones como medio probatorio, los documentos ubicados en el precitado cuaderno y a folios 618 a 620 y que son respuesta generada por la Secretaria de Salud y según lo solicitado por mi asistida como medio probatorio en la citada contestación de demanda.

Conforme a lo expuesto, solicito o reitero mi petición para que la contestación a la demanda, visible de los folios 437 al 616 del Cuaderno 1 de las actuaciones ante este su Despacho, se tenga como contestación válida a la demanda y en la oportunidad procesal se de traslado de la misma al actor; igual solicitud respecto de los medios probatorios visibles en el mismo cuaderno 1 de folios 618 a 620.

Cordialmente,

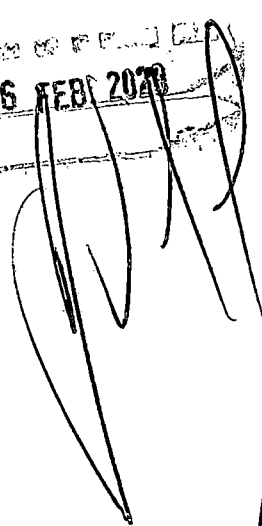

FRANCISCO JOSE MORENO RIVERA
C.C. 79.411.177 de Bogotá
T.P. 65.534 C.S. de la J.


17-01-20
JUZGADO 27 CIVIL CTO.

25386 19-DEC-'19 9:12

26 FEB 2020

Departamento de
Seguridad



en tiempo

(3)

Respetada Dra.

MARIA EUGENIA FAJARDO CASALLAS

JUEZ VEINTISIETE (27) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

REF: Proceso (26) 2017-462

Demandantes: Dagoberto Mayorquín Barrero & otros

Demandados: EPS Sanitas & otros

GABRIEL ANDRÉS JIMÉNEZ SOTO, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía 19.467.424, obrando en mi condición de representante legal de la Entidad Promotora de Salud Sanitas como lo acredito con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, el cual adjunto, atentamente manifiesto a usted que confiero PODER ESPECIAL, amplio y suficiente a la doctora **OLGA VIVIANA BERMÚDEZ PERDOMO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.022.342.195 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 208.089 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre de la sociedad que represento actúe como apoderada especial dentro del proceso judicial de la referencia.

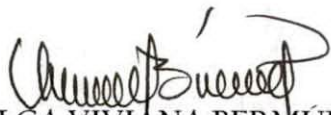
Mi apoderada cuenta con las más amplias facultades para el ejercicio del presente poder en especial para notificarse, actuar, conciliar, recibir, transigir, desistir, recurrir, sustituir, reasumir y en general todas las facultades propias del mandato.

Con toda atención,



GABRIEL ANDRÉS JIMÉNEZ SOTO,
C.C. No. 19.467.424

Acepto,



OLGA VIVIANA BERMÚDEZ PERDOMO,
C.C. No. 1.022.342.195
T.P. No. 208.089 del C.S.J.

Notaria
30
TREINTA

Notaria Treinta de Bogotá
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO

Este memorial fue presentado personalmente ante el Suscrito Notario por:

JIMENEZ SOTO GABRIEL ANDRES

Identificado con: C.C. 19467424
 T.P. de Abogado No. 82717

quien declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y que el contenido del mismo es cierto.


 Verifique estos datos en www.notariaentanea.com
4REPGD6ECFW6LHKK

himu7mymh6nhymyn

Bogotá D.C. 13/01/2020
 a las 11:48:56 a.m.

necg

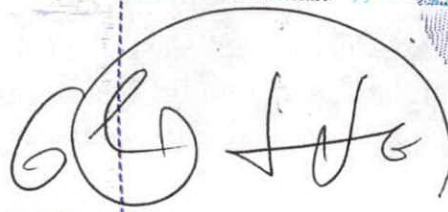
Verifique estos datos en www.notariaentanea.com
4REPGD6ECFW6LHKK

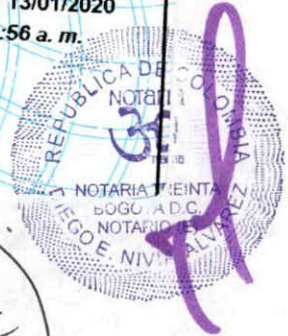
Notaria
30
TREINTA

Notaria Treinta (30) del Circulo de Bogotá D.C.

Huella







Notaria
30
TREINTA

Notaria Treinta de Bogotá
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO

Este memorial dirigido a: DEL 27
CIVIL de Bogotá

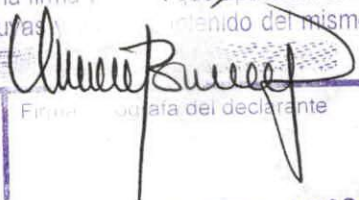
Fue presentado Personalmente ante la Suscrita Notaria Por: Olga Viviana Bermudez
Perdomo

Identificado con la C.C. 1.022.342.195 - Bta
 T.P. de Abogado No. 208.089 de

quien declaró que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y que el contenido del mismo es cierto.

Fecha: 13 ENE 2020

Huella: 

Firma: 

BOGOTÁ, D.C.

Diligenció:

Autorizó la anterior diligencia LA NOTARIA TREINTA DE BOGOTÁ, D.C.





CJ -6781/2018

Señora Juez

Dra. MARÍA EUGENIA FAJARDO CASALLAS

JUZGADO VEINTISIETE (27) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, D.C.

E. S. D.

4412
JUZGADO 27 CIVIL CTO.

25688 22-JAN-20 16:24

32 horas.

REF. ****CONTESTACIÓN DE DEMANDA**** PROCESO DECLARATIVO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

Proceso: (26) 2017-462

Demandantes: DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN, MÓNICA YUBIED ALBARRACÍN MONTOYA, DAGOBERTO MAYORQUIN BARRETO, VALENTINA MAYORQUIN ALBARRACIN

Demandados: USMI ZIPAQUIRA, MÉDICOS ASOCIADOS & EPS SANITAS S.A

OLGA VIVIANA BERMÚDEZ PERDOMO, mayor de edad y vecina de la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.022.342.195 expedida en Bogotá D.C., y titular de la T.P. No. 208.089 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderada judicial de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S (en adelante EPS SANITAS), entidad identificada con NIT 800.251.440-6, representada legalmente por el Dr. GABRIEL ANDRÉS JIMÉNEZ SOTO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá e identificado con cédula de ciudadanía No. 19.467.424 de Bogotá, demandada en el proceso de la referencia, en ejercicio del poder que legalmente me fue otorgado y que se allegó adjunto a la solicitud de llamamiento en garantía, en atención al auto del 10 de diciembre de 2019 (notificado en el estado del 16 de diciembre de 2019) por medio del presente procedo a dar CONTESTACIÓN A LA DEMANDA DE LA REFERENCIA, formulada ante usted por DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN, MÓNICA YUBIED ALBARRACÍN MONTOYA, DAGOBERTO MAYORQUIN BARRETO, VALENTINA MAYORQUIN ALBARRACIN contra de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS, UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES SAS - USMI ZIPAQUIRA & MÉDICOS ASOCIADOS S.A., en los siguientes términos:

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

Me pronunciaré de manera expresa respecto de cada uno de los hechos descritos por la apoderada de la parte demandante, en la misma forma en que fueron señalados por aquella en el escrito de la demanda.

El pronunciamiento sobre cada uno de los hechos y las conclusiones realizadas por la suscrita, se desprenden de la historia clínica obrante en el expediente demandatorio y allegados con la conciliación extrajudicial, así como de las demás pruebas que esta pueda allegar:

1. **FRENTE AL HECHO PRIMERO** El presente enunciado refiere varios hechos, razón por la cual me permito separarlos para mayor entendimiento del Despacho en el siguiente sentido:

1. **NO ME CONSTA** la unión marital entre los demandantes ni su organización matrimonial, por tanto me atengo a lo legalmente probado.



2. NO LE CONSTA a mi representada las condiciones del nacimiento del menor dado que mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

No obstante, de la documental allegada por la parte actora y del histórico de autorizaciones, se determina que el menor era fruto de segunda gestación y nace por cesárea. Que al mes y 22 días de nacido se evidencia ingreso del 14 de agosto del 2012 por urgencias de Clínica Universitaria Colombia, remitido de unidad de atención primaria por presentar por petequias y sangrado en sitio de aplicación BCG con trombocitopenia severa 13000. Se considera que el cuadro puede corresponder a trombocitopenia aloinmune se envía para manejo al Hospital de la Misericordia.

Por lo anterior se infiere que el paciente cursaba de base con una condición médica importante, lo cual no acreditaba que fuera "totalmente sano" y que no cursara con ningún padecimiento en su salud.

2. FRENTE AL HECHO SEGUNDO: NO LE CONSTA a mi representada el episodio febril, la convulsión ni la causa del mismo dado que es mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

No obstante, de la historia clínica aportada con la demanda y en la convocatoria de conciliación y el histórico de dispensaciones se evidencia episodio convulsivo con 7 meses de edad requiriendo hospitalización Clínica Universitaria Colombia secundario a episodio febril agudo.

3. FRENTE AL HECHO TERCERO: NO LE CONSTA a mi representada el resultado del examen practicado al menor dado que es mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

NO ES CIERTO que la Clínica Universitaria Colombia pertenezca a la EPS Sanitas, dicha institución es una persona jurídica diferente a mi representada, que cuentan con autonomía e independencia en cada una de sus actividades.

4. FRENTE AL HECHO CUARTO: NO LE CONSTA a mi representada la conversación sostenida entre el médico Francisco José Aldana y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

No obstante de las afirmaciones presentadas por la madre del paciente, es meritorio precisar conforme la literatura médica que:

1. Si bien el paciente podría presentar una erradicación de sus convulsiones, estas también pueden mantenerse presentes o ser más severas, de acuerdo con la evolución neurológica que presente el paciente.
2. Ahora bien, sobre el tratamiento farmacológico se encuentra que este puede controlar las crisis de gran mal (severas) en el 50% de los casos y reducir su frecuencia en otro 35%; puede controlar las crisis de petit mal en el 40% y disminuir su frecuencia en el 35%, y controlar las crisis psicomotoras en el 35% y reducir su frecuencia en el 50% de los casos. No obstante



lo anterior, el paciente puede presentar crisis en cualquier momento. El medicamento no erradica las crisis convulsivas.

3. Los pacientes con crisis pueden llegar a presentar deterioro cognitivo o cerebral.
4. Las crisis epilépticas son la consecuencia de una desviación en el equilibrio normal entre excitación e inhibición dentro del Sistema Nervioso Central. Teniendo en cuenta el gran número de factores que controla la excitabilidad neuronal, existen muchas formas diferentes que alteran este equilibrio y por tanto, muchas causas distintas de crisis epilépticas. Esta son:
 1. El cerebro normal bajo determinadas circunstancias es capaz de sufrir una crisis epiléptica, y existen diferencias entre los individuos respecto a la susceptibilidad o el umbral de las crisis epilépticas. Por ejemplo la fiebre alta puede producir crisis epilépticas en niños que son normales y que pueden o no desarrollar otras afectaciones neurológicas.
 2. Algunos procesos tienen muchas probabilidades de producir un trastorno epiléptico crónico. Ejemplo de esto son los traumatismos craneales penetrantes graves.
 3. Las crisis epilépticas son episódicas. Los pacientes con epilepsia sufren crisis epilépticas de forma intermitente y, según la causa subyacente entre crisis, muchos pacientes permanecen completamente normales durante meses o incluso años, hasta que tengan una nueva convulsión.
5. **FRENTE AL HECHO QUINTO: NO LE CONSTA** a mi representada el resultado del examen practicado al menor dado que es mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

No obstante, de la documental allegada por la parte actora se encuentra que la Resonancia Magnética Nuclear
6. **FRENTE AL HECHO SEXTO: NO LE CONSTA** a mi representada el resultado del examen practicado al menor dado que es mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.
7. **FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: NO LE CONSTA** a mi representada la conversación sostenida entre el neurólogo y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

Así mismo desconoce la frecuencia de los episodios convulsivos, razón por la cual me atengo a lo legalmente probado por la parte actora.
8. **FRENTE AL HECHO OCTAVO:** El presente enunciado refiere varios hechos, razón por la cual me permito separarlos para mayor entendimiento del Despacho en el siguiente sentido:
 1. Es cierto que el paciente ingresa por consulta en el USMI de Zipaquirá el 20 de marzo de 2014.



2. Respecto a la calificación de negligencia médica, es menester indicar que NO ES UN HECHO es una apreciación subjetiva de la demandante carente de sustento probatorio.
3. NO ES CIERTO que exista violación al derecho a la libre escogencia, por el contrario mi representada cuenta con una red amplia de prestadores de servicios de salud como se probará a lo largo del proceso.
4. Ahora bien, si la usuaria accedió a los servicios de la Unidad de Servicios Integrales SAS UMSI de Zipaquirá, es debido a que esta se georeferenció allí como su Unidad Primaria de Salud y dentro del requerimiento de cita prioritaria la asignación disponible se dio en esta unidad.

8.1. FRENTE AL HECHO OCTAVO PUNTO UNO: NO ES CIERTO que al paciente no se le hayan tomado signos vitales, ni que no se haya examinado, por el contrario y conforme el Resumen de la Historia clínica allegada por la parte actora se refiere:

- a. Objeto de consulta – anamnesis (información reportada por los padres refiere): Paciente con cuadro de 2 días de fiebre ocasional con síntomas gripales, tos húmeda, niega otros síntomas.
- b. Al examen físico con Frecuencia Cardíaca (FC): 98, Frecuencia Respiratoria (FR): 18, Peso: 11 kilos, nariz edema de mucosa nasal, Ruidos Respiratorios (rsrs) sin agregados, lo cual indica que a la auscultación no se encontró ningún ruido respiratorio a lo cual refiere la madre como PITO, tampoco se refiere dificultad respiratoria.
- c. Se realiza impresión diagnóstica - IDx: Rinofaringitis aguda, se formula acetaminofén, ketotifeno, valproico sódico. El tratamiento farmacológico se redujera a un “jarabe”, por el contrario se evidencia que el manejo médico está compuesto por varios medicamentos.

Se considera que el manejo en la atención fue adecuado y pertinente de acuerdo con los hallazgos registrados en la historia clínica con diagnóstico de rinofaringitis. El menor no presenta signos ni síntomas sugestivos de neumonía ni de otra condición patológica diferente a la diagnosticada y por ende no era meritorio realizar una determinación diferente ni indicaciones diferentes a las referidas.

8.2. FRENTE AL HECHO OCTAVO PUNTO DOS: NO ES UN HECHO es una apreciación subjetiva de la demandante carente de sustento probatorio y de razonamiento científico, dado que el tratamiento ordenando al paciente en momento alguno se configuró en un procedimiento que sugiriera definir diferentes líneas procedimentales. Se desconoce si la parte actora siguió el manejo médico suministrado, dado que este fue farmacológico de manejo ambulatorio del cual ignoramos si los padres aceptaron (suministrando la medicación) o rechazaron (no suministrando la medicación) el tratamiento de acuerdo con las recomendaciones médicas dadas por el tratante.



8.3. FRENTE AL HECHO OCTAVO PUNTO TRES: NO ES UN HECHO es una apreciación subjetiva de la demandante carente de sustento probatorio y de razonamiento científico, dado que de conformidad con los hallazgos clínicos no era necesario realizar ayudas diagnósticas adicionales.

Los exámenes o ayudas diagnósticas, son como su nombre lo dice son ayudas, que conjunto con la valoración clínica soportan la labor diagnóstica. La labor diagnóstica se forma principalmente de la auscultación y la clínica realizada por el tratante; si el médico considera que existen hallazgos por revisar determinará la realización de ayudas diagnósticas adicionales para descartar o confirmar las situaciones que requiera. En el presente caso el tratante no consideró que debía realizar un despliegue adicional de ayudas diagnósticas, por cuanto con los hallazgos clínicos y la sintomatología podía realizar la labor diagnóstica.

Por otro lado, tal como se indicó en la contestación del hecho anterior, al paciente se le hizo la debida anamnesis y registro, así como toma de signos vitales y examen físico.

9. FRENTE AL HECHO NOVENO: El presente enunciado refiere varios hechos, razón por la cual me permito separarlos para mayor entendimiento del Despacho en el siguiente sentido:

1. Respecto a las apreciaciones y calificaciones realizadas por la familia frente al estado del menor NO ME CONSTAN dado que son anotaciones subjetivas de las cuales deben ser probadas por la parte actora.
2. De conformidad con la historia clínica allegada por la parte actora ES CIERTO que la madre del menor lo ingresa a urgencias del Hospital Universitario de la Samaritana el 22 de marzo de 2014 (2 días después de la anterior consulta).
3. El cuadro de consulta es totalmente diferente al presentado el 20 de marzo en el USMI de Zipaquirá. En esta ocasión se reporta:

Paciente de 1 año traído por la mama, por cuadro de 3 días caracterizado por picos febriles de 38°. Saturación (sat): 80% asociado a tos seca (inicialmente la tos era húmeda), rinorrea hialina, irritabilidad, hiporexia¹. Antecedente de epilepsia en manejo con fenobarbital en tránsito con ácido valproico. Ultima hospitalización en agosto 2013. Al examen físico con Frecuencia Cardíaca (FC):140, Frecuencia Respiratoria (FR):37, temperatura T:36.5°, mucosa oral semiseca, palidez mucocutanea, laringoscopia normal, otoscopia normal, Ruidos Cardíacos (rscs) rítmicos no soplos, pulmonar ventilados roncus ocasionales, tirajes intercostales, polipneico², abdomen blando depresible no signos de irritación peritoneal, se realiza IDx: Bronconeumonía. Se ordena radiografía (RX) de tórax, PCR, ch, líquidos endovenosos, metilprednisolona, O₂ por CN, MNB con salbutamol. Psicomotor camina desde los 14 meses. Los exámenes reportaron Leucocitos 6050, n:78.3, lin 16, plaquetas 83.000, PCR:30.9, el RX de tórax aumento de trama bronquial, infiltrados parahiliares y bases. Se define hospitalización se inicia tratamiento con ampicilina 550 mg cada 6 h, metilprednisolona 22 mg iv ahora y 11 mg IV cada 6 horas, aminofilina, con requerimiento de O₂, con síndrome bronco obstructivo se inicia sulfato de magnesio, cefuroxime 380 mg IV cada 8 horas.

¹ Pérdida del apetito.

² La polipnea consiste en un aumento de la frecuencia y aumento de la profundidad respiratorias



9.1. FRENTE AL HECHO NOVENO PUNTO UNO: El presente enunciado refiere varios hechos, razón por la cual me permito separarlos para mayor entendimiento del Despacho en el siguiente sentido:

1. CIERTO que el Hospital de la Samaritana no tenía vínculo contractual con mi representada para el suministro de servicios de salud, no obstante al ser una URGENCIA el suministro del servicio se hace de manera inmediata y sin ninguna limitación.
2. La Institución Prestadora del Servicio de Salud debe realizar la verificación de derechos del usuario e informar a la entidad responsable del pago (entidad a la cual se encuentre afiliado el usuario) sobre la atención inicial del urgencias en virtud del Decreto 4747 de 2007 artículo 11 y 12. Para los efectos del presente caso el Hospital la Samaritana informó a la EPS la atención inicial de urgencias el 22 de marzo de 2014 a las 14.30 solicitando la remisión ante la falta de convenio. Es de advertir que este trámite es netamente administrativo y no interfiere de manera alguna con la atención del servicio de salud, este tiene continuidad.
3. Ante la solicitud de traslado se procede a realizar el trámite de referencia con la red adscrita de EPS Sanitas S.A., sin embargo ante la falta de camas de hospitalización pediátrica no se concretó el traslado del menor y por esta razón se decidió mantener el manejo en el Hospital de la Samaritana quien cumplía con las condiciones de atención en salud que requería el menor (ver prueba No.6), por tanto las aseveraciones presentadas por la demandante NO SON CIERTAS son simples apreciaciones subjetivas carentes de sustento probatorio y factico.

En momento alguno hubo limitación del suministro de servicio, por el contrario al paciente se le autorizó la atención inicial de urgencias como la hospitalización del paciente como se puede evidenciar en el histórico de las autorizaciones obrante en prueba documental No.1

10. FRENTE AL HECHO DÉCIMO: NO LE CONSTA a mi representada el cambio de habitación y si había baño privado o no, dado que es mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

Ahora bien de conformidad con la documental allegada por la parte actora se encuentra que el manejo médico fue acorde con las condiciones clínicas del paciente y apegado a la guía de manejo de Neumonía, iniciando el manejo con antibiótico de primera línea, y posterior manejo con antibiótico de amplio espectro según requerimientos del paciente.

El paciente curso durante la hospitalización con Neumonía complicada. El 26 de marzo del 2014, cuarto día de hospitalización el paciente presentó mejoría de la dificultad respiratoria, sin picos febriles, tolerando la vía oral, diuresis y deposiciones positiva, evolución clínica satisfactoria hacia la mejoría. El 28 de marzo del 2014 el paciente presenta: FC:120, FR:30 RPM, Buen estado general con requerimiento de oxígeno suplementario a bajo flujo, irritable en 6to día de hospitalización con mucosa oral húmeda, rinorrea, hialina, con movilización de secreciones sibilancias en ambos campos pulmonares, el día anterior presenta febrícula y durante la noche presentó movilización de secreciones, leves tirajes intercostales,

evolución lenta hacia la mejoría se continua tratamiento antibiótico, disminuir IO2 a tolerancia, bajo estas condiciones los tratantes consideraron la posibilidad de egreso del paciente, la cual nunca se materializó dado que todo dependía de la continuidad de la evolución favorable. Por tanto **NO ES CIERTO** que al paciente se le fuera a dar egreso en malas condiciones de salud.

10.1. FRENTE AL HECHO DÉCIMO PUNTO UNO: NO LE CONSTA a mí representada lo conversado entre el tratante y los padres del menor dado que esto obedece a una relación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado.

Ahora bien de conformidad con la documental allegada por la parte actora se encuentra que el 29 de marzo del 2014 el paciente presenta una evolución clínica lenta con hipoventilación campo pulmonar izquierdo, se solicita una radiografía (Rx) de tórax se evidencia opacidad hemitórax izquierdo posible atelectasia se considera evolución tórpida, por lo que se realiza escalonamiento a Meropenem 1000 mg/kg/día. Se solicita TAC de Tórax y se inicia remisión a III nivel de competencia. Ordenes medicas salbutamol, prednisolona tab 5 mg, dar 10 mg vía oral día, ipratropium bromuro, cefuroxima 380 mg IV cada 8 horas, Acido Valproico 2 cc cada 8 horas.

II. FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: NO LE CONSTA a mi representada lo conversado entre el equipo médico y los padres del menor dado que esto obedece a una relación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado.

II.1. FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO PUNTO UNO: NO LE CONSTA a mi representada la angustia de los médicos ni de los cobros o no realizados en el Hospital dado que esto obedece a una relación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado.

No obstante debe explicarse el transcurso de la atención y de la remisión del paciente de la siguiente manera:

1. De conformidad con la documental allegada por la parte actora se encuentra que 30 de marzo del 2014 el paciente presenta un regular estado general con requerimiento de oxígeno, se solicita a EPS Sanitas trámite de remisión a tercer nivel por considerarse neumonía complicada con atelectasia pulmonar izquierdo, evolución clínica lenta. Refiere papá mejor aceptación de la vía oral, no picos febriles, tos con movilización de secreciones no cianosante no emetizante. Al examen físico con signos de dificultad respiratoria. Se decide adicionar Vancomicina 40 mg/kg/día.
2. La institución solicita el 29 de marzo de 2014 a las 16.15 horas la remisión a IPS de nivel de atención superior ante la probabilidad que el menor pueda requerir UCI pediátrica y manejo por Cirugía Pediátrica. Ante dicha solicitud EPS Sanitas a través del proceso de referencia y contrareferencia inicia el trámite con todas las instituciones habilitadas en la ciudad de Bogotá y circunvecinas con los servicios solicitados, inclusive con las IPS que no hacen parte de la red adscrita (vr. Gr. Clínica Colsubsidio). La respuesta de las instituciones son que no hay camas disponibles y en otras que tienen emergencia funcional (ver bitácora del proceso de referencia y contrareferencia, donde minuto a minuto se reflejan las acciones adelantadas por EPS Sanitas para el traslado del paciente).
3. Al día siguiente, 30 de marzo de 2014 a las 23.50 horas finalmente acepta el traslado institucional Clínica Nicolás de Federman, acreditando que tiene camas disponibles para la atención.



4. A las 23.53 horas (3 minutos después de la confirmación de la institución) se solicita el servicio de ambulancia quien confirma llegar a Zipaquirá en 1 hora
5. A las doce de la madrugada y cuarenta y dos minutos se traslada al paciente a la UCI pediátrica de Clínica Nicolás de Federman.

12. FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: El presente enunciado refiere varios hechos, razón por la cual me permito separarlos para mayor entendimiento del Despacho en el siguiente sentido:

1. Es **CIERTO** que el paciente llega a la madrugada del 31 de marzo de 2014 a Clínica Nicolás de Federman, que en efecto tiene convenio con EPS Sanitas S.A., no obstante, independientemente del convenio presentado la asignación de la IPS se realizó porque era la única que tenía camas disponibles para la atención de UCI pediátrica y con servicio disponible de cirugía pediátrica.
2. Que **NO ES UN HECHO** es una apreciación subjetiva de la demandante sobre “la oportunidad de elección del lugar de traslado”, dado que esta afirmación no se compadece del trámite de referencia y contrareferencia establecido en el Decreto 4747 de 2007 ni de la situación fáctica presentada donde la red disponible en Bogotá y en los municipios circunvecinos era limitada para los servicios requeridos por el paciente y de los cuales no tenían disponibilidad de camas.

Debe tenerse en cuenta que el proceso busca garantizar los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención del paciente, no es posible realizar un traslado hasta tanto la IPS receptora no acepte el servicio y determine la garantía del suministro de todas las condiciones requeridas por el paciente.

Luego entonces el traslado no era por escogencia, sino por disponibilidad y garantía del servicio cabal para el paciente.

12.1. FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO PUNTO UNO: **NO ES CIERTO**. Como se explicó en los hechos anteriores, se debe aclarar:

1. Que si bien el Hospital la Samaritana solicitó el 22 de marzo de 2014 a las 14.30 la atención inicial de urgencias y el traslado, este se realizó no por necesidad de la atención sino por **FALTA DE CONVENIO** con EPS Sanitas.
2. Esta solicitud la debe siempre realizar la IPS en virtud del Decreto 4747 de 2007 artículo 11 y 12. Para los efectos del presente caso, ante la solicitud de traslado se procede a realizar el trámite de referencia con la red adscrita de EPS Sanitas, sin embargo ante la falta de camas de hospitalización pediátrica no se concretó el traslado del menor y por esta razón se decidió mantener el manejo en el Hospital de la Samaritana quien cumplía con las condiciones de atención en salud que requería el menor en este momento.

NO hubo limitación del suministro de servicio, por el contrario al paciente se le autorizó la continuidad de la atención de urgencias y la hospitalización del paciente como se puede evidenciar en el histórico de las autorizaciones obrante en prueba documental No.1

3. El traslado se vuelve a solicitar el 29 de marzo de 2014 a las 16.15 horas, pero en esta ocasión el traslado obedece a un requerimiento del servicio,



solicitando una IPS de nivel de atención superior ante la probabilidad que el menor pueda requerir UCI pediátrica y manejo por Cirugía Pediátrica.

Ante dicha solicitud EPS Sanitas a través del proceso de referencia y contrareferencia inicia el trámite inmediato con todas las instituciones habilitadas en la ciudad de Bogotá y circunvecinas con los servicios solicitados, inclusive con las IPS que no hacen parte de la red adscrita (vr. Gr. Clínica Colsubsidio). Para los efectos, las instituciones informan su falta de disponibilidad por carencia de camas y en otras que tienen emergencia funcional (ver bitácora del proceso de referencia y contrareferencia, donde minuto a minuto se reflejan las acciones adelantadas por EPS Sanitas para el traslado del paciente).

4. Al día siguiente, 30 de marzo de 2014 a las 23.50 horas finalmente acepta el traslado institucional Clínica Nicolás de Federman, acreditando que tiene camas disponibles para la atención conforme el nivel y la complejidad requerida.
5. A las 23.53 horas (3 minutos después de la confirmación de la institución) se solicita el servicio de ambulancia.
6. A las doce de la madrugada y cuarenta y dos minutos se traslada al paciente a la UCI pediátrica de Clínica Nicolás de Federman.

Luego entonces, **NO ES CIERTO** que mi representada en momento alguno “esperó hasta el último minuto” para realizar el traslado, por el contrario el trámite se realizó de manera adecuada y oportuna, siempre garantizando el servicio de salud requerido por el menor en cada uno de los estadios de su enfermedad.

NO LE CONSTA a mi representada la conversación sostenida entre el médico y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

12.2. FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO PUNTO SEGUNDO: NO LE CONSTA a mí representada la conversación sostenida entre el médico y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

De conformidad con la historia clínica allegada con la demanda y la convocatoria de conciliación se indica que el paciente ingresa a la Clínica Federman el 31/03/2014 con diagnóstico Neumonía, derrame de hemitórax izquierdo, sospecha de neumococo resistente (al parecer sin vacuna), atelectasia de lóbulo medio resuelta riesgo de falla ventilatoria con cuadro hemático con cayados plaquetas 1074 en tratamiento con Meropenem, vancomicina, claritromicina. Se realiza ecografía que evidencia: derrame pleural izquierdo complicado con rango aproximado de 850 ml. Paciente en mal estado general, con alto riesgo de mortalidad y de secuelas, en el momento en estabilización pos intubación orotraqueal paso de catéter central (venodisección) y paso de tubo de toracostomía cerrada izquierdo, en el momento gases adecuado, ventilatoriamente con fi O2 alto, hidratado, leve poliuria, asintomático abdominal, ya con cubrimiento infeccioso de tercera línea, bajo efectos de sedación relajación.

644

S



13. **FRENTE AL HECHO DÉCIMO TERCERO: NO LE CONSTA** a mí representada la conversación sostenida entre el médico y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

Ahora sobre la situación clínica del paciente, según la historia clínica allegada con la demanda y la convocatoria de conciliación, refiere que el paciente tenía un alto riesgo de mortalidad a corto plazo, que el paciente estaba en malas condiciones generales, razón por la cual la información suministrada a la familia del paciente, según el dicho de la demandante, correspondía a la realidad clínica.

Se registra que efectivamente el paciente fue intubación orotraqueal, que genera una con mejoría ventilatoria, con paso de catéter central (venodisección) y pasó de tubo de toracostomía cerrada izquierdo para el drenaje del líquido pleural.

Durante la hospitalización el paciente requirió toracotomía con drenaje por tubo de tórax que se acoda y se reacomoda sin complicaciones, por tanto **NO ES CIERTO** que la cirugía haya quedado mal efectuada.

Respecto del suministro del medicamento anticonvulsivante la historia clínica data que siempre existió formulación y suministro del ácido valproico, por tanto **NO ES CIERTO** lo indicado por la parte demandante sobre la carencia de suministro del mismo.

14. **FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO: NO ES CIERTO** que los procedimientos para el paciente se hubieran detenido por la cancelación de la afiliación, por el contrario como se evidencia en la misma historia clínica allegada por la parte actora y en la autorización de servicios suministrados al paciente este **NUNCA** tuvo limitación en el suministro del servicio.

Falta a la verdad la parte actora sobre el trámite de acción de tutela y sobre su estado de afiliación toda vez que:

1. La tutela fue presentada antes de los hechos acá relacionados, inclusive dentro del escrito de tutela presentado por la acá demandante refiere que solicita la afiliación, con el pago de salud "sin cotizar pensión" figura que en su momento se le llamó afiliación de cotizante de bajos ingresos - tipo 42.

Dentro de la acción la demandante refería que solicitaba la continuidad de la atención en salud, sin que se tuviera en cuenta los meses de mora dado que su hijo requería el suministro del ácido valproico, cita con neuropediatra y hematólogo. Adicionalmente que su esposo y su hija mayor requerían también del servicio de salud.

2. Que la señora Albarracín fue despedida en octubre de 2011 y que a partir de junio de 2011 se afilió como independiente, pero que desde noviembre de 2013 su grupo familiar entró en una crisis económica, manteniéndose en mora desde dicha fecha.
3. Dentro de la contestación de la acción de tutela se indicó que en momento alguno se le había negado el servicio de salud a ninguno de los afiliados,

aun cuando se encontraba en estado de suspensión. Adicionalmente se aclararon las alternativas de acceso al servicio en el evento que no contaran con capacidad económica para ello.

4. El Tribunal Superior Distrito Judicial de Bogotá mediante sentencia 2014-323-00, del 11 de marzo de 2014, concede el amparo tutelar ordenando disponga la continuidad de todo el servicio médico que requiera el menor, y hasta tanto la accionante regularice el estado de afiliación al Régimen Contributivo o su grupo familiar se incorpore al SISBEN, para lo cual se da el término de 6 meses. Niega la tutela frente al Ministerio de Salud y de la Protección Social en cuanto a la posibilidad de pagar salud excluyendo el pago de aportes a pensión.
 5. El fallo de tutela fue cumplido a cabalidad, aun cuando se declaró la nulidad de lo actuado por la Corte Suprema de Justicia.
 6. Al año 2015 se verificó la afiliación de la usuaria, donde está no realizó ninguna cotización ni traslado al Régimen Subsidiado (o SISBEN como lo refirió el Tribunal).
15. **FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO: ES CIERTO** que el paciente es llevado a toracotomía y decorticación, cirugía requerida y pertinente en el paciente por patología que presentaba.
16. **FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO: ES CIERTO.** Procedimiento pertinente ante las condiciones clínicas del paciente.
- 16.1. **FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO PUNTO PRIMERO: NO LE CONSTA** a mí representada la conversación sostenida entre el médico y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.
17. **FRENTE AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO:** de conformidad con la documental allegada, se tiene que el 2 de abril se cambiara tubo de tórax, se lleva a toracotomía y decorticarían. El 4 de abril 2014 valoración por pediatría se refleja neumonía complicada con empiema tabicado con soporte ventilatorio gases de control alcalosis respiratoria, a las 15:17 horas: se realiza extubación, tolerada, algo hipoactivo pero sin apneas sin signos de falla respiratoria. A las 20:54 horas: postextubación dificultad respiratoria leve a moderada con adecuadas saturaciones, moviliza muchas secreciones se inicia dexametasona IV y MNB con adrenalina. En consecuencia la extubación fue programada por tanto **NO ES CIERTO** que esta haya sido accidental.
- 17.1. **FRENTE AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO PUNTO UNO: NO ES UN HECHO** es una apreciación subjetiva de la demandante carente de sustento probatorio y de razonamiento científico, tal como se explicó con anterioridad.
18. **FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: NO ES UN HECHO** es una apreciación subjetiva de la demandante carente de sustento probatorio y de razonamiento científico, lo indicado en la historia clínica es:



“Paciente con sepsis de origen pulmonar, neumonía lobar LII + piotorax izquierdo, antecedente de crisis facilitadas por fiebre, quien presento deterioro clínico con requerimiento de ventilación mecánica y toracostomía cerrada izquierda, actualmente estable hemodinamicamente, normotenso, sin requerimiento de inotropia ni soporte vasopresor, buena perfusión distal. Con dificultad respiratoria leve, tolerando extubacion menos de 24 hrs, adecuadas oximetrías de pulso con O2 x CN convencional a bajo flujo, persiste componente hipersecretor y leve disfonía, se inicia enteral, retiro de SOG y vesical, deposición negativa ayer. Balance negativo, no edemas. No distermias, cubrimiento antimicrobiano de tercera línea con meropenem D6 + vancomicina D5, claritromicina D6, seguimiento a policultivos. Paciente en el momento estable, manejo conjunto con cirugía pediátrica, en horario de visita se habla con la madre. Continúa monitoreo intensivo por extubación inmediata.”

18.1. FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO PUNTO PRIMERO: NO LE CONSTA a mí representada la conversación sostenida entre el médico y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

18.2. FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO PUNTO SEGUNDO: NO LE CONSTA a mí representada las protuberancias ni manchas de sangre dado que mi representada no realizó la prestación directa del servicio y de conformidad con las historias clínicas allegadas por la parte actora no se evidencia este registro, por tanto me atengo a lo debidamente probado.

19. FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO: NO LE CONSTA a mí representada la conversación sostenida entre el médico y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

La historia clínica del 08 de abril 2014 a las 17:29: paciente presenta desviación de la mirada con aumento del tono de miembros superiores durante 4 min, aproximadamente, ayer al parecer presento una corta duración menor de 20 segundos se pasa dosis de midazolam, se decide iniciar fenitoina, se aumenta ácido valproico 34 mg/kg/día.

20. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO: NO LE CONSTA a mí representada la conversación sostenida entre el personal del Hospital de la Samaritana, Clínica Nicolás de Federman y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

Así mismo del escrito presentado por la parte actora ante el Tribunal no se nos corrió traslado, de hecho al 8 de abril de 2014 la Corte Suprema de Justicia ya había declarado la nulidad de todo lo actuado de esta acción de tutela, la cual posteriormente conoció el Juzgado 48 Civil Municipal.

Ahora bien, NO ES CIERTO que mi representada haya negado la prestación de los servicios, por el contrario y a pesar de la condición de suspensión de la afiliación se dio continuidad a la atención en salud del menor y la cobertura económica de los servicios como se evidencia en el histórico de autorizaciones y se refleja de la historia clínica aportada por la misma demandante.

21. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: NO LE CONSTA a mí representada el resultado del examen practicado al menor dado que es mi representada no realizó la prestación directa del



servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

Ahora bien, NO ES CIERTO, que “si se hubiese hecho el traslado del paciente desde el ingreso al Hospital la Samaritana a Bogotá no hubiese desencadenado en una neumonía tan severa” por el contrario al paciente se le inicia el tratamiento para la neumonía en el Hospital de la Samaritana en Zipaquirá conforme la guía de manejo de Neumonía, realizando manejo antibiótico de primera línea, posteriormente antibiótico de amplio espectro, con una adecuada evolución. No obstante, por condiciones de la misma enfermedad tiene una evolución tórpida con una Neumonía complicada con derrame pleural ante lo cual se define remisión a IV nivel. La conducta era totalmente pertinente, se aclara que la neumonía complicada cursa con derrame pleural en la cual la indicación es drenaje por toracostomía. La neumonía es la causa principal de derrame pleural (DP) en niños y, aproximadamente, el 20-40% de las que ingresan presentan Derrame pleural y de ellos, entre un 0,6-2% acaban en empiema. Se resalta que en los últimos años se ha observado aumento de la prevalencia de este tipo de complicaciones de las neumonías. Considerándose el derrame pleural complicación descrita en la literatura de la neumonía cursando con sepsis pulmonar, adicionalmente se resalta que con el hallazgo y deterioro del paciente se requería la remisión a nivel de atención superior ante la probabilidad de requerir UCI pediátrica y manejo por Cirugía Pediátrica. Concluyéndose manejo adecuado y pertinente de la neumonía.

El manejo inicial era factible darlo en el nivel de atención correspondiente al presentado en el Hospital de la Samaritana. Ante el derrame pleural se requiere la remisión del paciente para manejo de UCI pediátrica y manejo por Cirugía Pediátrica.

NO ES CIERTO que si el paciente hubiera sido remitido el resultado hubiera sido diferente, como se anotó la atención en el Hospital de la Samaritana cumplió a cabalidad con la guía de atención solo que ante la evolución tórpida de la enfermedad la condición del paciente se agravó requiriendo toracotomía con drenaje por tubo de tórax, situación que recuperó la condición altamente mórbida que presentaba el paciente.

Se reitera que la solicitud de traslado de 22 de marzo de 2014 era por la falta de convenio, no porque la institución no contara con las condiciones físicas, tecnológicas ni de personal médico para atender las condiciones que en este momento presentaba el paciente.

22. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO: NO LE CONSTA a mí representada la conversación sostenida entre el médico y los demandantes dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

Ahora bien, NO ES CIERTO que al paciente no se le haya suministrado el ácido valproico, por el contrario a lo largo de la historia clínica se reporta ordenamiento y suministro de dicha medicación.

Si bien, se presentó un reporte con niveles indetectables de ácido valproico en nota de enfermería del 08 de abril 2014 - 10:21 se indica: HOSPITALIZACION NOTAS ENFERMERIA se revisan órdenes médicas y evolución informa gloria auxiliar de laboratorio que se debe tomar nueva muestra de niveles de ácido valproico a la 13:30 ya que la muestra no estaba marcada correctamente. El 09 de abril 2014 09:07: Niveles de ácido valproico mayor 1, se ajusta dosis



22.1. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO PUNTO PRIMERO: NO ES UN HECHO es una apreciación subjetiva de la demandante carente de sustento probatorio y de razonamiento científico.

Se resalta sobre el reporte de la resonancia magnética nuclear - RNM- que previo al evento se consideró normal con control RNM del 25 de marzo del 2014 con leve pérdida de volumen cortical frontal bilateral, se menciona que este hallazgo de la RNM no es tan específico de hipoxico isquémico teniendo en cuenta que las lesiones hipoxicas son más focales, considerando que los hallazgos de la RNM pueden corresponder a cambios de atrofia cortical crónica que puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida.

23. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO: NO ES CIERTO que al paciente no se le haya suministrado el ácido valproico, por el contrario a lo largo de la historia clínica se reporta ordenamiento y suministro de dicha medicación.

Si bien, se presentó un reporte con niveles indetectables de ácido valproico en nota de enfermería del 08 de abril 2014 - 10:21 se indica: HOSPITALIZACION NOTAS ENFERMERIA se revisan órdenes médicas y evolución informa gloria auxiliar de laboratorio que se debe tomar nueva muestra de niveles de ácido valproico a la 13:30 ya que la muestra no estaba marcada correctamente.

Por otro lado, **NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA** que los médicos hayan informado o no los resultados de las ayudas diagnósticas, dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

24. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO CUARTO: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA que la conversación sostenida los padres con los médicos, dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

Por otro lado **NO ES CIERTO** que la atención médica haya sido incumpliendo los protocolos de atención, de cuidado ni de oportunidad, por el contrario como se anotó con anterior la atención en cada una de las instituciones que brindó la atención correspondió a las guía y protocolos de la atención para la neumonía, así como del manejo de los estadios convulsivos presentados. Las condiciones mordidas del paciente ocurren como consecuencia de la patología base y no de una inadecuada atención clínica.

25. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO QUINTO: NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA que la conversación sostenida los padres con el médico, dado que es una situación exógena al conocimiento de mi representada, por tanto me atengo a lo probado legalmente por la parte actora.

Según la historia clínica del 30 de abril del 2014- atención ambulatoria - Neurología Clínica Universidad de la Sabana: Paciente con antecedente de crisis febril compleja. Desde los 7 meses presenta convulsiones facilitadas por fiebre. Estuvo hospitalizado mes y medio por derrame pleural paraneumonico, con requerimiento de pleurodesis, estancia en UCI por 18 días e IOT, transfusión sanguínea; convulsión varias veces por infección. Posterior a su egreso de la UCI no camina, ni habla las mismas palabras que decía previamente. Egresó del hospital hace 3 días. Se encuentra en manejo con ácido valproico, iniciado hace 8 meses, actualmente 3 cc c/8 horas. Hasta agosto de 2013 estuvo en manejo con fenobarbital pero tenía una frecuencia ictal semanal. RMN cerebral del 25/04/14 con evidencia de pérdida del volumen cortical frontal bilateral y simétrica. ENFERMEDAD ACTUAL Paciente en aceptable estado general, afebril, hidratado,



sin signos de dificultad respiratoria Dice disilabas, gatea, hace bipedestación, Plan: Se solicita nueva telemetría dado a que ha cambiado la semiología de las crisis. Valoración con fisiatría para inicio de rehabilitación y cita control en 2 meses.

26. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO: NO LE CONSTA a mi representada el resultado del examen practicado al menor dado que es mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

27. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEPTIMO: ES CIERTO que el paciente comienza el 01 de julio 2014 atención ambulatoria terapia física, Clínica Universidad de la Sabana, donde se describe, paciente quien asiste a 1 de 1 sesión programada, quien ingresa al servicio caminando por sus propios medios en compañía de la madre, en adecuadas condiciones generales. Se inicia sesión con manejo de estabilidad y equilibrio durante la marcha sobre superficies inestables, logrando que lo realice con moderados ajustes posturales. Se dan recomendaciones a la madre acerca de estiramientos y marcha en superficies inestables. Finaliza en buenas condiciones generales y sin complicaciones. Continúa según programación de junta.

Ahora respecto del acompañamiento cuidador, es el soporte que brinda la familia al paciente en sus actividades de la vida diaria y en su proceso de rehabilitación.

28. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO OCTAVO: NO LE CONSTA a mi representada el resultado del examen practicado al menor dado que es mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

29. FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO NOVENO: NO LE CONSTA a mi representada el resultado del examen ni de la valoración practicada al menor dado que es mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

30. FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO: NO LE CONSTA a mi representada las diversas anotaciones del manejo médico dado que mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

No obstante en historias clínica aportada por la parte actora del 2 de octubre 2014 atención ambulatoria por Neurología Clínica Universidad de la Sabana se refiere paciente de edad: 2 años y 4 meses escolaridad: no asiste al jardín. Paciente con retraso del neurodesarrollo y convulsiones febriles complejas para lo que recibió tratamiento con ácido valproico suspendido por trombocitopenia secundaria. Con previa videotelemedicina de 6 horas en la que se evidenciaba paroxismos focales frontocentrales. No ha presentado nuevas crisis, última el 2/6/2014 no ha tenido cambios en el comportamiento, está en proceso de control de esfínteres, adecuada socialización. No se encuentra tomando medicamentos. enfermedad actual paciente con retraso del neurodesarrollo y convulsiones febriles complejas, antecedente de neumonía con derrame pleural quien ha tenido adecuada evolución clínica, no ha presentado nuevas crisis, no se encuentra recibiendo medicamentos. Al examen físico sin déficit neurológico. Continuar controles por especialidades.



Debe ponerse de presente que en lo relacionado con el episodio convulsivo. Durante el análisis de la historia clínica y el histórico de dispensaciones se evidencia primer episodio convulsivo con 7 meses de edad requiriendo hospitalización Clínica Universitaria Colombia.

El 16 de diciembre del 2013 trae nueva videotelemedría anormal compatible con epilepsia generalizada y estudio de cariotipo: 46 XY, der 12 (q13q24) [25], que evidencia en todas las metafases analizadas una alteración estructural que corresponde a un cromosoma derivativo 12, se menciona que este tipo de alteraciones de cromosoma 12, se asocian a dimorfismo, talla baja, mielodisplasia, enfermedades mieloproliferativas, enfermedades neurológicas de base retraso mental leve alteraciones de aprendizaje y alteraciones neurológicas.

Luego entonces la condición epiléptica no se genera de la atención dada en marzo de 2014 sino de una condición base presentada en los primeros meses de edad, que se vio exacerbada por el desarrollo propio de la patología y el concurso de las comorbilidades presentadas, mas no por la atención en salud.

31. FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO PRIMERO: NO LE CONSTA a mi representada las diversas anotaciones del manejo médico dado que mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

Por otro lado NO ES CIERTO que las convulsiones se genera de la atención dada en marzo de 2014 ni por el traslado, sino de una condición base presentada en los primeros meses de edad como "convulsiones complejas", que se vio exacerbada por el desarrollo propio de la patología y el concurso de las comorbilidades presentadas, mas no por la atención en salud. Se reitera que la atención en cada uno de los escenarios clínicos fue ajustada a las condiciones clínicas presentadas y a los preceptos de la lex artis, así como la atención fue perita, oportuna y diligente para el menor como se ha explicado a lo largo de la presente contestación.

32. FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO SEGUNDO: NO LE CONSTA a mi representada las diversas anotaciones del manejo médico dado que mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

33. FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO TERCERO: NO LE CONSTA a mi representada las diversas anotaciones del manejo médico dado que mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

34. FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO CUARTO: NO LE CONSTA a mi representada las diversas anotaciones del manejo médico y el resultado de los exámenes dado que mi representada no realizó la prestación directa del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

35. FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO QUINTO: NO LE CONSTA a mi representada la anotación que realiza la parte actora sobre el tratamiento psicológico, se desconoce lo indicado como "por falta de convenio no se continuó con el tratamiento" dado que mi representada no realizó la prestación directa



del servicio de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe con la historia clínica, la cual está en custodia de la institución que prestó el servicio según lo establece la Resolución 1995 de 1999.

Es menester indicar que el tratamiento por psicología se puede solicitar siempre y cuando se cuente con el ordenamiento médico y se suministra en la red adscrita para tal fin.

36. **FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO SEXTO: NO LE CONSTA** a mi representada la supuesta afectación familiar que ha tenido la familia del paciente debido a su condición médica, no obstante es menester poner de presente que desde antes de la consulta y posterior hospitalización del paciente del 22 de marzo de 2014 la familia ya ese encontraba con dificultades económicas en su desarrollo económico y laboral, tal como se evidencia en los diversos escritos de acción de tutela presentados por la señora Albarracín donde se data que estas circunstancias obedecen a otros factores diferentes a la situación médica del menor.

Así mismo se pone de presente, que el paciente presenta estadios convulsivos, trombocitopenia y otras enfermedades con las cuales siempre ha sido multiconsultante del servicio de salud, razón por la cual la atención de los padres y acompañamiento sobre ello se ha dado desde los primeros años de vida. Se reitera que las condiciones de salud del paciente se vieron agravadas no por el ejercicio mismo de la prestación del servicio de salud, sino por las condiciones mordidas del paciente.

La prestación del servicio de salud, siempre ha sido integra y preferente, como se evidencia en las historias clínicas aportadas por la misma parte actora en la conciliación extrajudicial, como en el presente trámite judicial, así como en el histórico de dispensación y autorizaciones de servicio de salud incluidas y no incluidas en el plan de beneficios.

37. **FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO SÉPTIMO: NO LE CONSTA** el cambio de vida sufrido en la dinámica familiar, no obstante se insiste:

1. Que el paciente siempre presentó múltiples comorbilidades que lo hacían multiconsultante del servicio de salud y de permanente observación de sus padres.
2. Tenía escenarios convulsivos a repetición, de difícil manejo, que a pesar del tratamiento médico suministrado podría presentar una agravación de su cuadro base por el transcurso de la misma enfermedad de sistema nervioso central, situación que no era previsible ni prevenible por el personal médico.
3. Se reitera que **NO ES CIERTO** que haya existido negligencia ni falta de oportunidad en la atención dada el 20 de marzo de 2014, el manejo clínico y diagnóstico es coherente con los hallazgos clínicos registrados al momento de la valoración. La realización de medios diagnósticos se realiza cuando a la valoración clínica se evidencian factores preponderantes que sugieran confirmación de nuevos hallazgos para definir el manejo clínico. La radiología de tórax no es un examen rutinario máxime cuando la radiación del paciente solo se realiza cuando a la valoración clínica se evidencien hallazgos que sugieran el soporte de la labor diagnóstica, de lo contrario sería someter al paciente a un riesgo injustificado. En el presente caso el diagnóstico y tratamiento suministrado es coherente con los hallazgos registrados en la valoración clínica, por tanto no se requería un manejo diferencial.



4. El cuadro por el cual ingresó el paciente al Hospital de la Samaritana es totalmente diferente y así mismo requirió un manejo diferente, el cual fue acertado y coherente conforme las guías de manejo de neumonía.
5. El Hospital realizó un manejo perito de la neumonía con los medios tecnológicos y de personal que tenía a su disposición y que era pertinente bajo el escenario inicial presentado por el menor. Su manejo fue coherente y apegado a las guías de manejo de la neumonía, máxime cuando en el estadio inicial fue antibiótico de primera línea, posteriormente fue escalonando con el suministro del manejo antibiótico de amplio espectro. Se resalta que el menor curso durante la hospitalización con Neumonía complicada con derrame pleural ante lo cual se define remisión a IV nivel considerándose conducta indicada, dado que ante la evolución tórpida del paciente se requiere el manejo por UCI pediatra y cirugía pediatra, servicio con el cual no contaba dicha institución.
6. NO ES CIERTO, que EPS Sanitas haya fallado en el traslado solicitado al paciente, como se puso en consideración en la contestación de los hechos anteriores, la primera solicitud de traslado se realizó por la falta de convenio interinstitucional, no obstante ante las condiciones clínicas del paciente y la falta de camas en las demás instituciones clínicas se procedió a la continuidad del tratamiento en el Hospital de la Samaritana, máxime cuando este era adecuado y el paciente iba evolucionando adecuadamente. NUNCA existió interrupción ni barreras en el servicio de salud suministrado al menor, por el contrario se prefirió la continuidad del tratamiento ante la condición mórbida presentada por el paciente.
7. Dentro de la segunda solicitud del traslado, este vez por necesidad del servicio ante la probabilidad de requerir UCI pediatra con manejo por cirugía pediátrica se puede observar, que una vez la IPS una vez realiza el requerimiento al centro de referencia y contrareferencia, procede a solicitar a todas las instituciones prestadoras del servicio de salud, adscritas y no adscritas con los servicios habilitados y disponibles a realizar el requerimiento del traslado. El traslado es efectuado al día siguiente, 30 de marzo de 2014 a las 23.50 horas ante la aceptación del traslado institucional por Clínica Nicolás de Federman, quien acreditó que tenía camas disponibles para la atención. Ninguna otra IPS manifestó tener disponibilidad de camas hospitalarias con las características requeridas para la atención del menor. Se debe poner de presente que la red hospitalaria habilitada con el servicio de UCI pediátrica y cirugía pediátrica es mínima, y no dependiente de las EPS, dado que estas no realizan la habilitación de ni el suministro directo de los servicios de salud, son las IPS las que abren la oferta de este servicio y las Secretarías de Salud las que habilitan el mismo conforme se cumplan con los exigentes requisitos de las mismas. En el presente caso se consultó toda la red habilitada y disponible del servicio en la ciudad de Bogotá y demás municipios circunvecinos como se evidencia en la bitácora del proceso de referencia y contrareferencia y se coteja que contrario a lo indicado por la parte demandante, fue totalmente diligente en dicho proceso.
8. NO ES CIERTO que Clínica Nicolás de Federman no haya obrado conforme los protocolos atención, por el contrario al ingreso el paciente presentaba un grave estado de morbilidad y mortalidad el cual fue recuperando gracias al tratamiento instaurado. Como se explica con anterioridad al paciente se le proporcionó el manejo anticonvulsivante, ácido valproico, que si bien ayuda al tratamiento de las crisis convulsivas, no implica que estas no se puedan presentar como se reseña al inicio de la contestación. Las condiciones mordidas del paciente son la consecuencia de la evolución de su enfermedad de base, mas no por las condiciones de la atención clínica, máxime cuando se evidencia que se suministró toda la atención conforme lo sugería la lex artis.



9. NO ME CONSTA si la Clínica Nicolás de Federman suministró la información del estado de salud del paciente y del curso de las comorbilidades presentadas, por tanto me atengo a lo probado legalmente.

38. FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO OCTAVO: NO ES CIERTO que el paciente no pueda escolarizarse, por el contrario y como se evidencia en la historia clínica aportada de Clínica Universidad de la Sabana a la familia se le ha indicado la escolarización del menor con el fin que comparta con pares para la modulación del comportamiento, lo cual la familia no había acogido.

NO LE CONSTA a mi representada las afectaciones de calor, ruido y demás que tenga el paciente dado que no se encuentran documentadas en la historia clínica allegada por tanto me atengo a lo legalmente probado.

39. FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO NOVENO: NO ES CIERTO la apreciación subjetiva y carente de sustento probatorio que hace la parte actora que haya existido negaciones, negligencias ni malos procedimientos, por el contrario como se anotó con anterioridad al paciente NUNCA se le negó ni se le interrumpió el servicio de salud, por el contrario y como se evidencia en el histórico de dispensaciones y en las historias clínicas el servicio siempre fue continuo, oportuno, integral y pertinente a pesar que el paciente se encontrara suspendido por mora en las cotizaciones. Siempre se prefirió la atención preferencial del menor y se salvaguardar su vida como en efecto se hizo.

La citación a la Personería obedece al agotamiento del requisito de procedibilidad para acudir a la presente acción.

40. FRENTE AL HECHO CUADRAGÉSIMO: NO ES CIERTO que mi representada haya generado ningún daño al menor ni a su familia, dado que la condición mórbida y los procedimientos a los que fue sometido son consecuencia de las comorbilidades por el presentadas desde sus primeros meses de vida y no obedecen a la prestación del servicio de salud. La descripción de este hecho ya se había concretado en el hecho trigésimo séptimo así como su oposición, por tanto la descripción es reiterativa e infundada.

III. DE LAS PRETENSIONES DECLARACIONES Y CONDENAS

Frente a las pretensiones, LAS RECHAZO desde ya a todas y cada una de ellas toda vez que carecen de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso, y en consecuencia las rechazo de plano y solicito al despacho sean denegadas y por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

Ahora bien, y si en gracia de discusión el señor Juez decide proceder con el estudio de las mismas, me permito hacer un pronunciamiento expreso sobre cada una de ellas, en igual forma en que fueron formuladas en el escrito que elevó la demanda y haciendo uso de la misma enumeración que el apoderado de la parte demandante realizó. Veamos:

PRETENSIONES DECLARATIVAS

1. A LA DENOMINADA PRIMERA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante, por carecer de fundamento legal y jurídico, pues como se demostrará más adelante



y a lo largo del proceso y solicito muy respetuosamente que ese Despacho la deniegue. No fue mi representada quien prestó los servicios de salud, pues como su denominación de “EPS” lo indica, es una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD y dentro de sus funciones no está la de prestación de servicios de salud, en este sentido quienes prestaron los servicios de salud a DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN fueron las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) IPS UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES UMSI DE ZIPAQUIRÁ, HOSPITAL LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ, MEDICOS ASOCIADOS – CLÍNICA NICOLÁS DE FEDERMAN. Por tanto no hay responsabilidad por el hecho u obra de EPS SANITAS S.A. dado que como se demostrará más adelante no hubo daño antijurídico que le sea imputable culpa.

Por otra parte, en el caso hipotético en que se llegase a probar que efectivamente se infirió un daño antijurídico, se vería exonerada de toda responsabilidad mi representada por las razones arriba expuestas y porque adicionalmente, no se le puede imputar a mi representada la responsabilidad de un tercero, teniendo en cuenta que el obrar, los servicios y tratamientos llevados a cabo en el caso que nos ocupa, radican en cabeza de las Instituciones Prestadoras de Salud (instituciones con personería jurídica que responden por sus propios actos) y no de EPS SANITAS EPS.

La eventual responsabilidad directa recaería en este caso sobre DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN fueron las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) IPS UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES UMSI DE ZIPAQUIRÁ, HOSPITAL LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ, MEDICOS ASOCIADOS – CLÍNICA NICOLÁS DE FEDERMAN, no obstante se demostrará a lo largo de este escrito que éstos obraron conforme a los preceptos normativos y la Lex Artis.

En conclusión, se tiene que en este caso, no existió el daño ilícito o antijurídico que la apoderada de la parte demandante pretende se declare, pues evidentemente nunca existió un tratamiento médico culposo, ni hubo “error médico” por parte de mi representada, ni de los demás demandandos, máxime cuando los tratamientos se dieron en la oportunidad debida y de conformidad con la lex artis.

Así mismo, mi representada no puede ser solidariamente responsable por condena alguna, y en todo caso, de existir esta, debe el despacho atender a lo dispuesto por nuestro Código Civil en los términos del artículo 2344 del Código Civil, al tenor literal del cual se tiene que:

*“ARTICULO 2344. <RESPONSABILIDAD SOLIDARIA>. SI DE UN DELITO O CULPA HA SIDO COMETIDO POR DOS O MÁS PERSONAS, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355.
Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso” (negritas y subrayas fuera del texto).*

Como se observa su señoría, es requisito sine qua non, el que se haya cometido un delito o se haya incurrido en culpa, y además, que esta haya sido cometida por dos (2) o más personas, lo que de plano debe tener en cuenta el despacho al momento de proferir fallo alguno, pues debe tenerse presente que mi representada no presta el servicio médico directamente, lo autoriza, pues la prestación del mismo la tiene asignada la IPS que atendieron a la paciente, de manera que el análisis que se debe realizar respecto de EPS SANITAS S.A. es el que haya cometido culpa en la autorización del servicio médico, no en la prestación efectiva del mismo.

Aunado a lo anterior, tal como se advirtió en la deposición de la contestación de los fundamentos fácticos se encuentra que al menor Dagoberto Mayorquín Albarracín:

1. Que el paciente siempre presentó múltiples comorbilidades que lo hacían multiconsultante del servicio de salud y de permanente observación de sus padres.
2. Tenía escenarios convulsivos a repetición, de difícil manejo, que a pesar del tratamiento médico suministrado podría presentar una agravación de su cuadro base por el transcurso de la misma enfermedad de sistema nervioso central, situación que no era previsible ni prevenible por el personal médico.
3. Se reitera que **NO ES CIERTO** que haya existido negligencia ni falta de oportunidad en la atención dada el 20 de marzo de 2014, el manejo clínico y diagnóstico es coherente con los hallazgos clínicos registrados al momento de la valoración. La realización de medios diagnósticos se realiza cuando a la valoración clínica se evidencian factores preponderantes que sugieran confirmación de nuevos hallazgos para definir el manejo clínico. La radiología de tórax no es un examen rutinario máxime cuando la radiación del paciente solo se realiza cuando a la valoración clínica se evidencien hallazgos que sugieran el soporte de la labor diagnóstica, de lo contrario sería someter al paciente a un riesgo injustificado. En el presente caso el diagnóstico y tratamiento suministrado es coherente con los hallazgos registrados en la valoración clínica, por tanto no se requería un manejo diferencial.
4. El cuadro por el cual ingresó el paciente al Hospital de la Samaritana es totalmente diferente y así mismo requirió un manejo diferente, el cual fue acertado y coherente conforme las guías de manejo de neumonía.
5. El Hospital realizó un manejo perito de la neumonía con los medios tecnológicos y de personal que tenía a su disposición y que era pertinente bajo el escenario inicial presentado por el menor. Su manejo fue coherente y apegado a las guías de manejo de la neumonía, máxime cuando en el estadio inicial fue antibiótico de primera línea, posteriormente fue escalonando con el suministro del manejo antibiótico de amplio espectro. Se resalta que el menor curso durante la hospitalización con Neumonía complicada con derrame pleural ante lo cual se define remisión a IV nivel considerándose conducta indicada, dado que ante la evolución tórpida del paciente se requiere el manejo por UCI pediatra y cirugía pediatra, servicio con el cual no contaba dicha institución.
6. **NO ES CIERTO**, que EPS Sanitas S.A haya fallado en el traslado solicitado al paciente, como se puso en consideración en la contestación de los hechos anteriores, la primera solicitud de traslado se realizó por la falta de convenio interinstitucional, no obstante ante las condiciones clínicas del paciente y la falta de camas en las demás instituciones clínicas se procedió a la continuidad del tratamiento en el Hospital de la Samaritana, máxime cuando este era adecuado y el paciente iba evolucionando adecuadamente. NUNCA existió interrupción ni barreras en el servicio de salud suministrado al menor, por el contrario se prefirió la continuidad del tratamiento ante la condición mórbida presentada por el paciente.
7. Dentro de la segunda solicitud del traslado, este vez por necesidad del servicio ante la probabilidad de requerir UCI pediatra con manejo por cirugía pediátrica se puede observar,



que una vez la IPS una vez realiza el requerimiento al centro de referencia y contrareferencia, procede a solicitar a todas las instituciones prestadoras del servicio de salud, adscritas y no adscritas con los servicios habilitados y disponibles a realizar el requerimiento del traslado. El traslado es efectuado al día siguiente, 30 de marzo de 2014 a las 23.50 horas ante la aceptación del traslado institucional por Clínica Nicolás de Federman, quien acreditó que tenía camas disponibles para la atención. Ninguna otra IPS manifestó tener disponibilidad de camas hospitalarias con las características requeridas para la atención del menor. Se debe poner de presente que la red hospitalaria habilitada con el servicio de UCI pediátrica y cirugía pediátrica es mínima, y no dependiente de las EPS, dado que estas no realizan la habilitación de ni el suministro directo de los servicios de salud, son las IPS las que abren la oferta de este servicio y las Secretarías de Salud las que habilitan el mismo conforme se cumplan con los exigentes requisitos de las mismas. En el presente caso se consultó toda la red habilitada y disponible del servicio en la ciudad de Bogotá y demás municipios circunvecinos como se evidencia en la bitácora del proceso de referencia y contrareferencia y se coteja que contrario a lo indicado por la parte demandante, fue totalmente diligente en dicho proceso.

8. NO ES CIERTO que Clínica Nicolás de Federman no haya obrado conforme los protocolos atención, por el contrario al ingreso el paciente presentaba un grave estado de morbilidad y mortalidad el cual fue recuperando gracias al tratamiento instaurado. Como se explica con anterioridad al paciente se le proporcionó siempre el manejo anticonvulsivante, ácido valproico, que si bien ayuda al tratamiento de las crisis convulsivas, no implica que estas no se puedan presentar como se reseña al inicio de la contestación. Las condiciones mordidas del paciente son la consecuencia de la evolución de su enfermedad de base, mas no por las condiciones de la atención clínica, máxime cuando se evidencia que se suministró toda la atención conforme lo sugería la lex artis.
9. NO ME CONSTA si la Clínica Nicolás de Federman suministró la información del estado de salud del paciente y del curso de las comorbilidades presentadas, por tanto me atengo a lo probado legalmente.

Luego entonces no existe daño antijurídico que sea objeto de reparación dentro de la presente acción dado que no hubo un actuar culposo endilgable a mi representada ni a ninguno de los demandantes, las consecuencias de su estado de salud es como consecuencia de la evolución de las comorbilidades presentadas.

2. A LA DENOMINADA SEGUNDA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrará más adelante y a lo largo del proceso.

Lo primero que hay que decir al respecto es que la obligación de indemnizar o el derecho que se tiene a solicitar la indemnización, parte de un dato imprescindible: el hecho culposo, el daño y el nexo causal. Según lo que se ha venido mencionando reiterativamente, en el caso objeto de estudio, no existe hecho culposo y nexo causal que pueda desencadenar en una responsabilidad frente a mi representada. Por lo tanto, al no existir alguno de estos, no hay responsabilidad por ende no hay derecho a reclamar indemnización.



Respecto de la indemnización por LUCRO CESANTE a favor del menor Dagoberto Mayorquin Albarracín ME OPONGO Y RECHAZO toda vez no es reparable un lucro cesante inexistente a favor del menor, dado que a la época de los hechos DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN no era laboralmente activo, no ejercía ninguna actividad económica con la que se sustentara o colaborara con el sustento de sí mismo ni de los aquí demandantes, de hecho el menor para la fecha de los hechos tenía más dos (2) años de edad y era beneficiario de su madre Mónica Yubied Albarracín (quien declaró en el momento de la afiliación que el menor era dependiente económicamente de ella). Debe tenerse en cuenta que el lucro cesante consiste "en el dinero que habría recibido la persona de no haberse ocurrido el daño y cuya pérdida o mengua se origina de su incapacidad laboral" en el presente caso no existe ni siquiera evidencia de que el menor percibiera algún ingreso ni tampoco que lo esperara. Es una situación incierta la cual no es objeto de indemnización.

La razón para negar esta indemnización estriba en que en el perjuicio solicitado no cumple con el requisito de certeza y es considerado meramente eventual e hipotético. Recuerde su señoría que el daño debe ser cierto y actual.

Este criterio es recogido en una sentencia de la Corte en la que los padres demandaron la futura ayuda económica que esperaban de su hija (menor de 8 años), cuando alcanzara la mayoría de edad. La Corte desechó la pretensión por tratarse de un daño meramente eventual o hipotético y carecer de certeza, elemento esencial para proceder a su reparación. Transcribo los argumentos de la Corte citados por el doctrinante OBDULO VELÁSQUEZ:

"En lo que respecta a los materiales, observa la Corte que la muerte de la menor a la edad de 8 años, como aparece acreditado, no da lugar a la indemnización solicitada bajo el supuesto de la ayuda económica que en el futuro recibirían sus padres, porque se trata apenas de un perjuicio eventual, en el entendido de que ni siquiera había tenido comienzo el sostenimiento económico para proyectarlo como probabilidad futura, como tampoco es dable asentar de manera anticipada que ese apoyo material iba a darse, lo que equivale a decir que el perjuicio descrito en la demanda tiene la característica de ser meramente hipotético, obvio que amén de que no se puede prever la futura capacidad económica de la persona fallecida, tampoco se puede deducir que, aun de suponerse, los resultados de la misma tendrían la destinación específica de favorecer a la madre demandante.

"Sobre el particular cabe igualmente recordar que [...] en cuanto a los perjuicios materiales propiamente dichos, la Corte también ha sido explícita en advertir que, para efectos de determinar su resarcimiento, se debe tener en cuenta quién fue la víctima, pues <[...] si esta era persona que al ocurrir su muerte no tenía actividad productiva de la cual se beneficiaran también los que reclaman la indemnización, por razón de su edad, enfermedad, o de incapacidad física o mental, sus deudos o parientes próximos no reciben perjuicio económico con su fallecimiento. Si el muerto no tenía capacidad productiva al morir, pues a nadie ayudaba y a nadie perjudicó con su muerte> (sent. 131, 29 marzo 1990, LXXXII, 145)" (sent. 66, 5 octubre 99). Subrayado de la defensa.

Por tanto, no puede considerarse un el lucro cesante en favor del menor, cuando esté antes de los hechos no ejercía actividad laboral ni económica, razón por la cual no tuvo ninguna mengua en sus ingresos.

La reparación como su nombre lo indica significa "restituir a la condición en la que se encontraba ante de la presentación del daño" en el presente caso no existe condición a reparar por lucro cesante habida cuenta que



este no tenía ningún ingreso antes de los hechos luego entonces no hay condición a recuperar. Al respecto la CSJ en sentencia del Consejo de Estado ha indicado:

*“(...) Es por esto, que sobre el lucro cesante debe aclararse que este no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias sino que, por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso*³, de manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso”⁴

En consecuencia, para la reparación de un daño este debe ser directo, cierto y actual. En el presente caso no existe la CERTEZA NI ACTUALIDAD de la existencia de dicho perjuicio y que esta sean susceptibles de indemnización.

3. A LA DENOMINADA TERCERA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso y solicito muy respetuosamente que ese Despacho la deniegue.

Como primera medida su Señoría, esta defensa debe indicar que el DAÑO MORAL de la demandante no puede sólo presumirse, el daño moral debe probarse, situación que en el caso sub examine no se acredita pues no existe prueba siquiera sumaria que demuestre la supuesta la aflicción u ofensa que se les causó a la hoy demandante, por lo anterior esta pretensión, señor Juez se debe denegar.

Así mismo se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra del demandante e imputable a mi representada, pues quedó probado que la atención fue pertinente, adecuada y suficiente en cada una de las atenciones médicas suministradas y no existen las condiciones para realizar un juicio de imputación ante la falta de presupuestos de responsabilidad, como se demostrará más adelante. No puede argumentar la parte actora que es una afectación moral por la presentación de una cicatriz al lado izquierdo del tórax cuando era necesaria como tratamiento para el drenaje del líquido pleural o de lo contrario el paciente hubiese fallecido.

Ahora bien debe tenerse en cuenta que la sala de Casación civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 25 de noviembre de 1992, indicó que si bien la reparación pecuniaria del daño moral “proporciona al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción u ofensa que se le causó (...) es importante no perder de vista que el hecho de aceptar como postulado general observancia el reconocimiento de la resarcibilidad de los daños no patrimoniales, de suyo no quiere significar que esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla y probarla.”

³ TRIGO REPRESAS, Felix A., LOPEZ MESA, Marcelo J., Tratado de la Responsabilidad Civil – Cuantificación del daño, Edic. FEDYE, edición 2008, pág. 82, con fundamento en la Decisión del Tribunal supremo de España, Sala 1ª, 30/11/93.

⁴ Rad. 66001-23-31-000-2001-00731-01(26251). Sentencia del 28 de agosto de 2014. M.P. Jaime Orlando Santofimio.



Ahora, respecto de la cuantificación del daño moral comprendido en CIEN Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (100 S.M.M.L.V) que hace la apoderada de la parte activa procesal, se tiene que a todas luces se encuentra injusto y por fuera de toda proporcionalidad sentada por la jurisprudencia de la alta corte de la jurisdicción civil, y que sus topes superiores se han establecido como consecuencia al resarcimiento de daño moral padecido por la familia ante el fallecimiento de una persona, de la siguiente manera:

1	Mayo 5 de 1999: Señalar en diez millones de pesos (\$10.000.000) la cantidad máxima que se ofrecía como justa para paliar en alguna forma el dolor sufrido.
2	Septiembre 7 de 2001: CSJ condenó al pago de quince millones de pesos (\$15.000.000) por perjuicios morales. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Septiembre 7 de 2001. Expediente 6171. Magistrado ponente: Silvio Fernando Trejos Bueno.
3	Junio 30 de 2005: Reconoce a una hija una indemnización por concepto de perjuicio moral sufrido con ocasión de la muerte de la madre, de \$20.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Junio 30 de 2005. Expediente: 68001-3103-005-1998-00650.01. Magistrado ponente: Jaime Alberto Arrubla Paucar.
4	Enero 20 de 2009: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$40.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Enero 20 de 2009. Expediente: 170013103005-1993-00215-01. Magistrado ponente: Pedro Octavio Munar Cadena.
5	Noviembre 17 de 2011: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$53.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Noviembre 17 de 2011. Expediente: 11001-3103-018-1999-00533-01. Magistrado ponente: William Namén Vargas.
6	Agosto 8 de 2013: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$55.000.000 a una hija por la muerte de su padre. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Agosto 08 de 2013. Expediente: 11001-3103-003-2001-01402-01. Magistrado ponente: Ruth Marina Díaz Rueda.
7	Agosto 24 de 2017: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de sesenta millones de pesos (\$ 60.000.000). Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC13925-2016, radicación 2005-00174-01.

En consecuencia, en el presente caso no se presenta ni el fallecimiento de la víctima, ni está demostrado la afectación moral de la demandante, razón por la cual se solicita se desestime la presente pretensión.



4. A LA DENOMINADA CUARTA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso y solicito muy respetuosamente que ese Despacho la deniegue.

Se propone por cuanto en las pretensiones de condena por daño a la vida en relación, que se está solicitando el reconocimiento y pago de las sumas de dinero a favor del demandante que ya se encontrarían resarcidas mediante el daño moral, dado que la justificación que se le da al padecimiento de este perjuicio es por la congoja por no llevar “una vida normal”.

Bajo este entendido, debe advertirse que en el caso particular existe una indebida acumulación de pretensiones, en tanto que el “daño en la vida de relación” según la jurisprudencia se ha declarado como inexistente y han evolucionado al “daño a la salud”, daño que hoy únicamente indemniza a la víctima directa:

“En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación- precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmatrimales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud.”

En otros términos, se insiste, en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del Estado, motivo por el que, se itera, cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado “daño a la salud o fisiológico”, sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.” Subrayado por fuera del texto.

De esta forma, si lo que se quiere indemnizar es el daño psicológico por la profunda tristeza, la afectación anímica como íntima con la sociedad resulta evidente que se está reclamando un mismo perjuicio varias veces y, así, soslayadamente, una bajo la denominación de daño moral y bajo la denominación de daño en la vida en relación.

Ahora bien se encuentra realmente inadmisble que se reconozcan los perjuicios en vida en relación reclamados a los demandantes bajo las denominaciones anotadas, pues lo cierto es que los mismos, realmente, se dirigen a reclamar la supuesta afección de la órbita interna de esta como demandante, por la aflicción y el desconsuelo que sufrió como consecuencia de la hipoxia que podría generarse por la presentación de los episodios convulsivos que podría estar presentes aún con el suministro de la medicación como ocurrió con el presente caso, es decir, se dirigen al resarcimiento de los perjuicios morales, más no del daño en la vida en relación, el cual según la jurisprudencia, como ya se indicó está consolidado en el perjuicio al daño a la salud, y solo es reclamable ante la prueba objetiva de la existencia de dicho perjuicio e indemnizable solo a la “víctima directa”, el cual en el presente caso no es reclamable ante su inexistencia.



Es necesario advertir que, en el presente caso, no se arrima al expediente ninguna prueba dirigida a acreditar el "daño a la vida en relación" que, de forma ambigua y sin ningún método se reclama en la pretensión condenatoria.

En síntesis, en el caso bajo estudio, al lado de que es evidente que los perjuicios que los demandantes reclaman bajo la denominación de daño en la vida en relación en realidad se constituyen como una nueva reclamación del daño moral, también resulta evidente que no se aporta ninguna prueba de este supuesto daño, de hecho su definición es confusa y segregativa de los perjuicios ya solicitados.

5. A LA DENOMINADA QUINTA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso y solicito muy respetuosamente que ese Despacho la deniegue.

Como primera medida su Señoría, esta defensa debe indicar que el DAÑO MORAL de todos los solicitantes no puede sólo presumirse, el daño moral debe probarse, pues de la simple relación filial, consanguínea o de afinidad con el paciente no se predica per se un daño moral. Cosa que evidentemente en el caso sub examine no se prueba puesto que no existe prueba siquiera sumaria que demuestre la supuesta la aflicción u ofensa que se les causó a los hoy demandantes, por lo anterior esta pretensión, señor Juez se debe denegar.

Es por ello, que deberá el Señor Juez tener presente tal apreciación, pues si se tratare de establecer y cuantificar el dolor, angustia y congoja de la persona que ha perdido un ser querido o que ha estado enfermo, independiente de la causa, por lo regular presentara una afectación, afectación que no puede ser imputable a las demandadas per se, pues en el análisis integral deberá apreciarse la conducta de cada una de ellas de manera separada, el daño antijurídico y el nexo causal de todo lo ocurrido.

Como se probará, se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra de los demandantes e imputable a mi representada, que pretende se declare, pues quedará probado que la atención fue autorizada de manera pertinente, adecuada, oportuna y suficiente conforme los requerimientos de la paciente.

El daño moral no puede sólo presumirse por el hecho de que sean familiares (hermanos, padres y otros) del paciente, no, el daño moral debe probarse. Para el efecto, debe señalarse que la jurisprudencia ha indicado que éste debe tener la existencia, la intensidad, y la cuantificación, de manera que como todo daño indemnizable, debe ser cierto, personal y antijurídico.

Debe ponerse de presente que la sala de Casación civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 25 de noviembre de 1992, indicó que si bien la reparación pecuniaria del daño moral "*proporciona al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción u ofensa que se le causó (...) es importante no perder de vista que el hecho de aceptar como postulado general observancia el reconocimiento de la resarcibilidad de los daños no patrimoniales, de suyo no quiere significar que esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla y probarla para dejarle el resto al cálculo generoso de los jueces llamados a imponer su pago.*"

Por otro lado, es claro que mi representada cumplió con sus deberes contractuales de promover, asegurar y garantizar el servicio de salud al menor, donde la situación reclamada no obedece a una conducta



antijurídica imputable a EPS SANITAS S.A., pues no hubo actividad contraria a Derecho por cuanto dentro de sus funciones contractuales y legales no se encuentra la prestación del servicio.

Ahora, respecto de la cuantificación del daño moral comprendido en cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes, que hace la apoderada de la parte activa procesal, se tiene que a todas luces se encuentra irrisorio, injusto y por fuera de toda proporcionalidad sentada por la jurisprudencia de las altas cortes. Aunado que ni siquiera allega el análisis realizado para determinar dicha cuantía.

6. A LA DENOMINADA SEXTA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal, jurídico y por demás probatorio, como se demostrará más adelante y a lo largo del proceso, así como la inadecuada acumulación de pretensiones y la doble solicitud por este mismo concepto.

Se propone por cuanto en las pretensiones de condena por daño a la vida en relación, que se está solicitando el reconocimiento y pago de las sumas de dinero a favor de la menor Valentina Mayorquin que ya se encontrarían resarcidas mediante el daño moral.

Bajo este entendido, debe advertirse que en el caso particular existe una indebida acumulación de pretensiones, en tanto que el “daño en la vida de relación” según la jurisprudencia se ha declarado como inexistente y han evolucionado al “daño a la salud”, daño que hoy únicamente indemniza a la víctima directa (verbigracia no susceptible de indemnizar a Valentina Mayorquin por dicha causa):

“En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación- precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud.

En otros términos, se insiste, en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del Estado, motivo por el que, se itera, cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado “daño a la salud o fisiológico”, sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.” Subrayado por fuera del texto.

De esta forma, si lo que se quiere indemnizar es el daño psicológico por la profunda tristeza, la afectación anímica como hermana resulta evidente que se está reclamando un mismo perjuicio varias veces y, así, soslayadamente, una bajo la denominación de daño moral y de daño en la vida en relación.

Ahora bien se encuentra realmente inadmisibles que se reconozcan los perjuicios en vida en relación reclamados a los demandantes bajo las denominaciones anotadas, pues lo cierto es que los mismos, realmente, se dirigen a reclamar la supuesta afección de la órbita interna de esta como demandantes, por la aflicción y el desconsuelo que sufrió como consecuencia de las secuelas de las comorbilidades sufridas por Dagoberto Mayorquin, es decir, se dirigen al resarcimiento de los perjuicios morales, más no del daño



en la vida en relación, el cual según la jurisprudencia, como ya se indicó está consolidado en el perjuicio al daño a la salud, y solo es reclamable ante la prueba objetiva de la existencia de dicho perjuicio e indemnizable solo a la "víctima directa"

Es necesario advertir que, en el presente caso, no se arrima al expediente ninguna prueba dirigida a acreditar el "daño a la vida en relación" que, de forma ambigua y sin ningún método se reclama en la pretensión condenatoria.

En síntesis, en el caso bajo estudio, al lado de que es evidente que los perjuicios que los demandantes reclaman bajo la denominación de daño en la vida en relación en realidad se constituyen como una nueva reclamación del daño moral, también resulta evidente que no se aporta ninguna prueba de este supuesto daño.

7. A LA DENOMINADA SÉPTIMA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso y solicito muy respetuosamente que ese Despacho la deniegue.

Como primera medida su Señoría, esta defensa debe indicar que el DAÑO MORAL de todos los solicitantes no puede sólo presumirse, el daño moral debe probarse, pues de la simple relación filial, consanguínea o de afinidad con el paciente no se predica per se un daño moral. Cosa que evidentemente en el caso sub examine no se prueba puesto que no existe prueba siquiera sumaria que demuestre la supuesta la aflicción u ofensa que se les causó a los hoy demandantes, por lo anterior esta pretensión, señor Juez se debe denegar.

Es por ello, que deberá el Señor Juez tener presente tal apreciación, pues si se tratare de establecer y cuantificar el dolor, angustia y congoja de la persona que ha perdido un ser querido o que ha estado enfermo, independiente de la causa, por lo regular presentara una afectación, afectación que no puede ser imputable a las demandadas per se, pues en el análisis integral deberá apreciarse la conducta de cada una de ellas de manera separada, el daño antijurídico y el nexo causal de todo lo ocurrido.

Como se probará, se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra de los demandantes e imputable a mi representada, que pretende se declare, pues quedará probado que la atención fue autorizada de manera pertinente, adecuada, oportuna y suficiente conforme los requerimientos del paciente.

El daño moral no puede sólo presumirse por el hecho de que sean familiares (hermanos, padres y otros) del paciente, no, el daño moral debe probarse. Para el efecto, debe señalarse que la jurisprudencia ha indicado que éste debe tener la existencia, la intensidad, y la cuantificación, de manera que como todo daño indemnizable, debe ser cierto, personal y antijurídico.

Debe ponerse de presente que la sala de Casación civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 25 de noviembre de 1992, indicó que si bien la reparación pecuniaria del daño moral "*proporciona al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción u ofensa que se le causó (...) es importante no perder de vista que el hecho de aceptar como postulado general observancia el reconocimiento de la resarcibilidad de los daños no patrimoniales, de suyo no quiere significar que esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla y probarla para dejarle el resto al cálculo generoso de los jueces llamados a imponer su pago.*"



Por otro lado, es claro que mi representada cumplió con sus deberes contractuales de promover, asegurar y garantizar el servicio de salud al menor, donde la situación reclamada no obedece a una conducta antijurídica imputable a EPS SANITAS S.A., pues no hubo actividad contraria a Derecho por cuanto dentro de sus funciones contractuales y legales no se encuentra la prestación del servicio.

Ahora, respecto de la cuantificación del daño moral comprendido en 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes, que hace la apoderada de la parte activa procesal, se tiene que a todas luces se encuentra irrisorio, injusto y por fuera de toda proporcionalidad sentada por la jurisprudencia de las altas cortes. Aunado que ni siquiera allega el análisis realizado para determinar dicha cuantía.

Para el efecto, debe señalarse que la jurisprudencia Civil NO ha fijado tope superior a los CIEN salarios mínimos legales vigentes:

1	Mayo 5 de 1999: <u>Señalar en diez millones de pesos (\$10.000.000) la cantidad máxima que se ofrecía como justa para paliar en alguna forma el dolor sufrido.</u>
2	Septiembre 7 de 2001: <u>CSJ condenó al pago de quince millones de pesos (\$15.000.000) por perjuicios morales.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Septiembre 7 de 2001. Expediente 6171. Magistrado ponente: Silvio Fernando Trejos Bueno.
3	Junio 30 de 2005: <u>Reconoce a una hija una indemnización por concepto de perjuicio moral sufrido con ocasión de la muerte de la madre, de \$20'.000.000.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Junio 30 de 2005. Expediente: 68001-3103-005-1998-00650.01. Magistrado ponente: Jaime Alberto Arrubla Paucar.
4	Enero 20 de 2009: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$40'.000.000.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Enero 20 de 2009. Expediente: 170013103005-1993-00215-01. Magistrado ponente: Pedro Octavio Munar Cadena.
5	Noviembre 17 de 2011: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$53'.000.000.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Noviembre 17 de 2011. Expediente: 11001-3103-018-1999-00533-01. Magistrado ponente: William Namén Vargas.
6	Agosto 8 de 2013: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$55.000.000 a una hija por la muerte de su padre.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Agosto 08 de 2013. Expediente: 11001-3103-003-2001-01402-01. Magistrado ponente: Ruth Marina Díaz Rueda.
7	Agosto 24 de 2017: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de sesenta millones de pesos (\$ 60.000.000).</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC13925-2016, radicación 2005-00174-01.

8. A LA DENOMINADA OCTAVA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal, jurídico y por demás probatorio, como se



demostrará más adelante y a lo largo del proceso, así como la inadecuada acumulación de pretensiones y la doble solicitud por este mismo concepto.

Se propone por cuanto en las pretensiones de condena por daño a la vida en relación, que se está solicitando el reconocimiento y pago de las sumas de dinero a favor del señor Dagoberto Mayorquin Barrero que ya se encontrarían resarcidas mediante el daño moral.

Bajo este entendido, debe advertirse que en el caso particular existe una indebida acumulación de pretensiones, en tanto que el “daño en la vida de relación” según la jurisprudencia se ha declarado como inexistente y han evolucionado al “daño a la salud”, daño que hoy únicamente indemniza a la víctima directa (verbigracia no susceptible de indemnizar a Dagoberto Mayorquin por dicha causa):

“En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación- precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud.

En otros términos, se insiste, en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del Estado, motivo por el que, se itera, cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado “daño a la salud o fisiológico”, sín que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.” Subrayado por fuera del texto.

De esta forma, si lo que se quiere indemnizar es el daño psicológico por la profunda tristeza, la afectación anímica como padre resulta evidente que se está reclamando un mismo perjuicio varias veces y, así, soslayadamente, una bajo la denominación de daño moral y de daño en la vida en relación.

Ahora bien se encuentra realmente inadmisibile que se reconozcan los perjuicios en vida en relación reclamados a los demandantes bajo las denominaciones anotadas, pues lo cierto es que los mismos, realmente, se dirigen a reclamar la supuesta afección de la órbita interna de esta como demandantes, por la aflicción y el desconsuelo que sufrió como consecuencia de las secuelas de las comorbilidades sufridas por Dagoberto Mayorquin, es decir, se dirigen al resarcimiento de los perjuicios morales, más no del daño en la vida en relación, el cual según la jurisprudencia, como ya se indicó está consolidado en el perjuicio al daño a la salud, y solo es reclamable ante la prueba objetiva de la existencia de dicho perjuicio e indemnizable solo a la “víctima directa”.

Es necesario advertir que, en el presente caso, no se arrima al expediente ninguna prueba dirigida a acreditar el “daño a la vida en relación” que, de forma ambigua y sin ningún método se reclama en la pretensión condenatoria.

En síntesis, en el caso bajo estudio, al lado de que es evidente que los perjuicios que los demandantes reclaman bajo la denominación de daño en la vida en relación en realidad se constituyen como una nueva

705

10



reclamación del daño moral, también resulta evidente que no se aporta ninguna prueba de este supuesto daño.

9. A LA DENOMINADA NOVENA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso y solicito muy respetuosamente que ese Despacho la deniegue.

Como primera medida su Señoría, esta defensa debe indicar que el DAÑO MORAL de todos los solicitantes no puede sólo presumirse, el daño moral debe probarse, pues de la simple relación filial, consanguínea o de afinidad con el paciente no se predica per se un daño moral. Cosa que evidentemente en el caso sub examine no se prueba puesto que no existe prueba siquiera sumaria que demuestre la supuesta la aflicción u ofensa que se les causó a los hoy demandantes, por lo anterior esta pretensión, señor Juez se debe denegar.

Es por ello, que deberá el Señor Juez tener presente tal apreciación, pues si se tratare de establecer y cuantificar el dolor, angustia y congoja de la persona que ha perdido un ser querido o que ha estado enfermo, independiente de la causa, por lo regular presentara una afectación, afectación que no puede ser imputable a las demandadas per se, pues en el análisis integral deberá apreciarse la conducta de cada una de ellas de manera separada, el daño antijurídico y el nexo causal de todo lo ocurrido.

Como se probará, se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra de los demandantes e imputable a mi representada, que pretende se declare, pues quedará probado que la atención fue autorizada de manera pertinente, adecuada, oportuna y suficiente conforme los requerimientos del paciente.

El daño moral no puede sólo presumirse por el hecho de que sean familiares (hermanos, padres y otros) del paciente, no, el daño moral debe probarse. Para el efecto, debe señalarse que la jurisprudencia ha indicado que éste debe tener la existencia, la intensidad, y la cuantificación, de manera que como todo daño indemnizable, debe ser cierto, personal y antijurídico.

Debe ponerse de presente que la sala de Casación civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 25 de noviembre de 1992, indicó que si bien la reparación pecuniaria del daño moral *"proporciona al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción u ofensa que se le causó (...) es importante no perder de vista que el hecho de aceptar como postulado general observancia el reconocimiento de la resarcibilidad de los daños no patrimoniales, de suyo no quiere significar que esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla y probarla para dejarle el resto al cálculo generoso de los jueces llamados a imponer su pago."*

Por otro lado, es claro que mi representada cumplió con sus deberes contractuales de promover, asegurar y garantizar el servicio de salud al menor, donde la situación reclamada no obedece a una conducta antijurídica imputable a EPS SANITAS S.A., pues no hubo actividad contraria a Derecho por cuanto dentro de sus funciones contractuales y legales no se encuentra la prestación del servicio.

Ahora, respecto de la cuantificación del daño moral comprendido en 100 salarios mínimos mensuales legales vigentes, que hace la apoderada de la parte activa procesal, se tiene que a todas luces se encuentra irrisorio, injusto y por fuera de toda proporcionalidad sentada por la jurisprudencia de las altas cortes. Aunado que ni siquiera allega el análisis realizado para determinar dicha cuantía.



Para el efecto, debe señalarse que la jurisprudencia Civil NO ha fijado tope superior a los CIEN salarios mínimos legales vigentes:

1	Mayo 5 de 1999: <u>Señalar en diez millones de pesos (\$10.000.000) la cantidad máxima que se ofrecía como justa para paliar en alguna forma el dolor sufrido.</u>
2	Septiembre 7 de 2001: <u>CSJ condenó al pago de quince millones de pesos (\$15.000.000) por perjuicios morales.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Septiembre 7 de 2001. Expediente 6171. Magistrado ponente: Silvio Fernando Trejos Bueno.
3	Junio 30 de 2005: <u>Reconoce a una hija una indemnización por concepto de perjuicio moral sufrido con ocasión de la muerte de la madre, de \$20'.000.000.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Junio 30 de 2005. Expediente: 68001-3103-005-1998-00650.01. Magistrado ponente: Jaime Alberto Arrubla Paucar.
4	Enero 20 de 2009: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$40'.000.000.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Enero 20 de 2009. Expediente: 170013103005-1993-00215-01. Magistrado ponente: Pedro Octavio Munar Cadena.
5	Noviembre 17 de 2011: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$53'.000.000.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Noviembre 17 de 2011. Expediente: 11001-3103-018-1999-00533-01. Magistrado ponente: William Namén Vargas.
6	Agosto 8 de 2013: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$55.000.000 a una hija por la muerte de su padre.</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Agosto 08 de 2013. Expediente: 11001-3103-003-2001-01402-01. Magistrado ponente: Ruth Marina Díaz Rueda.
7	Agosto 24 de 2017: <u>Se reconoce indemnización por perjuicio moral de sesenta millones de pesos (\$ 60.000.000).</u> Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC13925-2016, radicación 2005-00174-01.

10. A LA DENOMINADA DÉCIMA: ME OPONGO a la pretensión y/o petición de la parte demandante por carecer de fundamento legal, jurídico y por demás probatorio, como se demostrará más adelante y a lo largo del proceso, así como la inadecuada acumulación de pretensiones y la doble solicitud por este mismo concepto.

Se propone por cuanto en las pretensiones de condena por daño a la vida en relación, que se está solicitando el reconocimiento y pago de las sumas de dinero a favor de la señora Mónica Yubied Albaracín que ya se encontrarían resarcidas mediante el daño moral.

Bajo este entendido, debe advertirse que en el caso particular existe una indebida acumulación de pretensiones, en tanto que el "daño en la vida de relación" según la jurisprudencia se ha declarado como inexistente y han evolucionado al "daño a la salud", daño que hoy únicamente indemniza a la víctima directa (verbigracia no susceptible de indemnizar a Dagoberto Mayorquin por dicha causa):

“En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación- precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud.

En otros términos, se insiste, en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del Estado, motivo por el que, se itera, cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado “daño a la salud o fisiológico”, sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones. Subrayado por fuera del texto.

De esta forma, si lo que se quiere indemnizar es el daño psicológico por la profunda tristeza, la afectación anímica como padre resulta evidente que se está reclamando un mismo perjuicio varias veces y, así, soslayadamente, una bajo la denominación de daño moral y de daño en la vida en relación.

Ahora bien se encuentra realmente inadmisibles que se reconozcan los perjuicios en vida en relación reclamados a los demandantes bajo las denominaciones anotadas, pues lo cierto es que los mismos, realmente, se dirigen a reclamar la supuesta afección de la órbita interna de esta como demandantes, por la aflicción y el desconsuelo que sufrió como consecuencia de las secuelas de las comorbilidades sufridas por Dagoberto Mayorquín, es decir, se dirigen al resarcimiento de los perjuicios morales, más no del daño en la vida en relación, el cual según la jurisprudencia, como ya se indicó está consolidado en el perjuicio al daño a la salud, y solo es reclamable ante la prueba objetiva de la existencia de dicho perjuicio e indemnizable solo a la “víctima directa”.

Es necesario advertir que, en el presente caso, no se arrima al expediente ninguna prueba dirigida a acreditar el “daño a la vida en relación” que, de forma ambigua y sin ningún método se reclama en la pretensión condenatoria.

En síntesis, en el caso bajo estudio, al lado de que es evidente que los perjuicios que los demandantes reclaman bajo la denominación de daño en la vida en relación en realidad se constituyen como una nueva reclamación del daño moral, también resulta evidente que no se aporta ninguna prueba de este supuesto daño.

11. A LA DENOMINADA DÉCIMA PRIMERA: ME APORTO SOBRE LA OPOSICIÓN, RECHAZO Y/O ACEPTACIÓN, dado que la pretensión no va dirigida a mí representada sino a las demás demandadas, por tanto el pronunciamiento sobre este punto está en cabeza de Unidad Médica de Servicios Integrales (USMI) y Médicos Asociados (Clínica Nicolás de Federman) y no de mi representada.
12. A LA DENOMINADA DÉCIMA SEGUNDA: ME OPONGO Y LA RECHAZO, pues una condena en costas y demás erogaciones que se produzcan en virtud del proceso, dado que estos



únicamente puede surgir de una sentencia condenatoria, que como se ha dicho en los anteriores puntos, se RECHAZA por parte de EPS SANITAS S.A. Con base en lo anterior y contrario sensu de lo indicado con precedencia, solicito al despacho se sirva condenar en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

Aunado a lo anterior, paso a continuación a objetar con razones fácticas y jurídicas los montos solicitados por los demandantes:

IV. PETICIÓN ESPECIAL – OBJECCIÓN DE LA ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

Como quiera que en las pretensiones condenatorias la parte demandante incurre en unas pretensiones notoriamente injustas y fuera de todo contexto, desde el punto de vista jurisprudencial y conforme lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, la suscrita apoderada a través de la presente contestación procede a **OBJETAR** las sumas indicadas por la apoderada de la parte demandante dentro del escrito de la demanda, en el entendido en que no cumple con los requisitos establecidos jurisprudencialmente.

Así las cosas, se tiene que el artículo 206 del Código General del Proceso dispone que:

(...)

“Artículo 206. Juramento estimatorio.

Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

Formulada la objeción el juez concederá el término de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes.

Aun cuando no se presente objeción de parte, si el juez advierte que la estimación es notoriamente injusta, ilegal o sospeche que haya fraude, colusión o cualquier otra situación similar, deberá decretar de oficio las pruebas que considere necesarias para tasar el valor pretendido.

Modificado por el art. 13, Ley 1743 de 2014. Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) la que resulte probada, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia.

El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda o cuando la parte contraria lo objete. Serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar o dejar sin efecto la condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento.

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz.

Parágrafo. Modificado por el art. 13, Ley 1743 de 2014.



También habrá lugar a la condena a que se refiere este artículo, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. En este evento la sanción equivaldrá al cinco (5) por ciento del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.

(...)Subrayado por fuera del texto).

Esta objeción se realiza sobre los perjuicios materiales e inmateriales, que si bien sobre estos últimos el demandante no se encuentra obligado a realizar juramento estimatorio, el artículo 82 del Código General del Proceso si se lo exige, no lo exonera, veamos:

“Artículo 82. Requisitos de la demanda. Salvo disposición en contrario, la demanda con que se promueva todo proceso deberá reunir los siguientes requisitos:

- 1. La designación del juez a quien se dirija.*
- 2. El nombre y domicilio de las partes y, si no pueden comparecer por sí mismas, los de sus representantes legales. Se deberá indicar el número de identificación del demandante y de su representante y el de los demandados si se conoce. Tratándose de personas jurídicas o de patrimonios autónomos será el número de identificación tributaria (NIT).*
- 3. El nombre del apoderado judicial del demandante, si fuere el caso.*
- 4. Lo que se pretenda, expresado con precisión y claridad.*
- 5. Los hechos que le sirven de fundamento a las pretensiones, debidamente determinados, clasificados y numerados.*
- 6. La petición de las pruebas que se pretenda hacer valer, con indicación de los documentos que el demandado tiene en su poder, para que este los aporte.*
- 7. El juramento estimatorio, cuando sea necesario.*
- 8. Los fundamentos de derecho.*
- 9. La cuantía del proceso, cuando su estimación sea necesaria para determinar la competencia o el trámite.*
- 10. El lugar, la dirección física y electrónica que tengan o estén obligados a llevar, donde las partes, sus representantes y el apoderado del demandante recibirán notificaciones personales.*
- 11. Los demás que exija la ley” Subrayado y negrita texto afuera.*

En ese entendido y como quiera que en las pretensiones del líbelo de la demanda, la parte actora incurre en unas pretensiones notoriamente injustas y fuera de todo contexto factico, legal y jurisprudencial. No es factible que se realice condena alguna en virtud de las pretensiones expresadas en la demanda, toda vez que son notoriamente injustas, pues no se compadecen con los antecedentes jurisprudenciales fijados por las Altas Cortes y no aporta prueba idónea razón por la cual, se procederá a realizar la correcta y eventual liquidación correspondiente a fin de ilustrar al Despacho en este sentido, para que evidencie que en efecto, existe una injusta estimación “razonada” de la cuantía por parte del apoderado de la parte demandante y por ende, deberá condenarse a pagar la suma que corresponda, tal y como se indica a continuación en donde se realiza la liquidación de rigor, así:

RESPECTO DE LOS DAÑOS MATERIALES:

A. RESPECTO DEL LUCRO CESANTE:



Tal como se indicó en la contestación de esta pretensión se tiene que no es reparable un lucro cesante inexistente en el menor, dado que a la época de los hechos este no era laboralmente activo, no ejercía ninguna actividad económica con la que se sustentara o colaborara con el sustento de él ni de los aquí demandantes, o por lo menos la parte actora no lo acredita. Contrario sensu se tiene que el menor era dependiente económicamente de su madre tal como se acredita con el certificado de afiliación adjunto como prueba No. 7.1.3. que reporta que Dagoberto Mayorquin Albarracín era beneficiario de su madre:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1188217474
NOMBRES Y APELLIDOS	Dagoberto Mayorquin Albarracin
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	24/06/2012
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	24/06/2012
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	299 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	24/06/2012
NIVEL SISBEN	No aplica

La dependencia económica se realiza desde el momento de la afiliación, donde el cotizante acredita bajo declaración juramentada la dependencia económica de su beneficiario, conforme lo establece el numeral 6 del artículo 3 del Decreto 1703 de 2002:

"Artículo 3°. Afiliación del Grupo Familiar. A partir de la vigencia del presente decreto, la afiliación al sistema requiere la presentación de los documentos que acreditan las condiciones legales de todos los miembros del núcleo familiar, así:

1. Para acreditar la calidad de cónyuge, el registro del matrimonio.
2. Para acreditar la calidad de compañero permanente, declaración juramentada del cotizante y compañero o compañera en la que se manifieste que la convivencia es igual o superior a dos años. En este evento la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento del término antes indicado.
3. Para acreditar la calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, los registros civiles en donde conste el parentesco.
4. Para acreditar la calidad de estudiante, certificación del establecimiento educativo, en donde conste edad, escolaridad, período y dedicación académica.
5. La incapacidad permanente de los hijos mayores de 18 años según lo establecido en los términos del Decreto 2463 de 2001.

6. La dependencia económica con declaración juramentada rendida personalmente por el cotizante, en la que conste el hecho.

Para todos los efectos, la entrega de tales documentos es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales; lo anterior sin perjuicio de que las entidades promotoras



de salud, EPS, o demás entidades obligadas a compensar, EOC, realicen las auditorías correspondientes, los cruces de información o que requieran al afiliado cotizante o empleador, según el caso, para que presente la documentación complementaria que acredite en debida forma tal condición, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo para ser inscrito como beneficiario.” Subrayado por fuera del texto.

Debe tenerse en cuenta que el lucro cesante consiste “en el dinero que habría recibido la persona de no haberse ocurrido el daño y cuya pérdida o mengua se origina de su incapacidad laboral” en el presente caso no existe ni siquiera la certeza de recibir algún ingreso por parte del menor, por cuanto nunca lo recibió ni lo esperó, es una situación incierta la cual no es objeto de indemnización. Aunado a lo anterior se tiene que este no otorgaba ningún beneficio económico a los demandantes, del cual haya menguado con ocasión de su enfermedad.

La reparación como su nombre lo indica significa “restituir a la condición en la que se encontraba ante de la presentación del daño” en el presente caso no existe condición a reparar por lucro cesante habida cuenta que este no tenía ningún ingreso antes de los hechos luego entonces no hay condición a recuperar. Al respecto la CSJ en sentencia del Consejo de Estado ha indicado:

“(…) Es por esto, que sobre el lucro cesante debe aclararse que este no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias sino que, por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso⁵, de manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso”⁶

En consecuencia, para la reparación de un daño este debe ser directo, cierto y actual. En el presente caso no existe la CERTEZA de la existencia de dicho daño y que esta sea susceptibles de indemnización, máxime cuando no existe prueba si quiera sumaria de ello.

B. RESPECTO DE LOS DAÑOS INMATERIALES:

a. DAÑO MORAL:

Al respecto, la sala de Casación civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 25 de noviembre de 1992, indicó que si bien la reparación pecuniaria del daño moral “proporciona al perjudicado o lesionado una satisfacción por la aflicción u ofensa que se le causó (...) es importante no perder de vista que el hecho de aceptar como postulado general observancia el reconocimiento de la resarcibilidad de los daños no patrimoniales, de suyo no quiere significar que esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla para dejarle el resto a la imaginación, al sentimiento o al cálculo generoso de los jueces llamados a imponer su pago.”

⁵ TRIGO REPRESAS, Felix A., LOPEZ MESA, Marcelo J., Tratado de la Responsabilidad Civil – Cuantificación del daño, Edic. FEDYE, edición 2008, pág. 82, con fundamento en la Decisión del Tribunal supremo de España, Sala 1ª, 30/11/93.

⁶ Rad. 66001-23-31-000-2001-00731-01(26251). Sentencia del 28 de agosto de 2014. M.P. Jaime Orlando Santofimio.



De lo anterior se corrobora que el daño moral no puede sólo presumirse, el daño moral debe probarse y no puede dejarle a la imaginación y al cálculo generoso. Cosa que evidentemente en el caso sub examine no se prueba que demuestre la supuesta la aflicción u ofensa que se les causó a lo hoy demandantes, por lo anterior esta pretensión, señor Juez se debe denegar.

Ahora, respecto de la cuantificación del daño moral comprendido en CIEN salarios mínimos legales vigentes, que hace la apoderada de la parte activa procesal, se tiene que a todas luces se encuentra injusto y por fuera de toda proporcionalidad sentada por la jurisprudencia de las altas cortes. Aunado que ni siquiera allega el análisis realizado para determinar dicha cuantía.

Para el efecto, debe señalarse que la jurisprudencia Civil NO ha fijado tope superior a CIEN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES, y que sus topes superiores se han establecido como consecuencia al resarcimiento de daño moral padecido por la familia ante el fallecimiento de una persona:

1	Mayo 5 de 1999: Señalar en diez millones de pesos (\$10.000.000) la cantidad máxima que se ofrecía como justa para paliar en alguna forma el dolor sufrido.
2	Septiembre 7 de 2001: CSJ condenó al pago de quince millones de pesos (\$15.000.000) por perjuicios morales. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Septiembre 7 de 2001. Expediente 6171. Magistrado ponente: Silvio Fernando Trejos Bueno.
3	Junio 30 de 2005: Reconoce a una hija una indemnización por concepto de perjuicio moral sufrido con ocasión de la muerte de la madre, de \$20'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Junio 30 de 2005. Expediente: 68001-3103-005-1998-00650.01. Magistrado ponente: Jaime Alberto Arrubla Paucar.
4	Enero 20 de 2009: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$40'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Enero 20 de 2009. Expediente: 170013103005-1993-00215-01. Magistrado ponente: Pedro Octavio Munar Cadena.
5	Noviembre 17 de 2011: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$53'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Noviembre 17 de 2011. Expediente: 11001-3103-018-1999-00533-01. Magistrado ponente: William Namén Vargas.
6	Agosto 8 de 2013: Se reconoce indemnización por perjuicio moral de \$55.000.000 a una hija por la muerte de su padre. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Agosto 08 de 2013. Expediente: 11001-3103-003-2001-01402-01. Magistrado ponente: Ruth Marina Díaz Rueda.



De esta manera, también, es concluyente que las peticiones del demandante, desbordan toda lógica y proporción respecto de los hechos de los cuales pretende indemnización.

En consecuencia se rechaza vehementemente, por parte de esta defensa, los supuestos perjuicios morales causados en la persona de los demandantes, dado que no existen las condiciones para realizar un juicio de imputación ante la falta de presupuestos de responsabilidad, como se demostrará más adelante.

b. DAÑO EN LA VIDA EN RELACIÓN:

Tal como se indicó con anterioridad estos perjuicios corresponden a una inadecuada acumulación de pretensiones, habida cuenta que la descripción del daño a la salud así como el daño en la vida en relación, obedecen a la misma tipología del daño, tal como lo indicó las sentencias de la Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, Exp. 19031 y 38222:

“Se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud (...) la Sala unifica su jurisprudencia en relación con la indemnización del daño a la salud por lesiones temporales en el sentido de indicar que, para su tasación, debe establecerse un parangón con el monto máximo que se otorgaría en caso de lesiones similares a aquellas objeto de reparación, pero de carácter permanente y, a partir de allí, determinar la indemnización en función del periodo durante el cual, de conformidad con el acervo probatorio, se manifestaron las lesiones a indemnizar” subrayado por fuera del texto.

En el presente caso ni siquiera se allega prueba sumaria de las supuestas lesiones sufridas en la humanidad de los demandantes y su pérdida de capacidad conforme la tarifa establecida por la Altas Cortes, de hecho según el escrito petitorio ni siquiera se justifica. De hecho, en el evento condena solo es admisible la reparación de la víctima directa siempre y cuando demuestre los elementos estructurales de la responsabilidad y del anotado perjuicio:

“La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada.” Subrayado por fuera del texto.

Así mismo las pretensiones de condena por daño a la vida en relación, que se está solicitando el reconocimiento y pago a favor de los demandantes que ya se encontrarían resarcidas mediante el daño moral, de conformidad con los argumentos presentados por la parte demandante.

Bajo este entendido, debe advertirse que en el caso particular existe una indebida acumulación de pretensiones, en tanto y en cuanto el “daño en la vida de relación” en relación al desarrollo jurisprudencial es inexistente y han evolucionado al “daño a la salud”, daño que hoy únicamente indemniza a la víctima directa (verbigracia no susceptible de indemnizar a los padres, hermanos ni abuelos por dicha causa).

De esta forma, si lo que se quiere indemnizar es el daño psicológico por la profunda tristeza, sensación de desconsuelo y alteraciones en el área afectiva resulta evidente que se está reclamando un mismo perjuicio



dos veces y, así, soslayadamente, una bajo la denominación de daño moral y la segunda, bajo la denominación de daño en la vida en relación.

Luego entonces se encuentra entonces que los supuestos perjuicios alegados no cumplen con los requisitos mínimos para considerarse como tal, dado que obedecen a meras expectativas, caprichos y estimaciones sin sustento. Según la teoría general de las obligaciones⁷ el daño debe ser directo, cierto y actual, tres condiciones que no cumplen los supuestos perjuicios en comento, dado que es incierto indicar que causaron “daños materiales y/o inmateriales” cuando no hay prueba que lo acredite o indique.

Teniendo en cuenta entonces que la suma total de las pretensiones que hizo la apoderada de la parte actora, y que ello, es NOTORIAMENTE INJUSTO y excesivo, pues con la petición de los perjuicios en vida de relación se pretende una doble indemnización del daño moral, con base en los ANTECEDENTES JURISPRUDENCIALES ACTUALMENTE VIGENTES, se solicita entonces al Despacho se sirva ordenar de oficio su regulación con base en lo ya expuesto y, atendiendo a que a todas luces la suma pretendida excede más de tres veces, se deberá condenar a la parte demandante a pagar el 10% de la diferencia que resulte entre el monto regulado por el Despacho y el liquidado con base en la jurisprudencia de las altas Cortes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso.

V. FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA – EXCEPCIONES DE MÉRITO

Sin que con ello reconozca derecho alguno en favor de las demandantes, propongo las siguientes excepciones de mérito o de fondo:

1. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR FALLA PRESUNTA – RÉGIMEN DE FALLA PROBADA

Debe hacerse claridad que la parte actora deberá establecer y probar el daño sufrido y que tal daño fue ocasionado única y exclusivamente por causa de cada uno de los demandados, es decir que exista un nexo causal entre el daño que se configuró y la conducta cometida por cada uno de los demandados. No basta con que en la demanda se hagan afirmaciones, el demandante deberá probar lo que se encuentra afirmando, este RÉGIMEN DE FALLA PROBADA es la posición que asume la Sección Tercera del Consejo de Estado en la recientísima jurisprudencia del 20 de octubre de 2014⁸.

“Según la posición jurisprudencial que ha manejado la Corporación, los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda. Una vez acreditado el daño antijurídico, es necesario verificar que el mismo es imputable a la entidad demandada, ya que no es suficiente que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia e imputabilidad

⁷ Tamayo, Lombana Alberto. Manual de Obligaciones. La responsabilidad civil – Fuente de obligaciones. Ed. Temis S.A. Bogotá, Colombia. 1998.

⁸ Consejo de Estado. Sección Tercero. Exp.:30166// 25000-23-26-000-2001-01792-01. Consejera Ponente: Olga Mellida Valle De la Hoz.



del mismo, toda vez que se hace necesario que ello se encuentre soportado en el expediente”(Subrayado y negrita texto afuera).

La responsabilidad debe probarse, de manera que se trata de una culpa probada, pues “presumir la culpa del médico, sin saber cuál fue la causa del daño, conduce, nada más ni nada menos, a una presunción de causalidad que no es más que una responsabilidad objetiva”⁹.

Debe señalarse que en el régimen tradicional de la culpa probada o responsabilidad subjetiva, se indica que “corresponde al paciente demostrar la culpa del profesional de la salud o de la institución que le prestó un servicio para que surja la responsabilidad”¹⁰.

Por ello es por lo que como se planteó en el mismo pronunciamiento, “para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la ‘responsabilidad civil’, por regla general, ha de tomarse en cuenta la ‘responsabilidad subjetiva’ basada en la culpa o negligencia, constituyendo la ‘lex artis’ parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los ‘deberes médicos’ (...) Son partes de un sistema de responsabilidad civil asentado sobre la culpa (...) Y como doctrina reiterada (...) que ‘para que pueda surgir responsabilidad del personal sanitario o del centro de que aquél depende, como consecuencia del tratamiento aplicable a un enfermo se requiere ineludiblemente que haya intervenido culpa o negligencia (...) ya que en la valoración de la conducta profesional de médicos y sanitarios en general queda descartada toda responsabilidad más o menos objetiva (...)”¹¹.

En el presente caso, se tiene que no existe tal actuar culposo en cabeza de mi representada ni de los demás demandantes, habida cuenta que:

- a. No fue mi representada quien prestó los servicios de salud, pues como su denominación de “EPS” lo indica, es una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD y dentro de sus funciones no está la de prestación de servicios de salud, en este sentido quienes prestaron los servicios de salud a DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN fue la IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) USMI DE ZIPAQUIRÁ, MÉDICOS ASOCIADOS A TRAVÉS DE CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN Y HOSPITAL LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ. Por tanto no hay responsabilidad por el hecho u obra de EPS SANITAS S.A. dado que como se demostrará más adelante no hubo daño antijurídico que le sea imputable culpa.
- b. No es cierto que se haya obrado culposamente y que la situación de salud del paciente obedezca a una la prestación de los servicios de salud, dado que:
 1. Que el paciente siempre presentó múltiples comorbilidades que lo hacían multiconsultante del servicio de salud y de permanente observación de sus padres,

⁹ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Sobre la prueba de la culpa médica, en derecho Civil y administrativo. Análisis Doctrinal y Jurisprudencial. Biblioteca Jurídica DIKE. Pág. 57.

¹⁰ YEPES RESTREPO, Sergio. La Responsabilidad Civil Médica. Biblioteca Jurídica DIKE, 6ª Edición, 2004, pág 79.

por tanto no es cierto que el paciente estuviera sano ni que no tuviera factores para la exacerbación de su síndrome convulsivo.

2. El menor tenía escenarios convulsivos a repetición, de difícil manejo, que a pesar del tratamiento médico suministrado podría presentar una agravación de su cuadro base por el transcurso de la misma enfermedad de sistema nervioso central, situación que no era previsible ni prevenible por el personal médico.
3. Que NO existe negligencia ni falta de oportunidad en la atención dada el 20 de marzo de 2014, el manejo clínico y diagnóstico es coherente con los hallazgos clínicos registrados al momento de la valoración. La realización de medios diagnósticos se realiza cuando a la valoración clínica se evidencian factores preponderantes que sugieran confirmación de nuevos hallazgos para definir el manejo clínico. En el presente caso el diagnóstico y tratamiento suministrado es coherente con los hallazgos registrados en la valoración clínica, por tanto no se requería un manejo diferencial.
4. El cuadro por el cual ingresó el paciente al Hospital de la Samaritana es totalmente diferente a los signos y síntomas presentados en el ingreso del 20 de marzo de 2014 y así mismo requirió un manejo diferencial.
5. El Hospital de la Samaritana realizó un manejo perito de la neumonía con los medios tecnológicos y de personal que tenía a su disposición y que era pertinente bajo el escenario inicial presentado por el menor. Su manejo fue coherente y apegado a las guías de manejo de la neumonía, máxime cuando en el estadio inicial se suministró esquema antibiótico de primera línea, posteriormente fue escalonando con el suministro del manejo antibiótico de amplio espectro. Se resalta que el menor curso durante la hospitalización con Neumonía complicada con derrame pleural ante lo cual se define remisión a IV nivel considerándose conducta indicada, dado que ante la evolución tórpida del paciente se requiere el manejo por UCI pediatra y cirugía pediatra, servicio con el cual no contaba dicha institución.
6. EPS Sanitas S.A realiza el proceso de referencia y contrareferencia conforme los parámetros establecidos en el Decreto 4747 de 2006. Debe tenerse en cuenta que la primera solicitud de traslado se realizó por la falta de convenio interinstitucional, no obstante, ante las condiciones clínicas del paciente y la falta de camas en las demás instituciones clínicas se procedió a la continuidad del tratamiento en el Hospital de la Samaritana, máxime cuando este era adecuado conforme su estado de salud y el paciente iba evolucionando adecuadamente. El paciente inicialmente no requirió manejo en IV nivel, se reitera que el traslado se pidió por falta de convenio no por las condiciones de salud del menor. NUNCA existió interrupción ni barreras en el servicio de salud suministrado al menor, por el contrario se prefirió la continuidad del tratamiento ante la condición mórbida presentada por el paciente.
7. Dentro de la segunda solicitud del traslado, este vez por necesidad del servicio ante la probabilidad de requerir UCI pediatra con manejo por cirugía pediátrica se puede observar, que una vez la IPS una vez realiza el requerimiento al centro de referencia



y contrareferencia, procede a solicitar a todas las instituciones prestadoras del servicio de salud, adscritas y no adscritas con los servicios habilitados y disponibles a realizar el requerimiento del traslado.

El traslado es efectuado al día siguiente, 30 de marzo de 2014 a las 23.50 horas ante la aceptación del traslado institucional por Clínica Nicolás de Federman, quien acreditó que tenía camas disponibles para la atención. Ninguna otra IPS manifestó tener disponibilidad de camas hospitalarias con las características requeridas para la atención del menor.

Se debe poner de presente que la red hospitalaria habilitada con el servicio de UCI pediátrica y cirugía pediátrica es mínima, y no dependiente de las EPS, dado que estas no realizan la habilitación de ni el suministro directo de los servicios de salud, son las IPS las que abren la oferta de este servicio y las Secretarías de Salud las que habilitan el mismo conforme se cumplan con los exigentes requisitos de las mismas. En el presente caso se consultó toda la red habilitada y disponible del servicio en la ciudad de Bogotá y demás municipios circunvecinos como se evidencia en la bitácora del proceso de referencia y contrareferencia y se coteja que contrario a lo indicado por la parte demandante, fue totalmente diligente en dicho proceso.

8. Clínica Nicolás de Federman obró conforme los protocolos atención, desde el ingreso el paciente presentaba un grave estado de morbilidad y mortalidad el cual fue recuperando gracias al tratamiento instaurado. Como se explica con anterioridad al paciente se le proporcionó siempre el manejo anticonvulsivante, ácido valproico, que si bien ayuda al tratamiento de las crisis convulsivas, no implica que estas no se puedan presentar como se reseña al inicio de la contestación. Las condiciones mordidas del paciente son la consecuencia de la evolución de su enfermedad de base, mas no por las condiciones de la atención clínica, máxime cuando se evidencia que se suministró toda la atención conforme lo sugería la lex artis.

No le es imputable a mí representada ni al resto de los demandados, la situación en salud que padece el menor, dado que estas condiciones son parte de la evolución tórpida de sus patologías bases y no de la actividad médica ni administrativa de las acá demandadas.

No obstante lo anterior, se demuestra en el presente caso que a la paciente se le brindó una atención oportuna y adecuada, de acuerdo con cada uno de los cuadros clínicos presentados.

2. INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS DE LA CONFIGURACIÓN DE LOS PRESUPUESTOS DE RESPONSABILIDAD.

1. INEXISTENCIA DE UNA ACTUACIÓN CULPOSA Y/O NEGLIGENTE-MODALIDADES DE CULPA.

Sin perjuicio de lo anterior, debe tener en cuenta el despacho que en tanto que la demanda se enfoca a buscar la reparación del daño por la supuesta acción y omisión en la atención médica brindada al menor DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN, es en ese entendido en que se enfocará la defensa, y en



todo caso, indicándole a su señoría que no se incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 que me permito transcribir a continuación:

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley”.

En este orden de ideas, es necesario verificar el hecho atribuible al sujeto que se le imputa la responsabilidad. Para llegar a demostrar que en el caso sub examine no se cristaliza este presupuesto. Dado que en lo que obedece a mi representada, E.P.S. SANITAS S.A., ésta no intervino en la prestación directa del servicio, esta se efectuó directamente a través de UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, MÉDICOS ASOCIADOS – CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN Y EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ de las cuales se desprenden i) que tenía contrato suscrito con E.P.S. SANITAS S.A., pero que muy a pesar de ello ii) la misma es una persona jurídica diferente a mi representada y su actuar está ceñido por los protocolos de atención y por su autonomía médica científica (Ley 1438 de 2011 artículo 105) en la prestación del servicio. De manera que E.P.S. SANITAS S.A. no estará llamada a responder por la actuación autónoma que emitió tal institución, así como su profesional fisioterapeuta.

Sin perjuicio de lo anterior, esta defensa advierte tajantemente que si se analizara la conducta de UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, MÉDICOS ASOCIADOS – CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN Y EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ no se configura ninguno de los elementos para pretender la responsabilidad perseguida, máxime cuando hablamos de la actividad médica la cual ha sido calificada por las altas cortes Colombianas (Consejo de Estado, Corte Constitucional y Corte Suprema de Justicia) como responsabilidad subjetiva.

En lo que hace a la culpa, como elemento subjetivo de la responsabilidad, habrá de entenderse por ella en materia de responsabilidad médica, la imprudencia, impericia, negligencia o descuido, en general la descalificación o juicio de desvalor, que pueda efectuarse en relación con la conducta observada por el médico tratante e I.P.S. en el caso concreto, sin que sean admisibles en orden a su configuración valoraciones en abstracto o generalizantes que de ninguna manera pueden servir para tener por establecida la existencia de este requisito fundamental de la responsabilidad.

Para tal efecto, en este caso en concreto, resulta pertinente indicar que no existió una culpa ni un vínculo de causa efecto entre la culpa y el perjuicio, tal como se indicó en el fundamento de derecho anterior.

EL DOLO O LA CULPA son inexistentes en el presente asunto, como quiera que no existe prueba siquiera sumaria del dolo, entendido como la intención de haber querido ocasionar daño alguno al paciente (pues de manera alguna los médicos tuvieron que ver con el desencadenante final, dado que no existe evidencia clínica, ni paraclínica de la relación causa efecto entre la terapia física y la fractura de fémur, luego entonces esta es una complicación NO asociada al procedimiento) y mucho menos de la culpa, entendida como la infracción al deber objetivo de cuidado en donde, de acuerdo a lo planteado por el apoderado de

712

23



la parte activa, incurrió el agente (médicos tratantes e I.P.S) pues en lo que concierne a las atenciones médicas suministradas por las IPS habida cuenta que:

1. Que el paciente siempre presentó múltiples comorbilidades que lo hacían multiconsultante del servicio de salud y de permanente observación de sus padres, por tanto no es cierto que el paciente estuviera sano ni que no tuviera factores para la exacerbación de su síndrome convulsivo.
2. El menor tenía escenarios convulsivos a repetición, de difícil manejo, que a pesar del tratamiento médico suministrado podría presentar una agravación de su cuadro base por el transcurso de la misma enfermedad de sistema nervioso central, situación que no era previsible ni prevenible por el personal médico.
3. Que NO existe negligencia ni falta de oportunidad en la atención dada el 20 de marzo de 2014, el manejo clínico y diagnóstico es coherente con los hallazgos clínicos registrados al momento de la valoración. La realización de medios diagnósticos se realiza cuando a la valoración clínica se evidencian factores preponderantes que sugieran confirmación de nuevos hallazgos para definir el manejo clínico. En el presente caso el diagnóstico y tratamiento suministrado es coherente con los hallazgos registrados en la valoración clínica, por tanto no se requería un manejo diferencial.
4. El cuadro por el cual ingresó el paciente al Hospital de la Samaritana es totalmente diferente a los signos y síntomas presentados en el ingreso del 20 de marzo de 2014 y así mismo requirió un manejo diferencial.
5. El Hospital de la Samaritana realizó un manejo perito de la neumonía con los medios tecnológicos y de personal que tenía a su disposición y que era pertinente bajo el escenario inicial presentado por el menor. Su manejo fue coherente y apegado a las guías de manejo de la neumonía, máxime cuando en el estadio inicial se suministró esquema antibiótico de primera línea, posteriormente fue escalonando con el suministro del manejo antibiótico de amplio espectro. Se resalta que el menor curso durante la hospitalización con Neumonía complicada con derrame pleural ante lo cual se define remisión a IV nivel considerándose conducta indicada, dado que ante la evolución tórpida del paciente se requiere el manejo por UCI pediatra y cirugía pediatra, servicio con el cual no contaba dicha institución.
6. EPS Sanitas S.A realiza el proceso de referencia y contrareferencia conforme los parámetros establecidos en el Decreto 4747 de 2006. Debe tenerse en cuenta que la primera solicitud de traslado se realizó por la falta de convenio interinstitucional, no obstante, ante las condiciones clínicas del paciente y la falta de camas en las demás instituciones clínicas se procedió a la continuidad del tratamiento en el Hospital de la Samaritana, máxime cuando este era adecuado conforme su estado de salud y el paciente iba evolucionando adecuadamente. El paciente inicialmente no requirió manejo en IV nivel, se reitera que el traslado se pidió por falta de convenio no por las condiciones de salud del menor. NUNCA existió interrupción ni barreras en el servicio de salud suministrado al menor, por el contrario se prefirió la continuidad del tratamiento ante la condición mórbida presentada por el paciente.
7. Dentro de la segunda solicitud del traslado, este vez por necesidad del servicio ante la probabilidad de requerir UCI pediatra con manejo por cirugía pediátrica se puede observar, que una vez la IPS una vez realiza el requerimiento al centro de referencia y contrareferencia, procede a solicitar a todas las



instituciones prestadoras del servicio de salud, adscritas y no adscritas con los servicios habilitados y disponibles a realizar el requerimiento del traslado.

8. El traslado es efectuado al día siguiente, 30 de marzo de 2014 a las 23.50 horas ante la aceptación del traslado institucional por Clínica Nicolás de Federman, quien acreditó que tenía camas disponibles para la atención. Ninguna otra IPS manifestó tener disponibilidad de camas hospitalarias con las características requeridas para la atención del menor.

Se debe poner de presente que la red hospitalaria habilitada con el servicio de UCI pediátrica y cirugía pediátrica es mínima, y no dependiente de las EPS, dado que estas no realizan la habilitación de ni el suministro directo de los servicios de salud, son las IPS las que abren la oferta de este servicio y las Secretarías de Salud las que habilitan el mismo conforme se cumplan con los exigentes requisitos de las mismas. En el presente caso se consultó toda la red habilitada y disponible del servicio en la ciudad de Bogotá y demás municipios circunvecinos como se evidencia en la bitácora del proceso de referencia y contrareferencia y se coteja que contrario a lo indicado por la parte demandante, fue totalmente diligente en dicho proceso.

9. Clínica Nicolás de Federman obró conforme los protocolos atención, desde el ingreso el paciente presentaba un grave estado de morbilidad y mortalidad el cual fue recuperando gracias al tratamiento instaurado. Como se explica con anterioridad al paciente se le proporcionó siempre el manejo anticonvulsivante, ácido valproico, que si bien ayuda al tratamiento de las crisis convulsivas, no implica que estas no se puedan presentar como se reseña al inicio de la contestación. Las condiciones mordidas del paciente son la consecuencia de la evolución de su enfermedad de base, mas no por las condiciones de la atención clínica, máxime cuando se evidencia que se suministró toda la atención conforme lo sugería la lex artis.

Por tanto, se tiene que al paciente se le suministró la atención oportuna, especializada y debida prestándosele un manejo adecuado y oportuno, conforme sus signos y síntomas. Respecto de las condiciones clínicas presentadas no tiene relación con el tratamiento suministrado, hace parte de la evolución clínica de las comorbilidades padecidas por el paciente.

Adicionalmente se adoptaron todas las conductas necesarias para realizar el diagnóstico y el tratamiento de la paciente, en consecuencia el resultado final no puede ser imputable pues la medicina es una profesión de medio y no de resultado, conforme se anotó.

De cara a EPS SANITAS S.A. debe señalarse que no existió entonces ni dolo ni culpa su señoría, pues la labor de mi representada obedeció precisamente a establecer la atención garantista del menor DAGOBERTO MAYORQUIN a través del acceso a los servicios de salud y con la autorización para brindar el tratamiento médico adecuado en las IPS que cumplen con todos los criterios de habilitación señalados por la ley para tal efecto, lo que de entrada desvirtúa el hecho que la apoderada pretende hacer valer como cierto al indicar que "hubo atención medica negligente, inoportuna, equivoca y de deficiente"

2. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURÍDICO IMPUTABLE A EPS SANITAS S.A.



La hago consistir en que un daño antijurídico que pueda ser atribuible a mi representada, como quiera que aquel (el daño) se debe entender como aquel que “la víctima no está en obligación legal de soportar”¹², y en el presente caso, como quiera que no se evidencia ningún manejo inadecuado ni ningún daño generado a los demandantes, no puede predicarse que existió el mismo y mucho menos, pretender derivar responsabilidad al respecto de mi representada y las otras demandadas.

Al respecto del daño, la doctrina ha señalado:

“El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene porqué ser favorecida con una condena que no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil. Estudiarlo en primer término es dar prevalencia a lo esencial en la figura de la responsabilidad”¹³ (Negrillas propias)

Adicionalmente, el Consejo de Estado asertivamente ha sostenido que “...en estas condiciones, no habiéndose acreditado dicho presupuesto ontológico [el daño] de la responsabilidad deprecada, inútil resulta entrar en el análisis de los demás elementos de ésta”¹⁴.

Como se probará, se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra de los demandantes, o que no se encontraban obligados a soportar, pues si de frente, no existió conducta culposa de parte de E.P.S. SANITAS S.A. no puede existir daño imputable a esta.

Así las cosas, se tiene que en el presente asunto no puede endilgársele responsabilidad de ninguna clase a ninguna E.P.S. SANITAS S.A., pues **NO ES CIERTO QUE SE HAYA PRODUCIDO UN DAÑO**, las condiciones de salud obedecen a las patologías preexistentes en el paciente.

Es por lo anterior Señor Juez, que en ningún momento se ha producido un daño antijurídico imputable a E.P.S. SANITAS S.A., por lo que corolario es que no pueda haber condena alguna en contra de mi representada, tal y como se ha anotado.

Se concluye entonces que es un daño que no tiene la virtualidad de ser antijurídico y la parte demandante debe por tanto asumirlo, como quiera que mi representada no produjo en éste ningún daño que le pueda ser imputado, y en todo caso, EPS SANITAS S.A. garantizó el acceso a las prestaciones médico asistenciales que le fueron brindadas al paciente en todo momento de manera completa, oportuna, segura, adecuada y perita. No tiene por tanto EPS SANITAS S.A., responsabilidad alguna en este asunto.

3. INEXISTENCIA DE RELACIÓN CAUSA EFECTO ENTRE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD, LA HIPOXIA, LA EPILEPSIA SINTOMÁTICA Y EL RETRASO EN EL NEURODESARROLLO

¹² VELÁSQUEZ POSADA Obdulio. Op cit. pág. 115.

¹³ Henao, Juan Carlos. El Daño. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 1998. p. 36, 37.

¹⁴ Consejo de Estado, sección tercera. 5 de mayo de 1998. C.P. Suárez Hernández. Expediente 11179.



Como se había indicado previamente, E.P.S. SANITAS S.A. en atención a la afiliación al Plan Obligatorio de Salud garantizó de manera oportuna y efectiva a través de las IPS adscritas y no adscritas suministrando las atenciones médicas que requirió el paciente DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACÍN.

Pese a que usted Señor Juez, deberá analizar de manera individual la presunta responsabilidad de cada una de las demandadas, esta defensa es contundente en advertir que NI EPS SANITAS S.A. NI LAS IPS incurrieron en responsabilidad alguna, pues no se puede establecer el nexo causal entre las actuaciones médicas y el estado de salud del paciente.

Conforme al análisis de la historia clínica integral del paciente, la literatura científica, guías y protocolos médicos, se obtiene que:

1. Que el paciente siempre presentó múltiples comorbilidades que lo hacían multiconsultante del servicio de salud y de permanente observación de sus padres, por tanto no es cierto que el paciente estuviera sano ni que no tuviera factores para la exacerbación de su síndrome convulsivo.
2. El menor tenía escenarios convulsivos a repetición, de difícil manejo, que a pesar del tratamiento médico suministrado podría presentar una agravación de su cuadro base por el transcurso de la misma enfermedad de sistema nervioso central, situación que no era previsible ni prevenible por el personal médico.
3. Que NO existe negligencia ni falta de oportunidad en la atención dada el 20 de marzo de 2014, el manejo clínico y diagnóstico es coherente con los hallazgos clínicos registrados al momento de la valoración. La realización de medios diagnósticos se realiza cuando a la valoración clínica se evidencian factores preponderantes que sugieran confirmación de nuevos hallazgos para definir el manejo clínico. En el presente caso el diagnóstico y tratamiento suministrado es coherente con los hallazgos registrados en la valoración clínica, por tanto no se requería un manejo diferencial.
4. El cuadro por el cual ingresó el paciente al Hospital de la Samaritana es totalmente diferente a los signos y síntomas presentados en el ingreso del 20 de marzo de 2014 y así mismo requirió un manejo diferencial.
5. El Hospital de la Samaritana realizó un manejo perito de la neumonía con los medios tecnológicos y de personal que tenía a su disposición y que era pertinente bajo el escenario inicial presentado por el menor. Su manejo fue coherente y apegado a las guías de manejo de la neumonía, máxime cuando en el estadio inicial se suministró esquema antibiótico de primera línea, posteriormente fue escalonando con el suministro del manejo antibiótico de amplio espectro. Se resalta que el menor curso durante la hospitalización con Neumonía complicada con derrame pleural ante lo cual se define remisión a IV nivel considerándose conducta indicada, dado que ante la evolución tórpida del paciente se requiere el manejo por UCI pediatra y cirugía pediatra, servicio con el cual no contaba dicha institución.
6. EPS Sanitas S.A realiza el proceso de referencia y contrareferencia conforme los parámetros establecidos en el Decreto 4747 de 2006. Debe tenerse en cuenta que la primera solicitud de traslado se realizó por la falta de convenio interinstitucional, no obstante, ante las condiciones clínicas del paciente y la falta de camas en las demás instituciones clínicas se procedió a la continuidad del tratamiento en el Hospital de la Samaritana, máxime cuando este era adecuado conforme su estado de



salud y el paciente iba evolucionando adecuadamente. El paciente inicialmente no requirió manejo en IV nivel, se reitera que el traslado se pidió por falta de convenio no por las condiciones de salud del menor. NUNCA existió interrupción ni barreras en el servicio de salud suministrado al menor, por el contrario se prefirió la continuidad del tratamiento ante la condición mórbida presentada por el paciente.

7. Dentro de la segunda solicitud del traslado, este vez por necesidad del servicio ante la probabilidad de requerir UCI pediatra con manejo por cirugía pediátrica se puede observar, que una vez la IPS una vez realiza el requerimiento al centro de referencia y contrareferencia, procede a solicitar a todas las instituciones prestadoras del servicio de salud, adscritas y no adscritas con los servicios habilitados y disponibles a realizar el requerimiento del traslado.
8. El traslado es efectuado al día siguiente, 30 de marzo de 2014 a las 23.50 horas ante la aceptación del traslado institucional por Clínica Nicolás de Federman, quien acreditó que tenía camas disponibles para la atención. Ninguna otra IPS manifestó tener disponibilidad de camas hospitalarias con las características requeridas para la atención del menor.

Se debe poner de presente que la red hospitalaria habilitada con el servicio de UCI pediátrica y cirugía pediátrica es mínima, y no dependiente de las EPS, dado que estas no realizan la habilitación de ni el suministro directo de los servicios de salud, son las IPS las que abren la oferta de este servicio y las Secretarías de Salud las que habilitan el mismo conforme se cumplan con los exigentes requisitos de las mismas. En el presente caso se consultó toda la red habilitada y disponible del servicio en la ciudad de Bogotá y demás municipios circunvecinos como se evidencia en la bitácora del proceso de referencia y contrareferencia y se coteja que contrario a lo indicado por la parte demandante, fue totalmente diligente en dicho proceso.

Por tanto, el estado de salud actual del paciente no tiene relación con la atención en salud ni los requerimientos administrativos, es como causa de la evolución tórpida de sus condiciones patológicas de base. no generado por mi representada.

En la jurisprudencia del H. Consejo de Estado¹⁵ se exoneró de responsabilidad por falla en el servicio médico al servicio médico, al no encontrarse probado el nexo causal entre la conducta de la demandada y el daño sufrido, pues por demás ese nexo no se puede presumir, se debe probar la existencia real del mismo:

“La Sala echa de menos la relación de causalidad entre este daño, sufrido por los demandantes a raíz del estado de salud del joven CARRASCAL LIZCANO y la actividad de la entidad demandada, puesto que no se acreditó en parte alguna que el estado de incapacidad actual del paciente así como las secuelas que sufre en su salud, hayan sido ocasionados por alguna acción u omisión de las autoridades médicas y sanitarias que lo atendieron, puesto que no basta con acreditar que hubo un contacto físico, entre el servicio médico y el paciente, para poder deducir la existencia de ese nexo causal necesario para poderle imputar responsabilidad a la entidad demandada, como tampoco resulta suficiente la afirmación de que la remisión del paciente al Hospital Militar Central fue tardía e inoportuna, convirtiéndose en la causa

¹⁵ Consejo de Estado. Sección Tercera. M.P.: Hernán Andrade Rincon. Rad.: 2001-592. Fecha: 16/07/2015.



del daño. Si bien en materia de responsabilidad médica de las entidades estatales la jurisprudencia de la Sala ha llegado a admitir la posibilidad de presumir la falla del servicio, en vista de la dificultad probatoria que en algunos eventos puede surgir para la parte actora respecto de circunstancias que escapan a su control en los tratamientos médicos, quirúrgicos y asistenciales, lo que sí no se ha admitido en ningún momento, es la presunción de este otro elemento, consistente en la acreditación de la relación causal entre el servicio y el daño sufrido."

De manera se advierte claramente que conforme a la posición del máximo tribunal de la justicia administrativa, deberá probarse por parte del extremo activo procesal que la conducta de mi representada ocasionó, sin lugar a dudas, la hipoxia, la epilepsia sintomática y el retraso en el neurodesarrollo de DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACÍN.

Las anteriores consideraciones, llevan a concluir a esta defensa sin lugar a dudas, que en el caso sub examine no existió responsabilidad alguna por falla en el servicio y por ende, deberá declararse probada la presente excepción tanto respecto de EPS SANITAS S.A. como de los demás demandados.

3. NO ACREDITACIÓN DE LA CULPA O FALLA DEL SERVICIO EN EL TRÁMITE DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA REALIZADO POR EPS SANITAS

1. En el caso bajo estudio, de conformidad con la jurisprudencia consolidada de las altas cortes en materia de responsabilidad médica, es dado que no existe responsabilidad alguna derivadas de la atención médica brindada en la UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, MÉDICOS ASOCIADOS - CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN Y EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ para atender a Dagoberto Mayorquín Albarracín, debido a que las obligaciones que contrae el médico así como la EPS son de medio y no de resultado. En este caso, es claro que al paciente se le prestó una atención acorde a las normas de la ética médica y, ciertamente, se siguió estrictamente el protocolo médico aplicable.

De esta forma, desde el momento mismo en que ingresó a las instalaciones de la UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, DEL HOSPITAL DE LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ IPS Y CLÍNICA NICOLÁS DE FEDERMAN se le brindaron todos y cada uno de los servicios médicos que requirió para salvaguardar su vida y su salud a pesar de la evolución torpida presentada por la neumonía complicada que presentó el menor.; circunstancia que no puede imputársele a los prestadores del servicio médico y mucho menos a EPS SANITAS S.A. Lo anterior, precisamente, por el hecho de que la responsabilidad que asume el médico no es de resultado sino de medio.

Se recuerda que la jurisprudencia consolidada tanto de la Corte Suprema de Justicia, como del Consejo de Estado, ha definido con certera claridad que la responsabilidad que surge en cabeza del profesional de la medicina no es de resultado, sino de medios. Al respecto, ha dicho Herrera Ramírez¹⁶ lo siguiente:

¹⁶ HERRERA RAMÍREZ, Fernando Javier. Manual de Responsabilidad Médica. Editorial Leyer, Bogotá D.C. 2008. Pág. 110.



“Es opinión prácticamente unánime que el contrato de asistencia médica genera una obligación de medios (obligación de poner todos los medios disponibles en beneficio de la salud del paciente) y no una obligación de resultado (obligación de curar).”

(...) es importante precisar que, tratándose de una obligación de medios, para incumplimiento contractual, no basta el daño del paciente sino que consiste en no haber puesto los medios necesarios para devolverle la salud al mismo. Es lo que en términos jurídicos ya referidos sería no haber actuado “con toda la diligencia de un buen padre de familia”.

Dicha postura ha sido reiterada por Guillermo Ospina Fernández, ex magistrado de la Corte Suprema de Justicia, quien ha señalado con mucha claridad lo siguiente:

“... Las obligaciones son de medios cuando el resultado a que éstas apuntan sobrepasa lo que el acreedor justamente puede exigir al deudor... Esta clasificación coadyuva en la ardua labor que corresponde a los jueces de determinar, en cada caso concreto y según las circunstancias, si la obligación ha sido cumplida o no, o, mejor aún, si la prestación o prestaciones que ella impone han sido o no ejecutadas...”

Estos soportes doctrinarios nos permiten afirmar, sin temor a equivocarnos, que la prestación del servicio brindada por los médicos tratantes a la paciente, fue pertinente, oportuna y ajustada a los procedimientos médicos establecidos, siendo claro que hubo una observancia absoluta de la *lex artis* aplicable al caso concreto, rompiéndose de esta forma cualquier posible nexo de causalidad esgrimido con fundamento en error médico y negligencia en la prestación del servicio.

Así las cosas, más allá de que en el presente caso se encuentre plenamente demostrado que existió plena diligencia y oportunidad por parte de EPS SANITAS S.A., para garantizarle a su afiliado oportunamente todos los servicios de salud que le fueron prescritos, esta defensa debe manifestarle a su señoría que, luego de llevar a cabo un análisis pormenorizado de la integralidad de la atención médica que le fue prestada al paciente, la cual, se haya consignada a la historia clínica allegada por la parte actora además de que es palmario que los demandantes no cumplieron con su carga procesal de acreditar la supuesta culpa o falla del servicio en la atención médica que le fue prestada al paciente ni por mi representada.

Así mismo se encuentra que la demandante aduce que el proceso de referencia y contrareferencia fue tardío, se prueba y se pone de presente que ello no fue así por cuanto:

3. Que si bien el Hospital la Samaritana solicitó el 22 de marzo de 2014 a las 14.30 la atención inicial de urgencias y el traslado, este se realizó no por necesidad de la atención sino por FALTA DE CONVENIO con EPS Sanitas.

Esta solicitud la debe siempre realizar la IPS en virtud del Decreto 4747 de 2007 artículo 11 y 12. Para los efectos del presente caso ante la solicitud de traslado se procede a realizar el trámite de referencia con la red adscrita de EPS Sanitas S.A., sin embargo ante la falta de camas de hospitalización pediátrica no se concretó el traslado del menor y por esta razón se decidió mantener el manejo en el Hospital de la Samaritana quien cumplía con las condiciones de atención en salud que requería el menor.



En momento alguno hubo limitación del suministro de servicio, por el contrario al paciente se le autorizó la atención inicial de urgencias como la hospitalización del paciente como se puede evidenciar en el histórico de las autorizaciones obrante en prueba documental No.1

1. El traslado se vuelve a solicitar el 29 de marzo de 2014 a las 16.15 horas, pero en esta ocasión era por requerimiento del servicio en una IPS de nivel de atención superior ante la probabilidad que el menor pueda requerir UCI pediátrica y manejo por Cirugía Pediátrica. Ante dicha solicitud EPS Sanitas a través del proceso de referencia y contrareferencia inicia el trámite inmediato con todas las instituciones habilitadas en la ciudad de Bogotá y circunvecinas con los servicios solicitados, inclusive con las IPS que no hacen parte de la red adscrita (vr. Gr. Clínica Colsubsidio). La respuesta de las instituciones son que no hay camas disponibles y en otras que tienen emergencia funcional (ver bitácora del proceso de referencia y contrareferencia, donde minuto a minuto se reflejan las acciones adelantadas por EPS Sanitas para el traslado del paciente).
2. Al día siguiente, 30 de marzo de 2014 a las 23.50 horas finalmente acepta el traslado institucional Clínica Nicolás de Federman, acreditando que tiene camas disponibles para la atención.
3. A las 23.53 horas (3 minutos después de la confirmación de la institución) se solicita el servicio de ambulancia.
4. A las doce de la madrugada y cuarenta y dos minutos se traslada al paciente a la UCI pediátrica de Clínica Nicolás de Federman.

Luego entonces, **NO ES CIERTO** que mi representada en momento alguno “esperó hasta el último minuto” para realizar el traslado, por el contrario el trámite se realizó con total diligencia, esmero y cumpliendo con las condiciones legales y médicas que se requerían para el traslado.

Sobre el particular, se recuerda que, en consonancia con la jurisprudencia consolidada de la Corte Suprema de Justicia, en materia de responsabilidad médica rige el régimen probatorio de la falla probada del servicio. Esto, en la medida en que, se ha afirmado que el hecho de presumir la culpa del médico, sin determinar la causa del daño, lleva a una presunción de causalidad que somete al demandado a una responsabilidad objetiva que, por su parte, plantea un serio riesgo de enriquecimiento injustificado del demandante. Sobre el particular, el máximo órgano de la jurisdicción ordinaria civil, recientemente, se pronunció en el siguiente sentido:

“Para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la ‘responsabilidad civil’, por regla general, ha de tomarse en cuenta la ‘responsabilidad subjetiva’ basada en la culpa o negligencia, constituyendo la ‘lex artis’ parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los deberes médicos”¹⁷

Desde el mismo momento en el que se obtuvo la aceptación para la remisión de la paciente a EPS SANITAS S.A., inició los trámites administrativos pertinentes para asegurar el traslado del paciente a

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 30 de Agosto de 2013. M.P. Ruth Marina Díaz Rueda. Expediente No. 11001-31-03-018-2005-00488-01.



través del transporte medicalizado. Gracias a esta oportuna gestión, se pudo continuar el manejo especializado que requería el menor en la Ciudad de Bogotá D.C. en la Clínica Nicolás de Federman y así se pudo superar el alto riesgo de morbilidad que presentaba el paciente.

4. EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD- EPS SANITAS S.A.- LEY 100 DE 1993.

Hago constar la presente excepción, con motivo a que EPS SANITAS S.A. únicamente tiene por funciones las establecidas en la ley, para lo cual basta con echarle una mirada al artículo 177 y 178 de la Ley 100 de 1993:

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley”¹⁸ (negrillas y subrayas propias).

“ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

- 1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*
- 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.*
- 4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*
- 5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.*
- 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
- 7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.*

De lo expuesto anteriormente, y conforme a las pruebas documentales arrimadas al plenario, se observa que EPS SANITAS S.A. no ha incumplido ninguna de sus obligaciones legales y por ende, no puede proferirse sentencia condenatoria en su contra, máxime que será UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, MÉDICOS ASOCIADOS - CLÍNICA NICOLAS DE

¹⁸ Ley 100 de 1993. Art. 177.



FEDERMAN Y EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ., quienes prestaron el servicio y quien deberá responder por la prestación efectiva de los servicios médicos que se le hubiesen brindado al menor DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN, pero no la EPS.

Pero para no pasar por desapercibidas las precitadas funciones, y no hacer más que una simple excepción, se considera necesario hacer un estudio concienzudo de las mismas, para efectos de establecer cuál fue el supuesto incumplimiento de obligaciones que tuvo la EPS. Veamos:

- ✓ El numeral 1º precitado establece: "1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud": Consideramos que el juicio de reproche que hacen los demandantes no se centra en esta obligación. En el presente escrito, se deduce que EPS SANITAS S.A. recaudó los aportes de la cotizante y fue precisamente por esa misma razón que se le brindaron y autorizaron oportunamente los servicios de salud ordenados por los médicos tratantes al cotizante.
- ✓ El numeral 2º precitado establece: "2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social": Tal y como se dijo en el punto anterior, consideramos que este no es el quid del asunto, pues la promoción de la afiliación en los grupos no cubiertos actualmente por la Seguridad Social es un tópico que no tiene nada que ver con la atención brindada al paciente no tiene relación o nexo de causalidad de ninguna índole. Por lo que no vale la pena si quiera entrar a estudiarlo.
- ✓ El numeral 3º precitado establece: "3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley": Para el caso que nos ocupa, no sólo se tiene que mi representada es una de las mejores EPS del país, tal y como se establece en el documento denominado "Ordenamiento (Ranking) de EPS - 2015" del Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente, se tiene que EPS SANITAS S.A. cumple con todos los requisitos establecidos por la ley a efectos de garantizar la afiliación de los colombianos y demás personas que cumplan con los requisitos de ley. Con todo, al paciente se le garantizaron TODOS los servicios de salud que requirió con ocasión de sus diagnósticos.
- ✓ El numeral 4º precitado establece: "4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia": Tal y como se probará a lo largo del plenario, se tiene que EPS SANITAS garantizó a través de su IPS contratada y debidamente habilitada por la Secretaría de Salud, la atención en salud del señor Carreño, el paciente recibió atención médica completa de acuerdo con sus cuadro clínicos presentados y se suministró el tratamiento clínico debido. Se autorizó y garantizó el acceso real a los servicios que requirió bajo todas las modalidades de atención.
- ✓ El numeral 5º precitado establece: "5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios": Al respecto de esta obligación, se tiene que esta



EPS cumplió cabalmente con la misma, toda vez que si ello no hubiese sido así, al paciente, no se le hubiesen prestado los servicios de salud de rigor, pues hubiese aparecido como suspendido o desafiliado de esta EPS, pero no, todo lo contrario, se le brindaron y garantizaron todos y cada uno de los servicios médicos que requirió.

Así las cosas no resta más que decir que esta obligación no fue incumplida tampoco por la EPS, y con todo, en el eventual e hipotético caso en que la parte actora demuestre que si se incumplió la misma, debe decirse que el hecho de que no se hubiese remitido al FOSYGA una información determinada, de manera alguna ello genera un nexo causal entre las atenciones que se le brindaron al paciente y la materialización de secuelas propias de la enfermedad.

- ✓ El numeral 6º precitado establece: “6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”: Acorde a los documentos que se allegan al presente escrito, se observa que esta EPS efectuó todos los procedimientos para la atención de los servicios de salud.

Con todo, debe decirse que al paciente se le atendió de forma integral y eficiente y de manera oportuna. Sobre los estándares de calidad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social.

- ✓ El numeral 7º precitado establece: “7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”. Tampoco se observa juicio de reproche alguno a cualquier otra función asignada a esta EPS por parte del apoderado de la parte activa, por lo que no merece mayor pronunciamiento a los ya efectuados.

De lo anterior se corrobora una vez más que no le corresponde a mi representada prestar directamente los servicios de salud que se le brindan a los afiliados.

Como se observa su señoría, mi representada cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales, corolario, no puede pretenderse que se profiera condena alguna contra mi representada, ni mucho menos derivar responsabilidad de ninguna naturaleza por parte de EPS SANITAS S.A. respecto de la atención médica prestada al paciente DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN, como quiera que nunca se han dejado de cumplir con las obligaciones que le asisten a la EPS en calidad de aseguradora.

3. IMPROCEDENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE EPS SANITAS S.A., POR CUANTO SUS OBLIGACIONES SON DE ASEGURADOR, DISTINTA A LA RESPONSABILIDAD DE LA IPS, QUE ES DE PRESTADOR EFECTIVO DEL SERVICIO – INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD

Mi representada no es responsable, de ninguna manera, por las atenciones en salud que le brindaron al paciente en UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, MÉDICOS ASOCIADOS – CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN Y EL HOSPITAL DE LA SAMARITANA DE ZIPAQUIRÁ, prestó los servicios al paciente DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN, pues se tiene que con base en lo dispuesto en los artículos 177, 178 y 185 de la Ley 100 de 1993, las obligaciones y responsabilidades de cada entidad son totalmente distintas, y la solidaridad alegada por la parte actora, no deviene *per se*,



por el simple hecho de que el paciente haya estado afiliado en EPS SANITAS S.A., sino que deviene del hecho culposo o doloso en que mi representada pudo haber incurrido en comunidad con la IPS, para la producción del supuesto daño.

Dicho lo anterior, se hace entonces necesario revisar las normativas antes mencionadas, veamos:

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley”.

“ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<4>.

(...)

“ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud<1>.



PARÁGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema".

Como se observa su señoría, las responsabilidades de la EPS, son las de asegurar que el paciente pueda acceder a los servicios de salud, cumpliendo los requisitos establecidos en el Decreto 1011 de 2006, es decir, garantizando la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia, la seguridad y la continuidad de los servicios médicos, todo lo cual ocurrió, en todos los servicios demandados por el demandante y por cada uno de los cuadros clínicos consultados. No puede indilgar negligencia médica por las razones anotadas.

Ahora bien, respecto de la solidaridad alegada, debe señalarse que esta deviene única y exclusivamente de haber cometido actuación delictual o culposa por parte de mi representada, en el asunto que nos ocupa, por virtud de lo dispuesto en el artículo 2344 del Código Civil, al tenor del cual se lee:

"ARTICULO 2344. <RESPONSABILIDAD SOLIDARIA>. Si de un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355.

Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso" (Negrillas y subrayas propias).

Como se observa, se tiene que en el presente asunto, no sólo debe demostrarse que mi representada con su actuar, que no fue más que autorizar los servicios médicos (como se evidencia en el histórico de las atenciones suministradas a la paciente), ocurrió en culpa o en dolo, situación que desde ya, se solicita sea rechazada de plano y por ende, declare probada el Despacho en la sentencia de mérito que resuelva el presente litigio.

Sin embargo, en el evento en que encuentre que se configuran los elementos de éstas, se absuelva a EPS SANITAS S.A. de las eventuales condenas que se lleguen a dar, en virtud que UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, MÉDICOS ASOCIADOS - CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN se tienen que en lo dispuesto en la cláusula No. 3 del contrato de cada una de las IPS.

Es en virtud de lo anterior su señoría que en últimas quien debe responder ante una eventual condena y en virtud al contrato suscrito entre las partes, el cual debe ser respetado al momento de proferir una sentencia condenatoria, es UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, MÉDICOS ASOCIADOS - CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN y jamás mi representada, pues fue el cuerpo médico y paramédico de esta entidad quienes atendieron a DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN en diferentes momentos.

5. ESTIMACIONES DESMESURADAS E INJUSTIFICADAS DE LAS PRETENSIONES-ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA.

Enseña la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia 086 de 2008 que "la acción de enriquecimiento sin justa causa constituye un remedio extraordinario y excepcional que, inspirado en el principio de equidad, apunta a evitar que pueda



consolidarse un desplazamiento o desequilibrio patrimonial que carece de toda justificación o fundamento legal y que la naturaleza esencialmente subsidiaria significa que solamente puede ser empleada por quien no tiene a su disposición ninguna otra acción o medio que le permita remediar o subsanar una determinada situación patrimonial injusta.¹⁹

Hago consistir la presente excepción en la incalculable e inmensurable estimación de perjuicios que hace la parte demandante de los supuestos daños causados con ocasión de una supuesta atención y tratamiento negligente, inseguro, puesto que, en el evento en que el señor juez, aceptare la relación de causa a efecto entre los hechos atribuidos a las demandadas como conducta culposa, y los montos solicitados por la parte demandante por concepto de supuestos perjuicios materiales e inmateriales, causaría un detrimento en el patrimonio de mi representada y un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la demandante.

Es importante tener en cuenta, que en el plenario no existe siquiera prueba sumaria que permita establecer o identificar los supuestos perjuicios materiales e inmateriales reclamados dentro de las pretensiones, con ocasión de una supuesta atención dañosa. Así las cosas, se tiene que dichas cuantías resultan desmesuradas, excesivas e injustificadas, como ya se indicó en la contestación de las pretensiones y en la objeción razonada de la cuantía.

6. EXCEPCIÓN GENÉRICA.

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual, deberán declararse probadas las excepciones que no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

Por consiguiente, pido al Señor Juez, conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso, reconocer oficiosamente las demás excepciones que resulten probadas a lo largo del proceso.

VI. DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En escrito separado, con observancia de los preceptos del Código General del Proceso, en la misma oportunidad en que se presenta esta contestación de la demanda, formularé los siguientes llamamientos en garantía:

- A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. – MAPFRE SEGUROS, en virtud de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales de la cual es tomadora y asegurada la EPS SANITAS S.A.

VII. DE LOS MEDIOS DE PRUEBA

DE LOS APORTADOS POR EPS SANITAS S.A.

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P. Dr. Cesar Julio Valencia Copete.



Solicito señor Juez, se decreten, practiquen y tengan como tales los siguientes medios de prueba de conformidad con el artículo 165 y siguientes del C.G.P.:

7.1 DOCUMENTALES QUE SE APORTAN: Solicito se tengan como pruebas documentales las siguientes (ya aportadas dentro de la contestación de la demanda realizada el 28 de junio de 2018 y de las cuales se solicita de tengan en cuenta en su reproducción inicial):

1. Copia simple del histórico de autorizaciones de servicios en donde constan las autorizaciones de servicios requeridas y expedidas por EPS SANITAS S.A. para DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN. Con esta prueba se pretende demostrar que mi representada garantizó el acceso a todos los servicios médicos requeridos por el paciente desde antes de la fecha de los hechos, sin interrupción, realizando la cobertura de todos los servicios de salud.
2. Certificado de afiliación al POS de DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN como beneficiario.
3. Expediente acción de tutela No. 2014-00323-00, que contiene el escrito de acción de tutela presentado ante el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, contestación de la acción de tutela por parte de EPS Sanitas, Fallo de primera y segunda instancia.
4. Expediente acción de tutela No. 2015-0203, que contiene el escrito de acción de tutela presentado ante el Juzgado 3 Civil Municipal de Bogotá, contestación de la acción de tutela por parte de EPS Sanitas, Fallo de primera y segunda instancia.
5. Bitácora del proceso de referencia y contrareferencia.
6. Contrato realizado para la época de los hechos con UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA.
7. Contrato realizado para la época de los hechos con MÉDICOS ASOCIADOS - CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN
8. Autorización de servicios por tutela (NO POS) para el menor DAGOBERTO MAYORQUIN ALBARRACIN.

7.2. TESTIMONIAL:

Solicito al honorable Despacho se sirva fijar fecha y hora con la finalidad de recibir declaración de las siguientes personas:

7.2.1. Al doctor CARLOS JAVIER RAMIREZ PRADA, quien declarará como profesional de la salud que atendió al paciente en UNIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES USMI DE ZIPAQUIRA, sobre las condiciones de la atención, las comorbilidades padecidas por este y de la atención suministrada. Dentro de dicha declaración también se realizan preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El doctor Carlos Javier podrá ubicarse en la Calle 5 A No. 10 -37.



7.2.2. Al doctor **SERGIO GUILLERMO VELANDIA**, médico pediatra, quien declarará como profesional de la salud que atendió al paciente en **MÉDICOS ASOCIADOS - CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN**, sobre las condiciones de la atención, las comorbilidades padecidas por este y de la atención suministrada. Dentro de dicha declaración también se realizan preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El doctor Velandia podrá ubicarse en la Carrera 27 No. 18-44.

7.2.3. Al doctor **OSCAR MAURICIO ESPITIA SEGURA**, médico neurólogo, quien declarará como profesional de la salud que atendió al paciente en **MÉDICOS ASOCIADOS - CLÍNICA NICOLAS DE FEDERMAN**, sobre las condiciones de la atención, las comorbilidades padecidas por este y de la atención suministrada. Dentro de dicha declaración también se realizan preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El doctor Espitia podrá ubicarse en la Carrera 27 No. 18-44.

7.2.4. A la doctora **SANDRA PATRICIA RENDON ROA**, quien declarará como Directora Nacional de Referencia y Contrareferencia de **EPS SANITAS S.A.**, sobre el proceso de traslado realizado al apcientey su oportunidad. Dentro de dicha declaración también se realizan preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. La doctora Rendon podrá ubicarse en la Calle 100 No. 11 B- 67.

7.3. INTERROGATORIO DE PARTE:

7.3.1. Solicito al despacho se sirva hacer comparecer a los demandantes **DAGOBERTO MAYORQUIN Y MÓNICA ALBARRACIN**, para que absuelvan el interrogatorio de parte que personalmente le formularé para ello al respecto de los hechos que se narran en la demanda y en la contestación de la suscrita. Los llamados a interrogatorio de parte podrán citarse en la dirección anotada en la demanda. El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor o de realizar su retiro.

PRONUNCIAMIENTO DE LAS PRUEBAS APORTADAS Y/O SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

Respecto de la solicitud de prueba pericial por neurólogo y/o fisiatría se encuentra que no cumple con los requisitos establecidos por el artículo 227 del Código General del proceso, toda vez la parte debe aportarlo con la demanda, requisito que no se cumple en el presente caso por tanto solicita se deseche en atención que la parte demandante no obró de conformidad con lo dictado en la normativa omitiendo su deber probatorio.



VIII. ANEXOS

1. Original del Poder otorgado a la suscrita por el representante legal de la Entidad Promotora de Salud SANITAS S.A. (adjunto a la solicitud de llamamiento en garantía realizado a Mapfre Seguros de Colombia)
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Entidad Promotora de Salud SANITAS S.A. emitido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
3. Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

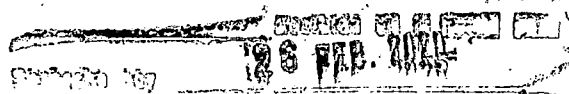
VIII. NOTIFICACIONES

Mi mandante, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. en la Calle 100 No. 11 B - 67 de la ciudad de Bogotá.

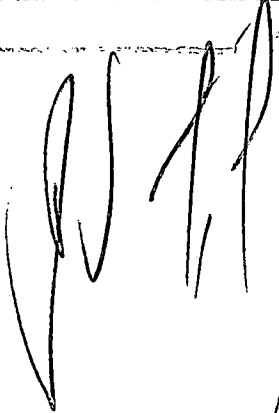
La suscrita apoderada, recibirá notificaciones en la Calle 100 No. 11 B - 67 Piso 3 de la ciudad de Bogotá D.C. y en el teléfono 6466060 Ext 5711137 al celular 3017464755 y/o en el correo electrónico: ovbermudez@colsanitas.com ; ovbermudez@keralty.com

Del señor Juez,


OLGA VIVIANA BERMUDEZ PERDOMO
C.C. N° 1.022.342.195 Bogotá D.C.
T.P. N° 208.089 del C. S. de la J.



en tiempo con poder
← 619/719


(3)

220

JUZGADO VEINTISIETE CIVIL DEL CIRCUITO
Bogotá D. C., seis de julio de dos mil veinte

Verbal Rad. Nro. 2017-462-26
c-2

Se reconoce personería adjetiva para actuar al abogado(a) **OLGA VIVIANA BERMUDEZ PERDOMO**, como apoderado(a) judicial de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.** en la forma, términos y para los fines del poder conferido (fl. 689) quien en oportunidad produjo la contestación de la demanda proponiendo excepciones.

Como oportunamente se OBJETO EL JURAMENTO ESTIMATORIO, es del caso CORRER TRASLADO por el término de CINCO (05) DIAS a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes.

La demandada MEDICOS ASOCIADOS contestó en oportunidad.

NOTIFIQUESE(3),
La Juez,


MARIA EUGENIA FAJARDO CASALLAS.

SECRETARIA

Bogotá de Bogotá D. C., hoy

7 JUL. 2020

Notificar

ante anterior por anotación

a ESTADO de la fecha No. 49

Secretario

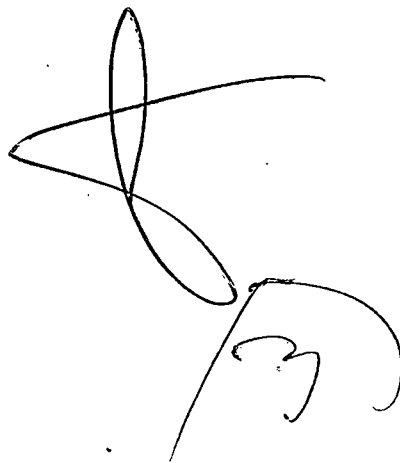
ver. 687

687

cert. 370

inicio: 03-11-20

vence: 09-11-20

A handwritten signature or mark consisting of a large, stylized 'S' or 'Z' shape with a horizontal line crossing it, and a smaller, curved line below it.