

Señores

JUZGADO (3) TERCERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA-CAQUETÁ

j03adminfencia@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA.
RADICADO: 18001333300320170059300.
DEMANDANTES: ROSAURA OLMOS Y OTROS.
DEMANDADOS: DEPARTAMENTO DE CAQUETÁ, ASMET SALUD Y OTROS.
LLAMADO EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A.

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la C.C. No. 19.395.114, obrando en mi calidad de apoderado judicial de la **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, mediante el presente escrito respetuosamente manifiesto que, reasumo el poder a mi conferido y encontrándome dentro del término legal, presento los respectivos **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**, solicitando se profiera **SENTENCIA FAVORABLE** para mi representada, desestimando las pretensiones de la parte actora y declarando probadas las excepciones propuestas por mí defendida al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía, con fundamento en los argumentos que concretaré en los acápites siguientes:

I. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR ALEGATOS.

Teniendo en cuenta que el 8 de febrero de 2024 se celebró la última sesión de audiencia de pruebas y, una vez concluida, al no quedar pruebas pendientes por practicar, se declaró clausurada la etapa probatoria. Se concedió un plazo de 10 días a partir de la audiencia para presentar los alegatos de conclusión, según lo establece el inciso final del artículo 181 del CPACA. El plazo comenzó a computarse los días 9, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21 y 22 de febrero de 2024, por lo tanto, se puede concluir que el escrito se presentó dentro del plazo establecido para este fin.

II. DELIMITACIÓN DEL DEBATE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA JURÍDICO.

En una exhaustiva y meticulosa evaluación de los hechos planteados en la demanda y las contestaciones presentadas por las partes demandadas, incluyendo las llamadas en garantía, el despacho procedió en la audiencia inicial a delimitar claramente el objeto de controversia y el problema jurídico a resolver en este proceso:

El problema jurídico que resolver se centra en determinar la responsabilidad de la entidad ASMET SALUD ante las alegaciones de la señora Rosaura Olmos respecto a la presunta mala atención médica, la falta de remisión oportuna a una institución de mayor nivel, y la presunta negligencia en la autorización de procedimientos y citas médicas. Asimismo, se

debe analizar si estas acciones, o la falta de ellas, han causado perjuicios a los demandantes, en particular a la señora Rosaura Olmos, en relación con la demora en el tratamiento necesario para abordar sus complejas patologías, específicamente la ENFERMEDAD ENDOVASCULAR CORONARIA.¹

III. CONCLUSIONES PROBATORIAS FRENTE A LA DEMANDA

Para abordar la cuestión jurídica planteada en el presente asunto, me ceñiré a lo establecido por el Código General del Proceso en su artículo 281², el cual aborda el principio de congruencia. Este precepto establece que la sentencia dictada en este ámbito jurisdiccional debe estar acorde con los hechos y las pretensiones presentados en la demanda. Es claro que el Principio de Congruencia se implementó con el fin de salvaguardar el Derecho de Defensa y la Contradicción, ya que impide que las partes en litigio sean tomadas por sorpresa, ya sea por el juez o por la contraparte, con solicitudes que no fueron expuestas o declaradas, y que, además, no fueron trasladadas en el momento adecuado.

Del análisis anterior, se deduce que la parte demandante tiene la responsabilidad de demostrar los hechos contemplados en las normas que sustentan el efecto jurídico que persiguen³. Esto en consonancia con el principio de justicia rogada administrativa, que impregna todo el sistema de la jurisdicción contencioso-administrativa. En este sentido, al ejercer la tutela judicial del Estado, el actor debe respaldar cada una de sus afirmaciones. En el caso presente, esto implica que la parte demandante debe probar que su argumento de imputación dirigido contra las entidades demandadas cuenta con fundamento jurídico y evidencia probatoria.

Empero, el demandante no tuvo éxito en su intento de demostrar la presunta falla en el servicio médico, ya que no presentó medios de prueba sujetos al escrutinio de la contradicción. Además, no compareció a la audiencia pública de pruebas contemplada en el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011. En otras palabras, la conducta del extremo actor denota desidia en su deber de respaldar las imputaciones, tanto en el ámbito fáctico como jurídico, presentadas en su libelo. En este sentido, solicito a su señoría que aplique el precepto normativo contenido en el artículo 241 del Código General del Proceso, que establece:

“La conducta de las partes como indicio. El juez podrá deducir indicios de la conducta procesal de las partes. (negrilla adrede)

Prima fice la valoración conjunta de los medios probatorios recopilados en el *sub judice* revela de manera incontrovertible que no se configuró la responsabilidad alegada por la parte demandante.

¹ Paráfrasis de la fijación del litigio

² Artículo 281. Congruencia.

³ Artículo 167. Carga de la prueba.

En cualquier caso, la actora no logró demostrar la culpa probada de la Clínica Uros S.A., por la atención médico-asistencial que se le prodigó a la señora Rosaura en el centro de médico de manera perita, eficiente y en observación de la *lex artis*. Tampoco logró el extremo actor probar la presunta falla en el servicio médico en especial lo que atañe a la remisión de la paciente para que continuara su tratamiento en un centro médico de mayor nivel, se demostró a lo largo del periplo procesal que la clínica Uros requirió en todo momento a la EPS la remisión a una institución de mayor nivel de forma URGENTE. Sin embargo, pese a todos los registros en donde se solicitaba la remisión, la EPS Asmet Salud nunca autorizó el traslado de la paciente. Es decir, la atención médica brindada por la Clínica Uros S.A. se ajustó en todo momento a sus posibilidades, otorgando a la paciente el tratamiento que se encontraba dentro de sus parámetros y solicitando en todo momento la remisión a una institución de mayor complejidad.

1. ANTE LA FALTA DE PRUEBAS QUE DEMUESTREN LA RESPONSABILIDAD DE LA CLINICA UROS S.A. -LA PARTE ACTORA NO LOGRÓ ACREDITAR LOS ELEMENTOS DE LA FALLA PROBADA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

La parte actora fracasó en su intento de acreditar la falla en el servicio médico alegada en su escrito de demanda en especial su errado juicio de culpabilidad que recae sobre la Clínica Uros, por cuanto el reproche de imputación ora fáctica o jurídica carece de todo asidero jurídico, nótese que la parte demandante no arrió ningún medio de convicción que permita apartar al Despacho del estado dubitativo inicial respecto de los hechos objeto del litigio para luego permitirle a través de la actividad epistemológica de la prueba concluir que en efecto nos encontramos ante un escenario de falla en el servicio médico, lo cual para el caso que nos ocupa resulta inexistente.

Muestra de lo anterior es lo consignado en la historia clínica de la paciente, lo cual al analizarse en retrospectiva da cuenta de que la paciente ingresó a la Clínica Uros al servicio de urgencia el 16 de junio de 2016, remitida desde Florencia bajo consulta por una falla venosa de miembro superior izquierdo a predominio de región subclavia, con una fistula en miembro superior izquierdo y una falla renal crónica con hemodiálisis, dejándose en observación adultos del centro médico.

En razón a la diagnosis que presentaba la paciente el talento humano de la clínica optó como plan de manejo solicitar valoración cx vascular, también se solicitó valoración por nefrología, se solicitó a su vez programar hemodiálisis en forma interdiaria, se practicaron los paraclínicos solicitados descartando infecciones y por cirugía cardiovascular se le brindaron opciones para el manejo de la patología de síndrome de hipertensión venosa por oclusión venosa central y síndrome de robo arterial.

Así pues, quedó plenamente demostrado que los galenos adscritos a la clínica Uros dispusieron inicialmente de todas las herramientas curativas de las que disponía el centro médico para tratar la falla renal crónica informando de forma oportuna y diligente todos los posibles tratamientos que se podían llevar a cabo al interior de la institución y en caso de no acceder a alguna de las opciones

dadas por la Institución, se requería un traslado a un hospital de mayor nivel. Una vez se informa a la paciente, de forma libre y voluntaria la señora Rosaura Olmos opta por la opción de remisión a un Hospital de mayor nivel. Por lo tanto, a partir de ese momento las únicas obligaciones exigibles a la Clínica Uros eran las siguientes i) estabilizar al paciente, ii) tener al paciente en óptimas condiciones iii) gestionar el traslado con la EPS el traslado a una Institución de mayor nivel y iv) una vez autorizado el traslado, actuar de forma expedita con el fin de llevar a cabo el traslado en el menor tiempo posible.

El testimonio ofrecido por el Dr. Manuel Alberto Mora, médico especialista en cirugía general y cirugía cardiovascular, durante la audiencia de pruebas, detalla la atención médica brindada a la paciente. A continuación, parafraseo sus declaraciones de la siguiente manera:

Situación clínica del paciente: La paciente fue recibida en condiciones que no ameritaban una atención de urgencia. En julio del año 2016, el cirujano vascular, Dr. Romero, evaluó la viabilidad de opciones de manejo, descartando la opción endovascular debido a una obstrucción extensa. Se propuso la creación de una fístula como alternativa, seguida del cierre para abordar las molestias. Después de esta hospitalización, aparentemente, la paciente se retiró, desconociéndose su evolución. **Reingreso en 2017:** El 6 de agosto de 2017, se registra un nuevo ingreso solicitando el cierre de la fístula. La extremidad presentaba edema leve, pero se consideró viable. Se procedió al cierre de la fístula, con complicaciones mínimas, y se indicó un seguimiento postoperatorio en la misma institución hospitalaria.

Posteriormente, el Despacho procedió a consultar al testigo acerca de las opciones de tratamiento para la paciente, quien optó por la remisión a un cuarto nivel de atención. Seguidamente, se indagó si lo siguiente fuese facilitar la remisión a la paciente para que adelantara los trámites necesarios y hiciera efectiva dicha remisión, a lo cual el Dr. Mora respondió:

*“Para efectos de que ya adelantaran los trámites para que se hiciera efectiva esa remisión a cuarto nivel. **Pues vuelvo y repito, no era una situación de urgencia.** Es una extremidad con edema leve con las molestias. Pues no tan llamativas. Y pues prueba eso es que pues la paciente sigue usando la fístula bastante tiempo. ¿No? ¿Entonces? Pues no era una, **no era una condición de urgencia, no era una condición de urgencia, simplemente, pues una información de las diferentes opciones que se tienen y pues este en base a eso y el derecho que tiene.** Yo llevo 19 años de cirujano vascular, más los 3 años de la especialidad del estudio. Y dentro de mis actividades con los ciudadanos vasculares tenemos una serie de prácticas clínicas”⁴*

Según lo que consta en la historia clínica, el doctor Mora refiere que en ningún momento de la atención médica se consideró que la vida de la paciente se encontrara en riesgo. El galeno indicó que, junto con el cirujano vascular Dr. Romero, no se percibió una urgencia ni una amenaza a la

⁴ Audiencia de pruebas Mn 30:00.

extremidad de la paciente durante el periodo que estuvo bajo su atención, desde el 16 de junio hasta el 22 de julio. Además, señaló que la fístula estaba viable y en buen estado un año después de su cierre.

Quedó debidamente demostrado que los profesionales médicos plantearon opciones a la paciente, respetando su decisión de cerrar la fístula y ofreciéndole otras alternativas. Se realizaron diálisis mediante la fístula durante su estancia en la clínica Uros, y se evidencia que la paciente toleró bien el procedimiento, ya que proporcionó buenos flujos, tal y como quedó consagrado y se constata en la historia clínica de la paciente, así:

DESCRIPCION EVOL: 2016-06-19 04:28 PM--SEGUIMIENTO EVOLUTIVO
HEMODIALISIS INTERDIARIA
P/ REMITIR A IV NIVEL --ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE CON ERC EN HEMODIALISIS, CURSANDO CON INTERNACION POR DX ANOTADOS, EN EL MOMENTO SIN SOBRECARGA NI SIGNOS DE UREMIA, NO REQUIERE DE HD DE URGENCIA. CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO, SEGUIMIENTO EVOLUTIVO Y HEMODIALISIS INTERDIARIA. --HALLAZGO OBJETIVO: EXAMEN FISICO SIN CAMBIOS CON RESPECTO A LA NOTA MEDICA ANTERIOR. --HALLAZGO SUBJETIVO: FEMENINA DE 50 AÑOS CON DX ANOTADOS.
DESCRIPCION EVOL: 2016-06-19 08:41 PM--CONTINUAR ORDENES MEDICAS --ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, EN PLAN DE REMISION PARA PROCEDIMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD, SE INICIA TRAMITE A IV NIVEL --HALLAZGO OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, CON SV TA 140/80 FC: 85 FR: 19
CON EXAMEN FISICO SIN NUEVOS HALLAZGOS CON RESPECTO AL ANTERIOR --HALLAZGO SUBJETIVO: NOTA NOCHE

Documento: Historia Clínica – Clínica Uros S.A.

A partir de la información de la Historia Clínica de la señora Rosaura Olmos, se puede evidenciar que desde el mismo día en que ingresó a la Clínica Uros S.A. recibió la atención que requería y que se podía brindar para el tratamiento de sus patologías preexistentes. Es decir, teniendo en cuenta que la misma paciente en el momento en que ingresó a la Clínica Uros S.A. eligió que debía ser trasladada a una institución de mayor nivel, la obligación de esta Institución era gestionar la remisión y otorgar la atención médica necesaria para mantener al paciente en óptimas condiciones previo al traslado. Lo que efectivamente sucedió, pues como se observa en la Historia Clínica, desde el mismo día en que ingresó la paciente se solicitó la remisión a una institución de IV nivel, así como también se le brindaron los cuidados médicos que requería, tal como la Hemodiálisis, procedimiento fundamental para tratar las patologías preexistentes de la paciente.

Por otra parte, se evidenció que la decisión del Dr. Mora de no modificar la fístula de la paciente fue la acertada. El Dr. OSCAR GEOVANY HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, durante su interrogatorio, expresó que los pacientes con falla renal crónica deben aprovechar cada una de las fístulas para garantizar que la diálisis surta los efectos esperados. Así, las vías de acceso se convierten en elementos de vital importancia para los pacientes, ya que la supresión de cada fístula implica una pérdida de acceso vascular, en palabras del galeno:

Preguntaba si la falla renal crónica padecida o que padece la señora Rosalba Olmo

Bernabé es un factor de riesgo para las afecciones vasculares.

*Sí, en efecto, desde varios puntos de vista, es un factor de riesgo. La enfermedad renal genera depósitos de calcio y favorece alteraciones en arterias y venas, incluso si no se tienen fístulas o accesos vasculares. Sin embargo, es necesario considerar que los pacientes renales en diálisis tienen otros factores agravantes. **Por ejemplo, para acceder a las diálisis, necesitan accesos a menudo por vía yugular o subclavia, generando traumatismos en las paredes de esos vasos sanguíneos e inflamación que propicia eventos de trombosis.***

*Cuando se realiza un acceso con una fístula, se someten las venas a presiones y flujos para los cuales no estaban preparadas, lo que conduce a la Hiperplasia Neointimal, un engrosamiento en el interior de las venas. **Esto, a la larga, puede causar obstrucciones y estenosis, especialmente en el árbol venoso central. Esta obstrucción afecta el drenaje venoso y puede generar inflamación en diversas partes del cuerpo, como en el miembro superior, seno, cara e incluso en casos avanzados, en el cerebro.***⁵

En suma, la condición renal crónica, especialmente en pacientes en hemodiálisis, como es el caso de la señora Rosalba Olmo, es un factor que favorece el daño en el árbol venoso central. Esto se observa claramente en la inflamación y otros síntomas que presentaba y presenta la paciente. En consecuencia, la diligencia y la idoneidad en la atención médica de la paciente Rosaura Olmo Bernabé durante su estancia en la Clínica Uros quedaron debidamente demostradas, considerando la adecuada evaluación de la situación clínica, la gestión de la remisión y la acertada decisión médica de mantener la fístula.

Ahora, en lo que al reproche de culpabilidad relativo a la remisión de la paciente a un centro de nivel IV, quedó plenamente acreditado al interior del plenario las continuas solicitudes de remisión realizadas por el personal de la Clínica Uros S.A., todas ellas sin una respuesta por parte de la EPS. Lo anterior, de conformidad a lo consignado en toda la Historia Clínica en donde se corrobora que, a la fecha no se había tenido respuesta por parte de la EPS. Sin perjuicio de lo anterior, en el documento que antecede se nota la importancia de la remisión de la paciente a un centro de nivel IV, como quiera que el médico tratante dejó registro de una nueva solicitud de forma enérgica, lo que denota la importancia del traslado y la frustración del personal de la Clínica Uros S.A. por no obtener respuesta de la EPS a la cual se encontraba vinculada la señora Rosaura Olmos

⁵ Audiencia de pruebas 1:06:50

S: PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN SINTOMAS
DESCRIPCION EVOL: 2016-06-24 10:39 AM--SESION DE HD
4 HORAS
FILTRO 1.6
HEPARINA NO
FLUJO TOLERADO
UF 1000 ML
SEGUIMIENTO EVOLUTIVO Y HD INTERDIARIA. --ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE CON EVOLUCION RENAL ESTABLE,
ASISTE HOY A SU SESION DE HD SIN SIGNOS DE GRAN SOBRECARGA, TOLERA SESION DE HD SIN INCONVENIENTES Y
EGRESA ESTABLE, TIENE PENDIENTE REMITIR A IV NIVEL PARA REALIZARLE PROCEDIMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD.
--HALLAZGO OBJETIVO: EXAMEN FISICO SIN CAMBIOS CON RESPECTO A LA NOTA MEDICA ANTERIOR. --HALLAZGO
SUBJETIVO: PACIENTE DE 50 AÑOS DE EDAD CON DX:
- SD DE HIPERTENSION VENOSA POR OCLUSION VENOSA CENTRAL Y SD DE ROBO ARTERIA
- ERC EN HEMODIALISIS.
DESCRIPCION EVOL: 2016-06-24 10:34 PM--1. TRAMADOL 50MG ADMIN 1 AMP SC CADA 1 HORAS SI DOLOR INTENSO
2. RANITIDINA 50MG ADMIN 1 AMP EV CADA 8 HORAS
3. ENOXAPARINA 40MG AMDIN 1 AMPSC CADA DIA
4. TAPON HEPARINIZADO
5. DIETA PARA PACIENTE RENAL, AEDMAS HIPOSODICA
6. ATORVASCATINA 40MGAMDIN 1 TAB CADA NCOHE
7. ASA 100MG DAR 1 AB DIARIO
8. VSV AC
9. PENDIENTE RE RTA A REMISION DADA A ASMET SALUD EPS. --ANALISIS (JUSTIFICACION): PACIENTE CON DX YA BIEN
ESTABLECIDO DE FALLA VEOSA Y ARTERIAL D MMSSIZQUEIDO, DICHOMIEMBTO ADEMS EL EL QUE TIENE PARA
HEMODIALISIS. SE CONSIDER APACIENTE DE ALTO RIESGODE PRESENTAR SUFIMIENTO SEVERO DE MMSS IZQUEIDDO,
ADEMAS NOSE DSCARTA EMPIECE A PRESENTAR OCLUSION TAMBIEN CAROTIDEA DE LADO IZQUERIDO POR EXTENSION
PROXIMALD E OCLUSION. EN QUIEN SE CONSIDERA REQUERE MANEJO URGENTE POR QX VASCULAR MEDIATE TECNICAS
ENDOVASCULARES.
SE CONTINUA A A ESPERA DE RTA DE EPS RESPECTOA UBICACIOND E LA PACINETE.

Teniendo en cuenta la información clínica del día 24 de junio de 2016, continúa el consistente registro del tratamiento de la paciente con Hemodiálisis, junto con los registros de la solicitud de remisión a una Institución de IV nivel para la atención de la señora Rosaura Olmos. Lo anterior con una variante importante, referente al estado de urgencia que se requería por parte de los profesionales, dadas las condiciones de salud de la paciente. Sin embargo, aún con el sentido de urgencia dado a la solicitud de remisión de la paciente, la EPS nunca dio una respuesta idónea. A partir de esta fecha, la Historia Clínica registra consistentes registros de la solicitud de remisión sin que se pudiera llevar a cabo este procedimiento como consecuencia de la falta de respuesta de la EPS, como se puede observar en los siguientes registros.

“Documento: Historia Clínica – Clínica Uros S.A. Evol: 2016-06-30 12:59 PM – Continuar ordenes médicas – Análisis (justificación): paciente con síndrome de hipertensión venosa por oclusión venosa central y SD de robo arteria, a la espera de remisión para cirugía endovascular, actualmente estable desde el punto de vista hemodinámico se insiste en la importancia de la remisión”

“Documento: Historia Clínica – Clínica Uros S.A.: Descripción Evol: 2016-07-06 11:51 AM 2. SS uroanálisis y gran de orina - Análisis (justificación): Paciente con historia clínica ya descrita que se encuentra pendiente de remisión a mayor nivel de complejidad.

Documento: Historia Clínica – Clínica Uros S.A.: Descripción Evol: 2016-07-20 11:38 AM - Hospitalización - Análisis (justificación): Paciente hemodinamicamente estable, con tratamiento AB completo, quien continua en espera de remisión a IV nivel”

Teniendo en cuenta toda la información clínica anteriormente referida, es claro que por parte de la Clínica Uros S.A. se prestó una atención acorde con las necesidades de la paciente y las limitaciones de las Institución. Llevando a cabo durante toda la estadía de la paciente solicitudes de remisión a un centro hospitalario de IV nivel a la EPS a la cual se encontraba vinculada la señora Rosaura Olmos. Sin embargo, esto no sucedió, por lo que la atención médica brindada por la Clínica

Uros S.A. hasta el último momento que estuvo la paciente fue encaminada a la estabilización, el manejo con Hemodiálisis y otros medicamentos requeridos y la gestión ante la EPS. Cumpliendo con esto todas las obligaciones que se encontraban a su cargo, es decir brindando un servicio acorde a las necesidades de la paciente y utilizando todas las herramientas que se encontraban a disposición de la Institución para procurar una mejoría en el estado de salud de la señora Rosaura Olmos.

2. IMPOSIBILIDAD DE IMPUTACIÓN POR AUSENCIA DE NEXO CAUSAL: INCUMPLIMIENTO DE LA CARGA PROBATORIA POR PARTE DEL ACTOR.

En este caso, no es posible emitir una sentencia que respalde las pretensiones de la demanda, ya que la parte actora no pudo demostrar el nexo de causalidad entre la atención médica proporcionada por la clínica asegurada y el presunto daño que la paciente afirma haber sufrido. Quedó demostrado que la atención médica brindada por la Clínica Uros cumplió con los estándares del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los diagnósticos y tratamientos realizados mediante atención especializada fueron apropiados, y se evidenció un esfuerzo administrativo para gestionar la remisión de la paciente.

Por lo tanto, el daño alegado por la parte demandante no se demostró completamente, y el Honorable Despacho no puede inferir o colegir que el nexo causal está probado en este caso. Esto se debe a que el régimen aplicable a la situación en concreto se refiere a la culpa probada. De cara a demostrar la falla en el servicio médico la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sostenido que:

*“La Sala reitera que la falla probada del servicio es el título de imputación aplicable a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico asistencial. Luego de acudir a criterios como la falla presunta o la teoría de las cargas dinámicas de la prueba, **la jurisprudencia retomó la regla probatoria del artículo 177 CPC, según el cual incumbe a las partes demostrar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que persiguen. El demandante debe, pues, demostrar (i) el daño, (ii) la falla por una omisión o una acción negligente o irregular de la entidad estatal y (iii) el nexo de causalidad, es decir, que la falla médica fue la causa eficiente del daño sufrido.** A pesar de que la carga probatoria es del demandante, la entidad estatal puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa, como la culpa de la víctima o el hecho de un tercero, o que fue el desenlace natural de la patología del paciente” (negrilla adrede)*

En conclusión, solo en el remoto evento en que el juzgado estime que se demostró el daño antijurídico, bajo esa premisa deberá tomarse en consideración que no existe nexo causal en el caso bajo estudio, como quiera que la Clínica Uros S.A. no contaba con la posibilidad de realizar los trámites de promoción, autorización y remisión de los pacientes. Lo anterior teniendo en cuenta

que lo único que se encuentran facultas a realizar las IPS es la atención de los pacientes, junto con la radicación de las ordenes médicas. De modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal, no resulta posible la declaratoria de responsabilidad. Lo anterior, puesto que es claro que el nexo causal no se presume en ningún caso, sino que debe acreditarse en el proceso, situación que no ocurrió en el presente. Razones por las cuales el Despacho deberá exonerar de toda responsabilidad a la Clínica Uros S.A. en el presente caso.

3. NO SE PROBARON LOS PERJUICIOS PEDIDOS, POR TANTO, NO PROCEDE SU RECONOCIMIENTO.

- **IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE DAÑO MORAL**

La consecuencia argumentativa de lo todo lo expuesto, permite concluir la improcedencia del reconocimiento de los perjuicios morales solicitados, así como la tasación exorbitante que se ha planteado frente a los mismos. Según nuestra jurisprudencia y doctrina, los perjuicios morales deben ser evaluados de manera objetiva y razonable, considerando los elementos pertinentes, como el sufrimiento, la angustia y el menoscabo emocional sufrido por la parte afectada.

A tono con lo expuesto y en consonancia con la sentencia de unificación del Consejo de Estado en 2014, se estableció un límite máximo para el reconocimiento de los perjuicios morales en casos de muerte. De acuerdo con dicha sentencia, se determinó que la suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMMLV) corresponde al reconocimiento de perjuicios morales en las relaciones afectivas conyugales y paternofiliales, mientras que para las relaciones afectivas de 2º, 3º, 4º y 5º grado de consanguinidad y/o relaciones afectivas no familiares, se fijó en 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMMLV)

GRAFICO No. 1					
REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Regla general en el caso de muerte	Relaciones afectivas conyugales y paternofiliales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Así entonces, resulta oportuno señalar que las pretensiones por este ítem denotan un evidente ánimo especulativo partiendo de la errónea tasación de los perjuicios morales, derivada de una estimación desmesurada del supuesto perjuicio inmaterial. Por cuanto los demandantes solicitan a título de daño moral 150 SMLMV para la señora Rosaura Olmos, 150 SMLMV para su cónyuge y 70 SMLMV para su hermana, nietos y sobrinos, sumas que resultan a todas luces exorbitantes. Puesto que, conforme a los argumentos anteriormente plasmados, ni siquiera donde la señora

Rosaura Olmos contara con una PCL superior al 50% podría acceder a una indemnización de semejante talante. Así mismo, en el proceso no se encuentra acreditada en el presente proceso, por cuanto la señora Rosaura Olmos no ostenta si quiera una calificación de pérdida de capacidad laboral como consecuencia del deterioro de salud alegado.

De manera que al no encontrarse en el expediente prueba que demuestre que la gravedad del deterioro sufrido por la señora Rosaura Olmos es de la envergadura suficiente para solicitar perjuicio moral por suma equivalente al tope indemnizatorio tasado por el Consejo de Estado para casos de invalidez total. Es claro que debe desestimarse la tasación de perjuicios indicada por la parte Demandante. Por cuanto realiza una pretensión carente de pruebas y que sobrepasa completamente los topes máximos fijados por en la Jurisdicción Contencioso Administrativa para personas que cuentan con una PCL superior al 50%. Es decir, equipara la gravedad del deterioro sufrido por la señora Rosaura Olmos a la gravedad de las lesiones que sufriría una persona que es declarada en estado de invalidez, sin allegar prueba siquiera sumaria que fundamente la exorbitante tasación, porque simplemente no existe tal prueba.

- **IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL LUCRO CESANTE- NEXISTENCIA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE.**

La parte actora también fracasó en su intento de demostrar que la demandante sufrió perjuicios de índole patrimonial. No hay prueba, ni siquiera sumaria en el expediente, que permita corroborar o verificar que la señora Rosaura Olmos dejó de percibir ingresos debido al presunto daño causado por las entidades demandadas. El actor se limitó a describir que la señora Rosaura devengaba un salario mínimo; sin embargo, su declaración carece de respaldo probatorio.

Además, la parte demandante no presentó las pruebas solicitadas que le fueron decretadas, lo que agrega a la circunstancia procesal en la que se encuentra. La desidia procesal del extremo en cuya carga recae la responsabilidad de la prueba tiene consecuencias directas en este caso, incluida la improcedencia del reconocimiento de los perjuicios solicitados, ya que sin prueba no es posible que el juzgador aborde la falta de pruebas del extremo activo de la litis.

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

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

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

Entonces, resulta oportuno recoger la jurisprudencia en torno a los parámetros empleados para la indemnización del lucro cesante y, en su lugar, unificarla en orden a establecer los criterios necesarios para: i) acceder al reconocimiento de este tipo de perjuicio y ii) proceder a su liquidación.

La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante.”

(subrayado y negrilla fuera del texto original)

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual. En este sentido, la solicitud por concepto de lucro cesante es totalmente improcedente dado que i) la parte actora no probó la existencia de los presuntos ingresos a partir de los cuales se fundó la solicitud de esta tipología de perjuicios ii) tampoco se demostró por medio de ningún medio de prueba que la señora Rosaura Olmos ejerciera alguna actividad económica y iii) tan cierto es que la señora Rosaura Olmos no contaba con ingresos que se encontraba vinculada al Sistema Subsidiado de Salud. Lo anterior denota una inexistencia de prueba de los ingresos y la actividad económica que ejercía la Demandante para el mes de junio de 2016 y ante esta situación la solicitud indemnizatoria por concepto de lucro cesante deberá ser negada en su totalidad.

Aunado a lo anterior tampoco se acreditó que los demandantes padecieran un daño emergente, no obra en el legajo prueba documental que permita demostrar al Despacho que la parte actora debió asumir con su peculio gastos médicos como consecuencia de las atenciones médicas recibidas por la paciente, *contrario sensu* es preciso indicar que, cualquier gasto relativo a la atención médica y/o suministro de medicamentos se encuentran a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como quiera que son elementos que en primera instancia se encuentran cubiertos por el POS hoy Plan de Beneficios en Salud (PBS), según los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la resolución No. 0005857 de 2018, cuyo objeto fue el siguiente:

*(...) **Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.** La presente resolución tiene por objeto actualizar integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, como mecanismo de protección colectiva, y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.*

Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a todos los actores y agentes que intervienen en el SGSSS. (...)

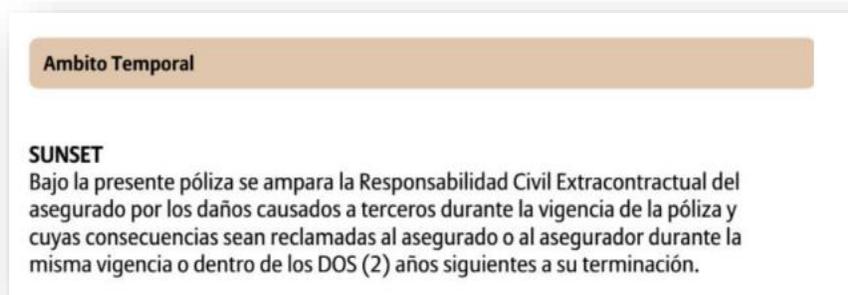
En efecto, teniendo en cuenta la referida Resolución en la cual se hace una reforma integral al Plan de Beneficios en Salud, quedando en cabeza de las EPS la atención de los pacientes que se encuentren afiliados. Es claro que cualquier emolumento derivado de una posible atención de la señora Rosaura Olmos debió y debe ser cubierta por la EPS a la cual se encontrara afiliada. Así las cosas, corresponde a la parte actora haber probado en primer lugar las erogaciones realizadas y en segunda medida que los gastos que esgrime fueron asumidos, no han sido cubiertos por el Plan de Beneficios en salud (PBS). Pues solo en ese remoto caso se podría extender la solicitud de reconocimiento y pago de sumas de dinero a la Demandada.

IV. CONCLUSIONES PROBATORIAS FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO A ALLIANZ SEGUROS S.A.

Sin perjuicio de lo hasta ahora expuesto y ante un eventual análisis que deba realizar el Despacho con respecto al llamamiento en garantía formulado contra mi representada, presento los argumentos conclusivos que indican que mi representante no está llamada a responder por ningún pago. Esto no solo se debe a que la responsabilidad de nuestro asegurado es inexistente, sino también porque las pólizas de seguro vinculadas al presente asunto contienen características y especificaciones que evidencian la imposibilidad de ser afectadas en el caso que nos ocupa.

1. LAS PRUEBAS DOCUMENTALES PERMITEN CONCLUIR LA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LOS CONTRATOS DE SEGURO 021770723, 022113273 Y 021945281 – APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 1073 DEL C.CO.

El Honorable Despacho no podrá emitir fallo condenatorio que implique que mi representada deba asumir alguna condena o pago indemnizatorio a favor de los demandantes, habida consideración de que los contratos de seguros vinculados al proceso no prestan cobertura temporal como consecuencia de su modalidad. La cobertura SUNSET se encuentra definida en cada una de las pólizas de la siguiente forma:



En ese sentido, **la cobertura SUNSET requiere que el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza y que la reclamación se realice dentro de la vigencia o en un plazo máximo de dos años después de terminado el contrato.** En este caso, para activar la cobertura de las tres pólizas, deben cumplirse ambos requisitos. La falta de cumplimiento de alguno de estos eventos impide que los contratos de seguro se hagan efectivos. A continuación, se exponen los motivos específicos por los cuales no es posible afectar ningún contrato debido a la falta de cobertura temporal en cada póliza expedida por mi representada. Cabe destacar que cada contrato presenta un motivo diferente que impide el surgimiento de la obligación condicional de la aseguradora.

- **Póliza 021770723:**

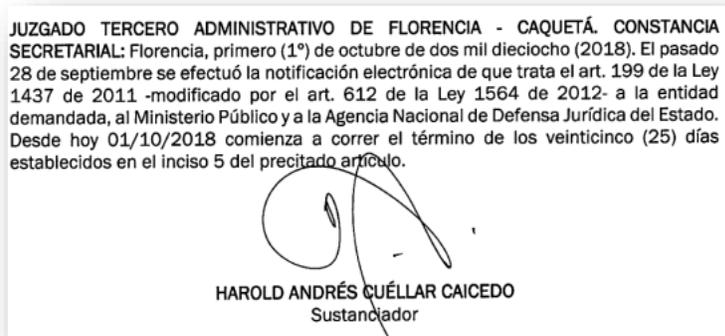
Considerando la modalidad de cobertura mencionada y la vigencia de la póliza 02177077, esta comprendió desde las 00:00 horas del 26 de junio de 2015 hasta las 24:00 horas del 25 de junio de 2016, como se evidencia en la imagen adjunta.



En consecuencia, es importante señalar que desde el ingreso de la señora Rosaura Olmos a la Clínica Uros S.A. el 16 de junio de 2016, cualquier evento relacionado con la atención durante su

hospitalización hasta la fecha de su alta está exclusivamente vinculado a esta póliza de seguro. Dado que la atención médica constituye una actuación continua, se considera la fecha de ingreso como el momento del siniestro. En este caso, se cumple con el primer requisito para afectar la póliza, que establece que el evento reclamado debe ocurrir durante la vigencia del contrato.

Ahora bien, se demostró que no se cumple con el segundo presupuesto necesario para afectar el contrato, que se refiere a la reclamación realizada al asegurado. Es importante recordar que esta reclamación debe efectuarse a más tardar dentro de los dos años siguientes a la finalización del contrato. Dado que la póliza estuvo vigente hasta el 25 de junio de 2016, la reclamación debía presentarse a más tardar el **25 de junio de 2018**. Sin embargo, en el caso en estudio, la reclamación se efectuó el **28 de septiembre de 2018**, momento en que se notificó a la Clínica Uros S.A. sobre el auto admisorio de la demanda, como se evidencia en la constancia secretarial adjunta.



En conclusión, teniendo en cuenta que la notificación del auto admisorio fue el momento en que se reclamó al asegurado, se debe poner de presente que para la reclamación efectuada el 28 de septiembre de 2018 la póliza de seguro ya no prestaba cobertura, en la medida que pasó un lapso superior a los dos años entre la terminación del contrato y la fecha en que se reclamó a la Clínica Uros S.A. Lo anterior teniendo en cuenta que la póliza estuvo vigente hasta el día 25 de junio de 2016, por lo que la reclamación se debía realizar a más tardar el día 25 de junio de 2018. Sin embargo, esto no sucedió, dado que solo hasta el 28 de septiembre de 2018 se realizó la reclamación a la Clínica Uros S.A., momento en que el término dispuesto en la póliza para realizar la reclamación había fenecido.

- **Póliza 021945281:**

En relación con la póliza de seguro 021945281, es importante destacar que no brinda cobertura temporal y, por lo tanto, no puede verse afectada por los hechos discutidos en el proceso. Esto se debe a que los eventos en cuestión comenzaron antes de la fecha de inicio de vigencia del contrato.

Para una comprensión adecuada de esta situación, es necesario informar al juzgado que, en eventos continuados como la atención médica, el artículo 1073 del Código de Comercio resolvió

cualquier controversia al respecto. Este artículo establece claramente que los hechos que tuvieron origen antes del inicio de la vigencia de la póliza, incluso si concluyen una vez que el contrato está en vigencia, no serán amparados por el contrato. Lo determinante para el legislador es el inicio del siniestro, según se observa en el artículo 1073 del Código de Comercio:

*“Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. **Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro**” (Negrilla y subrayado fuera del texto original)*

Descendiendo el precepto normativo al contrato de seguro tenemos que su vigencia es la siguiente:

Póliza y
duración:

Póliza nº: 021945281 / 0 Suplemento N°: 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 26/06/2016 hasta las 24:00 horas del 25/06/2017.

A partir de la información contenida en el contrato, la aseguradora solo deberá responder por eventos ocurridos entre el 26 de junio de 2016 y el 25 de junio de 2017. En la medida en que, como se indicó líneas atrás, la póliza solo ampara eventos ocurridos durante la vigencia del contrato, lo que en el caso bajo estudio no ocurrió, pues la señora Rosaura Olmos ingresó a las instalaciones de la Clínica Uros el día 16 de junio de 2016, momento para el cual no se encontraba vigente el contrato.

- **Póliza 022113273:**

En cuanto a la póliza de seguro 022113273, es crucial señalar que no ofrece cobertura temporal y, por ende, no puede ser afectada por los hechos discutidos en el proceso. Esto se debe a que los eventos en cuestión ocurrieron más de un año antes del inicio del periodo de cobertura acordado en el contrato.

La vigencia del contrato se estableció de la siguiente manera:

Póliza y
duración:

Póliza nº: 022113273 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 26/06/2017 hasta las 24:00 horas del 25/06/2018.

Según la información contenida y concertada en el contrato de seguro, la aseguradora solo asumirá

responsabilidad por eventos que hayan tenido lugar entre el 26 de junio de 2017 y el 25 de junio de 2018. Dado que la póliza únicamente cubre sucesos ocurridos durante la vigencia del contrato, y la señora Rosaura Olmos ingresó a la Clínica Uros el 16 de junio de 2016, antes de que el contrato estuviera en vigor, no se ajusta a los términos del acuerdo.

En conclusión, la póliza vinculada no presta cobertura temporal, debido a que los hechos que dan origen al proceso que cursa actualmente ante este Despacho tuvieron lugar más de un año antes del inicio del periodo de cobertura pactado. En tal virtud, la póliza No 022113273 inició su periodo de cobertura el 26 de junio de 2017. Es por esto por lo que no sería jurídicamente factible hacer efectivo el seguro, como quiera que en ese escenario estaríamos ante una falta total de cobertura temporal de la póliza al tenor de las condiciones pactadas en el contrato, pues el evento que se reclama ocurrió con más de un año de antelación al inicio de cobertura.

En definitiva, al no cumplirse los requisitos de cobertura temporal y reclamación oportuna en cada póliza, se demuestra que mi representada no está obligada a asumir ninguna condena o pago indemnizatorio.

2. SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE ACREDITADO LA INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

En primer lugar, resulta imperativo resaltar la ineficacia del llamamiento en garantía en el presente caso. El principio de economía procesal, arraigado en el sistema judicial colombiano, persigue la celeridad y eficiencia en la resolución de litigios. Esta premisa impone tanto a las partes como al propio juez la responsabilidad de actuar de manera eficaz y oportuna, evitando dilaciones innecesarias. Es crucial destacar que el juez está facultado para decretar la ineficacia del llamamiento en garantía, incluso de oficio o en su defecto podrá declararse en sede de segunda instancia, independientemente de que nadie le haya alertado en etapas anteriores del proceso. Esta figura, en su teleología, busca salvaguardar el debido proceso, garantizando la tutela judicial efectiva y fortaleciendo la seguridad jurídica.

Es pertinente subrayar que la ineficacia puede decretarse incluso si el fenómeno se materializa por descuido del juzgado al demorar la notificación personal por medios electrónicos de la providencia que admite el llamamiento. Este enfoque responde a la necesidad de asegurar la integridad del proceso y preservar los principios fundamentales que rigen el sistema judicial. La Corte Constitucional se ha pronunciado respecto de la ineficacia del llamamiento e garantía en el siguiente tenor:

“La norma destacada establece una consecuencia jurídica cuando la notificación personal del auto que admite el llamamiento en garantía no se realiza en la oportunidad allí prevista. Esta consecuencia se concreta en su ineficacia. Tal disposición no condiciona la aplicación de la ineficacia del llamamiento a que su

*notificación esté a cargo de la parte interesada o de la autoridad judicial que tramita el proceso. **Por lo tanto, al margen de si el operador judicial asumió la obligación de practicar la notificación personal o si esa carga se le impuso a la parte interesada, en uno u otro caso habrá lugar a tener por ineficaz el llamamiento en garantía si el mismo no se notifica dentro de los seis meses siguientes a la ejecutoria del auto que lo admitió.** En otras palabras: el llamado no estará obligado a comparecer al proceso cuando la notificación personal que debía recibir es inoportuna⁶ (negrilla adrede)*

Aunado a lo anterior, el llamamiento en garantía, regulado por el artículo 64 del Código General del Proceso, permite a quien alegue un derecho legal o contractual exigir indemnización por perjuicios. Sin embargo, el artículo 66 de la Ley 1564 de 2012 establece claramente que, una vez admitido el llamamiento, la notificación debe realizarse en los siguientes seis meses, so pena de declararse ineficaz. Esta disposición responde a la necesidad de evitar la inactividad prolongada del proceso, contraria al principio de economía procesal.

La jurisprudencia, representada por decisiones del Consejo de Estado, ha reafirmado la ineficacia del llamamiento en garantía si no se notifica en el plazo establecido. Independientemente de si la carga recae en el juzgado o en la parte interesada, la normativa imperativa exige la observancia de los términos perentorios. En el caso concreto, el juzgado, de manera responsable, emitió el auto de llamamiento en garantía el **15 de octubre de 2019**, imponiendo a la Clínica Uros S.A. la carga de notificar a la Aseguradora, Allianz Seguros S.A. Sin embargo, la notificación a esta última no se efectuó sino hasta el **17 de septiembre de 2021**, casi dos años después de la ejecutoria del auto.

En consecuencia, la ineficacia del llamamiento en garantía es clara en este contexto. La falta de notificación oportuna, esencial para su validez, lleva a la conclusión de que la vinculación de Allianz Seguros S.A. al proceso carece de eficacia jurídica. Por ende, se solicita respetuosamente al Despacho declarar la ineficacia del llamamiento en garantía, exonerando así a mi representada de cualquier responsabilidad. Las pólizas de seguro expedidas por Allianz Seguros S.A. no pueden ser afectadas por un llamamiento en garantía que ha sido declarado ineficaz, en conformidad con las disposiciones legales y jurisprudencia aplicables.

3. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LAS PÓLIZAS 021770723, 022113273 Y 021945281

En caso de que el juzgador considere que debe afectar los contratos de seguros vinculados al presente asunto pese a los sobrados y soberanos argumentos que permitirán concluir que mi procurada debe ser eximida de toda responsabilidad en el presente asunto, no obstante, en ese improbable panorama solicito se tenga en cuenta los límites del valor asegurado en las pólizas de seguro 21770723, 022113273 y 021945281.

⁶ T-309/22

Póliza 021770723:

Coberturas contratadas		
Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.200.000.000,00	1.200.000.000,00
10.RC. Profesional	1.200.000.000,00	1.200.000.000,00

Póliza 021945281:

Coberturas contratadas		
Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.200.000.000,00	1.200.000.000,00
10.RC. Profesional	1.200.000.000,00	1.200.000.000,00

Póliza 022113273:

Coberturas contratadas		
Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.200.000.000,00	1.200.000.000,00
10.RC. Profesional	1.200.000.000,00	1.200.000.000,00

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio de que en el caso bajo análisis no exista realización del riesgo asegurado por ausencia patente de un error médico y que las pólizas no prestan cobertura temporal, a partir de ello resulta improcedente la afectación a las pólizas expedidas por mi procurada. En todo caso, deberá indicarse que dichas pólizas contienen unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Despacho en el remoto e improbable evento de una condena en contra de la Clínica Uros S.A

Subsidiario al anterior argumento solicito al Despacho que a su vez deberá aplicarse el deducible concertado en las pólizas 021770723, 022113273 y 021945281. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta los deducibles pactados en cada una de las pólizas como se presenta a continuación:

Póliza 021770723
PLO: 10% de la pérdida mínimo \$3.000.000
RC Profesional: 10% de la pérdida mínimo \$3.000.000

Póliza 021945281
PLO: 10% de la pérdida mínimo \$3.450.000
RC Profesional: 10% de la pérdida mínimo \$3.450.000

Póliza 022113273
PLO: 10% de la pérdida mínimo \$4.000.000
RC Profesional: 10% de la pérdida mínimo \$4.400.000

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación de alguno de los contratos de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización, la suma pactada como deducible que, como se explicó, para cada una de las pólizas se pactó un valor diferente.

4. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD EN LAS OBLIGACIONES ENTRE TOMADOR ASEGURADO Y LA ASEGURADORA.

La obligación de mí representada, la compañía de seguros, emana de un contrato de seguro celebrado dentro de unos parámetros y límites propios de la autonomía de la voluntad privada y no de la existencia de la una eventual responsabilidad que se pudiere atribuir al asegurado conforme lo establecido por el artículo 2341 del Código Civil y a las disposiciones precitadas en materia de Responsabilidad Civil, por tanto se encuentra frente a dos responsabilidades diferentes a saber: (I) La del asegurado por la responsabilidad que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la ley propia y (II) La de mí representada aseguradora cuyas obligaciones no emanan de la ley propiamente dicha, sino de la existencia de un contrato de seguro celebrado dentro de los parámetros dados por los artículos 1036 del Código de Comercio y S.S., encontrándose las obligaciones de mí representada debidamente delimitadas por las condiciones pactadas en el contrato de seguro celebrado, constituyéndose entonces las obligaciones del asegurado y de la aseguradora en obligaciones independientes y que no son solidarias.

Así lo ha entendido el Consejo de Estado sin mayor disertación al respecto:

“(…) En ese sentido, conforme lo dispone el artículo 1037 del Código de Comercio, el asegurador es la persona que asume los riesgos del interés o la cosa asegurada, obligación muy diferente a la solidaridad derivada de un contrato o por ministerio de la ley, ya que es la realización del riesgo asegurado lo que da origen a la obligación del asegurador, tal como lo dispone el artículo 1054 del Código de Comercio

(...)” 5 (Subrayas y negrilla propias) ⁷

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

“(…) En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito.

Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum.

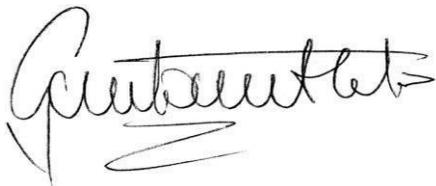
La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley.”

De lo anterior, que deba siempre dejarse claro que las obligaciones de las compañías de seguros dimanen del contrato mismo, más no de las obligaciones que se debaten en el fondo del asunto, de allí, que no sea posible establecer una hipotética obligación indemnizatoria solidaria en cabeza de mi representada.

V.PETICIÓN

Respetuosamente, solicito al **JUZGADO TERCERO (03) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE FLORENCIA** que declare probadas las excepciones propuestas en la contestación a la demanda y al llamamiento en garantía, exonerando así de responsabilidad a **CLÍNICA UROS S.A.** y a mi representada **ALLIANZ SEGUROS S.A.** En caso de que el despacho no acceda a esta solicitud, le solicito que, en su sentencia, se pronuncie de manera sustancial sobre las excepciones de mérito presentadas en relación con el llamamiento en garantía formulado en la contestación a la demanda y llamamiento en garantía.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

⁷ Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Cuarta CP. JORGE OCTAVIO RAMIREZ RAD: 25000-23-27-000-2012-00509-01 (19879) del 21 de mayo del 2014.

