Señores

**JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

[**jadmin35bt@cendoj.ramajudicial.gov.co**](mailto:jadmin35bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDIO DE CONTROL:** | REPARACIÓN DIRECTA |
| **RADICADO:** | 11001333603520220025900 |
| **DEMANDANTES:** | JOSE RODRIGO HERNANDEZ ALRCON Y OTROS |
| **DEMANDADOS:** | ENTIDAD PROMORORA DE SALUD SANITAS S.A.S. Y OTRO |
| **LLAMADO EN GARANTÍA:** | LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. |

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

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** tal y como se acredita en el poder anexo, sociedad cooperativa de seguros, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto que comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por JOSE RODRIGO HERNANDEZ ALRCON y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por **E.P.S. SANITAS S.A.**, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación

**I.** **OPORTUNIDAD**

Este escrito se presenta dentro del plazo correspondiente, dado que el auto admisorio del llamamiento en garantía fue emitido el 3 de febrero del 2024 y notificado por correo electrónico el 17 de febrero de 2025, posteriormente fue fijado en lista el día 20 de febrero del 2025. En este sentido, conforme a los artículos 198 y 199 de la Ley 1437 de 2011, modificados por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, el término de 15 días para responder comenzó el 20 de febrero del 2025 y finaliza el día 12 de marzo del 2025.

**CAPÍTULO I**

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

1. **FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**AL HECHO PRIMERO:** a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este hecho. El proceso de afiliación es un acto realizado exclusivamente entre el afiliado y la E.P.S. correspondiente. Por lo tanto, nos atenemos a lo que se acredite dentro del proceso.

**AL HECHO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes en este hecho. Por lo tanto, nos atenemos en lo que se logre acreditar en el proceso a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se exigen.

No obstante lo anterior, según la historia clínica anexada, se observa que la paciente informó como motivo de consulta sentirse fatigada. Igualmente, en el análisis se indica como causa externa una enfermedad general y se describe un cuadro respiratorio agudo con disnea ante esfuerzos medianos. Es importante considerar que, para la fecha en que ocurrieron los hechos objeto de litigio, el país se encontraba en emergencia sanitaria debido al COVID-19. De acuerdo con la sintomatología registrada en la historia clínica, existía sospecha de que la paciente pudiera haber contraído el virus.

**AL HECHO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes en este hecho. Por lo tanto, nos atenemos en lo que se logre acreditar en el proceso a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se exigen.

Es importante tener en cuenta que la sintomatología presentada por la paciente sugería un posible diagnóstico de COVID-19. En este sentido, la E.P.S., conforme a lo registrado en la historia clínica, le brindó la atención correspondiente con base en dicho diagnóstico y en los síntomas manifestados por la paciente en consulta.

**AL HECHO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de forma directa lo señalado por los demandantes en este caso. Por lo tanto, nos atenemos a lo que se logre acreditar en el proceso a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que se exigen. No obstante lo anterior, según la historia clínica que obra en el expediente, la paciente fue admitida en la unidad de urgencias de la E.P.S. SANITAS el 6 de julio de 2020 a las 8:47 p.m. Se evidencia que recibió la atención adecuada conforme a su cuadro sintomatológico y que se le ordenaron los exámenes pertinentes para iniciar el tratamiento requerido según el posible diagnóstico en ese momento.

**AL HECHO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo afirmado por los demandantes en este caso. Por ello, nos atenemos a lo que se acredite en el proceso mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles. Sin embargo, es importante señalar que, según consta en la historia clínica, la paciente presentaba sospecha de COVID-19, por lo que se le realizaron los exámenes pertinentes y recibió la atención médica correspondiente a su estado de salud al momento de su ingreso a la E.P.S.

**AL HECHO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención.

**AL HECHO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO OCTAVO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos y decisiones médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO DÉCIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO DÉCIMO PRIMERO** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las acciones que el accionante describe. En todo caso, corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el proceso.

**AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO DÉCIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos.

**AL HECHO DÉCIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO DÉCIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin embargo, según consta en la historia clínica que obra en el expediente, la paciente recibió el tratamiento oportuno, dado que se consideraba un caso sospechoso de COVID-19. En este sentido, no solo se le practicó el examen correspondiente, sino que también se le realizaron otros estudios para monitorear su estado de salud y la evolución de su sintomatología. No existe en el expediente prueba alguna que acredite una atención deficiente a la paciente.

**AL HECHO DÉCIMO SEXTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto. No existe en el expediente prueba alguna que acredite una atención deficiente a la paciente.

**AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto. No existe en el expediente prueba alguna que acredite una atención deficiente a la paciente.

**AL HECHO DÉCIMO OCTAVO:**  a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. o le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento ni participación en las atenciones médicas brindadas al paciente, las cuales son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos.

Este hecho corresponde exclusivamente a actuaciones administrativas, en las cuales no solo interviene la voluntad de la entidad que atiende al paciente, sino también la capacidad de atención de los centros asistenciales de mayor nivel. En este caso, no puede inferirse falta de diligencia por parte de la E.P.S. en el proceso de autorización del traslado, ya que este dependía, además, de la aceptación de otro centro asistencial. Cabe recordar que, para la fecha de los hechos, el sistema de salud se encontraba colapsado debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, lo cual era de conocimiento público.

**AL HECHO DÉCIMO NOVENO** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO VIGESIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos y administrativos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO VIGESIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos y administrativos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

No obstante, se tiene en cuenta que dentro del plenario obra certificado de defunción en el que indica la fecha y hora del fallecimiento de la paciente pero no se indican los motivos del deceso.

**AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos y administrativos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO VIGESIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado en este hecho, ya que corresponde únicamente a los relatos de los accionantes y, por lo tanto, deberá ser probado dentro del proceso.

**AL HECHO VIGESIMO CUARTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado en este hecho, ya que corresponde únicamente a los relatos de los accionantes y, por lo tanto, deberá ser probado dentro del proceso.

**AL HECHO VIGESIMO QUINTO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado en este hecho, ya que corresponde únicamente a los relatos de los accionantes y, por lo tanto, deberá ser probado dentro del proceso.

**AL HECHO VIGESIMO SEXTO:** En este numeral no se describe un hecho, sino un concepto jurídico que deberá resolverse a partir del debate probatorio y ser desarrollado en la decisión judicial.

**AL HECHO VIGESIMO SEPTIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos y administrativos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO VIGESIMO OCTAVO:** Lo contenido en este numeral no corresponde a un hecho, en el mismo solo se evidencia la mención del Decreto 507 del 06 de noviembre de 2013.

**AL HECHO VIGESIMO NOVENO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos y administrativos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

No obstante, es importante tener en cuenta que, si bien los trámites de traslado son de índole administrativa, también dependen de la capacidad de recepción de los centros asistenciales de mayor nivel. No puede atribuirse a la ligera responsabilidad a la E.P.S. SANITAS, alegando que no realizó las gestiones necesarias y oportunas para el traslado de la paciente, máxime cuando en la demanda se reconoce que la E.P.S. efectuó la solicitud correspondiente. Dicho traslado no pudo concretarse adecuadamente debido al colapso del sistema de salud generado por la emergencia sanitaria por COVID-19.

**AL HECHO TRIGESIMO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos y administrativos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO TRIGESIMO PRIMERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos y administrativos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

**AL HECHO TRIGESIMO SEGUNDO:** El contenido de este numeral no corresponde a un hecho, se desarrolla en el mismo un criterio jurisprudencial del Consejo de Estado, que deberá el juez decidir en que medida considera su aplicación al caso que hoy nos ocupa.

**AL HECHO TRIGESIMO TERCERO:** A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos y administrativos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Se debe tener en cuenta que, durante toda la atención brindada, la E.P.S. SANITAS actuó de manera oportuna, proporcionando el tratamiento necesario conforme a la sintomatología presentada por la paciente. Dado que se consideraba un caso sospechoso de COVID-19, se le realizaron los exámenes pertinentes y se adoptaron las medidas médicas adecuadas para su condición.

**AL HECHO TRIGESIMO CUARTO:** Es cierto; sin embargo, esto no constituye un hecho, sino un requisito pre-procesal establecido por la ley para acceder a la jurisdicción contencioso-administrativa.

**AL HECHO TRIGESIMO QUINTO:** Es cierto; sin embargo, esto no constituye un hecho, sino un requisito pre-procesal establecido por la ley para acceder a la jurisdicción contencioso-administrativa.

**AL HECHO TRIGESIMO SEXTO:** la descripción contenida en este numeral no es un hecho, solamente indica el agotamiento del requisito de procedibilidad y la presentación del medio de control de la referencia.

1. **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES**

**FRENTE A LA PRETENSION PRIMERA** - Me opongo a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, toda vez que la E.P.S. SANITAS brindó a la paciente la atención médica adecuada. En el presente caso, no existen pruebas dentro del expediente que acrediten que dicha entidad incurrió en una acción u omisión que haya generado el daño que el demandante pretende atribuirle.

Por el contrario, EPS SANITAS actuó conforme a los protocolos establecidos durante la pandemia de COVID-19, priorizando la seguridad de los pacientes y el cumplimiento de las directrices sanitarias. Desde su ingreso a urgencias, la señora Alarcón recibió atención médica oportuna, se le practicaron exámenes diagnósticos y se le suministró oxígeno en respuesta a su sintomatología. Asimismo, se gestionaron múltiples solicitudes de traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), lo que evidencia la diligencia del personal en la búsqueda de una atención de mayor complejidad.

No obstante, debido a las restricciones y la alta demanda hospitalaria en ese período, la disponibilidad de camas en UCI no dependía exclusivamente de la EPS, sino del sistema de salud en su conjunto. En este sentido, no puede alegarse la existencia de una pérdida de oportunidad, ya que en ningún momento se le negó a la paciente la atención médica correspondiente. Por el contrario, EPS SANITAS desplegó todas las acciones necesarias dentro de su competencia para garantizar la prestación del servicio de salud de acuerdo con las circunstancias del momento. En consecuencia, la EPS SANITAS obró conforme a los procedimientos establecidos y dentro de sus posibilidades, sin que se configure una afectación en la oportunidad de tratamiento que justifique la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA -** Nos oponemos al pago de la suma de cuatrocientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (400 SMLMV), correspondientes a cien salarios mínimos legales mensuales vigentes (100 SMLMV) para cada uno de los hijos de la señora María del Carmen Alarcón, a saber: José Rodrigo Hernández Alarcón, Amanda Lucía López Alarcón, Edgar Arturo López Alarcón y Luis Carlos López Alarcón, por concepto de daños morales. Lo anterior, dado que no existen pruebas que acrediten una actuación negligente o culposa por parte de SANITAS que haya causado el daño alegado. Por el contrario, la EPS brindó a la paciente la atención médica adecuada, cumpliendo con los protocolos establecidos durante la pandemia de COVID-19, garantizando su bienestar y gestionando oportunamente los procedimientos requeridos dentro del marco del sistema de salud. En consecuencia, no se configura una falla en la prestación del servicio ni una pérdida de oportunidad que sustente la declaratoria de responsabilidad o el reconocimiento de la indemnización solicitada.

1. **EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA**
2. **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DE LA E.P.S. SANITAS S.A. ANTE EL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE SUS OBLIGACIONES FRENTE A LA SEÑORA MARÍA DEL CARMEN ALARCÓN.**

En este caso, de conformidad con las pruebas obrantes en el expediente y teniendo en cuenta lo manifestado por la E.P.S. SANITAS S.A. en la contestación de la demanda, se tiene que la señora María del Carmen Alarcón, era una paciente con antecedentes de hipotiroidismo y un tumor de piel, presentó un deterioro progresivo de su estado de salud que requirió atención médica urgente. Inicialmente, consultó por síntomas respiratorios y debilidad general, lo que llevó a la indicación de valoración especializada y estudios complementarios. Posteriormente, ingresó a urgencias por dificultad respiratoria, donde se estableció un diagnóstico de insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar y sospecha de COVID-19, requiriendo hospitalización inmediata. A pesar de la gestión para su remisión y la implementación de medidas terapéuticas, su condición se agravó rápidamente, desarrollando un cuadro de infarto agudo de miocardio que desencadenó su fallecimiento.

Como lo ha demostrado E.P.S SANITAS S.A. con su contestación y las pruebas aportadas, el 4 de julio de 2020, la paciente recibió atención domiciliaria por dolor en la cadera, registrando una oximetría del 86% y un antecedente de TVP, por lo que se ordenaron estudios y valoración especializada. El 6 de julio ingresó a urgencias por dificultad respiratoria, iniciándose estudios complementarios, oxigenoterapia y aislamiento por sospecha de COVID-19.

El 7 de julio fue diagnosticada con insuficiencia cardiaca congestiva y tromboembolismo pulmonar, indicándose hospitalización y tratamiento. El 8 de julio, se intentó su remisión sin éxito debido a la falta de disponibilidad de camas en diversas instituciones. El 9 de julio, se confirmó su ingreso al Hospital Universitario Nacional; sin embargo, su estado se agravó, requiriendo atención en UCI, la cual no estaba disponible. Ante el deterioro clínico, se intensificó su manejo con nuevos estudios y medicación. Se continuó la gestión de su traslado a UCI sin éxito, hasta que la Secretaría de Salud ubicó un cupo en el Hospital Militar. No obstante, su evolución crítica impidió el traslado. Finalmente, sufrió un paro cardiorrespiratorio y, pese a los intentos de reanimación, falleció.

Se evidencia entonces que, la E.P.S. SANITAS S.A. nunca negó la atención a la víctima directa. Por el contrario, le brindó una valoración oportuna y un manejo adecuado según la evolución de su estado de salud. Desde su primera consulta por síntomas respiratorios y debilidad general, se ordenaron los estudios pertinentes y se indicó el seguimiento especializado. Ante el agravamiento de su condición, el equipo médico actuó diligentemente al diagnosticar insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar y sospecha de COVID-19, iniciando el tratamiento correspondiente y gestionando su remisión. A pesar de la gravedad del cuadro y la rápida evolución de las complicaciones, se implementaron las medidas terapéuticas necesarias para estabilizarla. Esto demuestra que E.P.S. SANITAS S.A. cumplió con su deber de atención médica conforme a los protocolos establecidos, respondiendo de manera adecuada a la situación crítica de la paciente.

Ahora bien, no se debe perder de vista que la obligación que se predica de los galenos es de medio, y no de resultado, tal como ha sido reiterado en múltiples providencias de las altas Cortes. En este sentido, estas han señalado en numerosas ocasiones que, al tratarse de obligaciones de medio, la demostración de la debida diligencia en la prestación de los servicios de salud exime a los médicos de cualquier responsabilidad indemnizatoria. Un claro ejemplo de ello es la sentencia T-313/96, proferida por la Corte Constitucional, con ponencia del Dr. Alejandro Martínez Caballero, en la cual se expone este principio de manera precisa, así:

La comunicación de **que la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica”[[1]](#footnote-1) (Subrayado y negrillas fuera del texto original.

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se pronunció en igual sentido, al señalar lo siguiente:

Si bien las **intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida[[2]](#footnote-2)”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De igual manera, el Consejo de Estado, en su sentencia del 13 de noviembre de 2014, se pronunció en los siguientes términos:

(…) En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, **al comportar la actividad médica una obligación de medio**, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.”16 (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, al resumir la jurisprudencia previamente expuesta, queda claro que tanto el más alto tribunal constitucional como el máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativa coinciden de manera unánime en afirmar que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. A partir de esta premisa, resulta relevante destacar cómo las altas cortes de Colombia han señalado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser desvirtuada mediante la prueba de la debida diligencia por parte del demandado. En este sentido, el Consejo de Estado ha sido enfático al establecer lo siguiente:

(…) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdice **que el servicio se desarrolló diligentemente**; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, **la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad**, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño (…)”[[3]](#footnote-3)

(…)

(…) se limita a **demostrar que su conducta fue diligente** y que el daño sufrido por la víctima no fue producto de inatención o de atención inadecuada; ello implica, finalmente, deducir que el riesgo propio de la intervención médica, que no permiten que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentaron y fueron los causantes del daño. Por tal razón, se ha dicho que la prueba de la ausencia de culpa no puede ser nunca en realidad una prueba perfecta, en la medida en que lo que se evidencia, mediante la demostración de la diligencia y el adecuado cumplimiento de las obligaciones en la entidad médica, **es simplemente que el daño no ha tenido origen en su falla**, sin que tenga que demostrarse exactamente cuál fue la causa del daño recibido por el paciente, pues si se exigiera esta última demostración, se estaría pidiendo la demostración de una causa extraña, que es la causal de exoneración propia de los regímenes objetivos de responsabilidad.[[4]](#footnote-4) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Previo al análisis respecto a la diligencia desplegada por la E.P.S. SANITAS S.A., es necesario precisar el contenido obligacional que rige a los médicos y el régimen jurídico que de ello se deriva. En efecto, los actos médicos están sujetos a una obligación de medios, y el régimen de responsabilidad aplicable es de carácter subjetivo. Este principio se encuentra fundamentado en el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, que establece la obligación de medios de los profesionales de la salud, así:

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

De cara a lo anterior, no puede ser declarada la responsabilidad civil médica sin acreditar uno de los elementos fundamentales para la prosperidad de tal cargo, como lo es la culpa del galeno. Esto en concordancia con la obligación de este, que como ya se indicó, es de medio y no de resultado. En consecuencia, la presunta acusación de una responsabilidad médica en cabeza del demandado con ocasión de una falla médica y/o negligencia, a todas luces debe ser de plano desestimada.

En efecto, menester resulta aclarar que la falla del servicio es definida como aquella violación al contenido obligacional exigible a una entidad pública en una situación concreta. Sin embargo, es connatural a este título de imputación el principio de relatividad de este. Al respecto, el Consejo de Estado se ha pronunciado en los siguientes términos:

La Sala de tiempo atrás ha dicho que la falla del servicio ha sido, en nuestro derecho, y continúa siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete - por principio - una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual[[5]](#footnote-5)

También ha sostenido que el mandato que impone la Carta Política en el artículo 2° inciso 2°, de que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra, bien, creencias y demás derechos y libertades…”debe entenderse dentro de lo que normalmente se le puede exigir a la administración en el cumplimiento de sus obligaciones o dentro de lo que razonablemente se espera que hubiese sido su actuación o intervención acorde con las circunstancias tales como disposición del personal, medios a su alcance, capacidad de maniobra, etc., para atender eficazmente la prestación del servicio que en un momento dado se requiera.”[[6]](#footnote-6)

**Es que las obligaciones que son de cargo del Estado – y por lo tanto la falla del servicio que constituye su transgresión- han de mirarse en concreto frente al caso particular que se juzga, tomando en cuenta las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo.**

Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que está provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de dichos medios, surgirá su obligación resarcitoria; si el daño ocurre, pese a su diligencia, no podrá quedar comprometida su responsabilidad”[[7]](#footnote-7) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así mismo, frente al análisis obligatorio de este principio cuando se impute la falla del servicio, ha indicado el Consejo de Estado, que:

7.4. En casos como el sub lite, el fallador de instancia debe analizar de manera integral las pruebas, a efectos de establecer las circunstancias y el contexto que rodeó los hechos, con el fin de poder concluir si efectivamente se incurrió en una falla en el servicio atribuible a la entidad demandada, lo anterior atendiendo a los parámetros establecidos por la doctrina y la jurisprudencia cuando han desarrollado la “teoría de la relatividad de la falla en el servicio”.

Sobre la particular resulta pertinente citar al profesor Rivero quien afirmó lo siguiente:

El juez para decidir, en cada caso, si hay o no falla del servicio, se pregunta aquello que podríamos, en cada caso, esperar del servicio, teniendo en cuenta la dificultad más o menos grande la misión, las circunstancias de tiempo (períodos de paz o momentos de crisis), de lugar, de recursos sobre los cuales disponía el servicio público en personal y material, etc. De lo anterior resulta que la noción de falla del servicio tiene un carácter relativo, pudiendo el mismo techo, según las circunstancias, ser reputado de culposo o no culposo”[[8]](#footnote-8)

Lo anterior ha sido denominado por la jurisprudencia del Consejo de Estado como “el principio de la relatividad de la falta en el servicio”[[9]](#footnote-9) Principio este, que evita que la responsabilidad de la administración, cimentada en el título de imputación subjetivo o común – denominado “falla en el servicio” – tome las obligaciones del Estado, ya seas las derivadas de manera explícita de una norma constitucional, legal, o reglamentaria, o del principio establecido en el artículo 2° de la Constitución Política, en obligaciones de resultado (…)”

En otro precedente, se dijo:

**“Desconocer tales circunstancias implicaría dejar de lado de la relatividad de la falla del servicio[[10]](#footnote-10), es decir no tener en cuenta la conducta de la administración, en atención a las circunstancias de tiempo, modo, lugar, medios, personal e infraestructura del servicio”** [[11]](#footnote-11)(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

La falla en el servicio es un título de imputación en materia de responsabilidad extracontractual del Estado, el cual debe ser probado dentro del proceso. En efecto, no es presumible por parte del despacho, ya que al juez le está vedado presumir situaciones o responsabilidades simplemente con la mera afirmación de la parte demandante. Dicha afirmación debe tener elementos de prueba sólidos, o de lo contrario, no puede concluirse que existe la falla del servicio. Es precisamente en ese sentido en que se presenta este medio exceptivo, pues al no estar probada la falla en el servicio en cabeza la E.P.S. SANITAS S.A., ni tener elementos de prueba que puedan si quiera dar un indicio de la existencia de ella, deberá declararse su ausencia.

Al analizar la normativa que regula el ejercicio médico y la jurisprudencia aplicable en este tipo de casos, se concluye que la atención brindada a la señora María del Carmen Alarcón se ajustó plenamente a la *lex artis*. Los procedimientos realizados fueron oportunos y adecuados según los estándares clínicos y científicos vigentes, garantizando en todo momento el cumplimiento de los protocolos médicos establecidos. Del mismo modo, las decisiones adoptadas por el equipo tratante respondieron a la evolución clínica de la paciente y a la disponibilidad de recursos hospitalarios, sin que se evidencie una vulneración a los deberes de atención o una desviación de la práctica médica idónea.

**EXCEPCIONES PLANTEADAS POR LA E.P.S. SANITAS S.A. ENTIDAD QUE LLAMÓ EN GARANTÍA A MÍ REPRESENTADA**.

Coadyuvo las excepciones propuestas por la E.P.S. SANITAS S.A., solo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

1. **INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA E.P.S. SANITAS S.A., ENTIDAD QUE LLAMÓ EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.**

Es fundamental que el Honorable Juez considere que, en el presente caso, no se configura un daño antijurídico atribuible a E.P.S. SANITAS S.A. Esto se debe a que la entidad prestadora de salud actuó dentro del marco normativo y prestó la atención médica de manera oportuna y conforme a los protocolos establecidos. Es importante señalar que la entidad demandante no tuvo injerencia en factores ajenos a su competencia, como la disponibilidad de camas en unidades de cuidado intensivo o la capacidad hospitalaria de la red de prestadores. En consecuencia, no existe un nexo causal entre la actuación de E.P.S. SANITAS S.A. y el desenlace del caso, lo que excluye cualquier responsabilidad de su parte.

La E.P.S. SANITAS garantizó el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos por la paciente, de acuerdo con sus síntomas y necesidades médicas. Sin perjuicio de lo anterior, es importante destacar que, aún si se analizara la conducta de la EPS SANITAS S.A. desde la perspectiva de la parte demandante, no se configuran los elementos necesarios para establecer su responsabilidad. **La actividad médica, está sujeta a un régimen de responsabilidad subjetiva, lo que implica que la culpa debe probarse mediante la existencia de imprudencia, impericia, negligencia o descuido en la actuación médica. En este caso, no hay evidencia de tales circunstancias, pues la atención brindada se ajustó a la *lex artis ad hoc*.**

Por otro lado, no existen pruebas que indiquen dolo o culpa por parte de EPS SANITAS y el personal medio que atendió a la paciente. Se debe tener en cuenta que la medicina es una profesión de medios y no de resultados, por lo que el desenlace final no puede ser imputado a la EPS SANITAS S.A. ni a su personal médico, ya que se adoptaron todas las medidas necesarias para el manejo de las comorbilidades de la paciente.

Es así como el extremo activo de la litis, en esta etapa procesal, no ha logrado satisfacer la carga probatoria que le incumbe, consistente en demostrar de manera clara y suficiente el hecho generador del daño, el perjuicio sufrido, y el nexo causal entre ambos. **La ausencia de una prueba sólida y convincente en estos elementos resulta crucial, ya que impide estructurar una responsabilidad atribuible a la EPS SANITAS S.A**. Al respecto, el Consejo de Estado ha precisado que:

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste*”[[12]](#footnote-12).*

En otra oportunidad el Honorable Consejo de Estado adujo que:

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

“Por otra parte, es necesario tener en cuenta que en todos los casos, se debe acreditar la relación de causalidad entre la actuación de la entidad demandada y el daño antijurídico por el que se reclama indemnización de perjuicios, sin que sea suficiente para ello con probar la sola relación o contacto que hubo entre aquella y el paciente, ya que la responsabilidad sólo surge en la medida en que se acredite que una actuación u omisión de la Administración, fue la causa eficiente del hecho dañoso; y como reiteradamente lo ha sostenido la jurisprudencia, **el nexo causal no se presume, debe aparecer debidamente probado** (…)

Vale señalar que, en materia de responsabilidad estatal, el asunto no puede ser resuelto con la sola constatación de la intervención causal de la actuación médica, sino que esa actuación debe ser constitutiva de una falla del servicio y ser ésta su causa eficiente. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, **sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo** (…)”(Negrilla por fuera del texto original).

En esa misma línea, la doctrina ha señalado que la carga probatoria en materia de responsabilidad recae de manera preponderante en la parte actora, así:

En la responsabilidad civil existen dos nexos causales: primero, entre la culpa y el hecho, y el segundo, entre el hecho y el daño. Si no hay nexo causal entre la culpa y el hecho, hay causa extraña. Si no hay nexo causal entre el hecho y el daño, este es indirecto.

Para que exista responsabilidad civil subjetiva, bien sea contractual o extracontractual, se requieren cuatro elementos: culpa, hecho, daño y nexo causal. En el caso de la responsabilidad civil objetiva, se necesitan tres elementos: hecho, daño y nexo causal[[13]](#footnote-13)” [subraya y negrilla fuera del texto original].

En definitiva, el nexo causal no se encuentra debidamente estructurado en el presente caso, ya que la atención médica brindada se ajustó a todos los parámetros científicos y legales aplicables, cumpliendo con los estándares de *la lex artis.* En este sentido, al no existir un vínculo causal directo que conecte las actuaciones del personal médico con el daño moral alegado por los demandantes, las pretensiones de la demanda deben ser desestimadas.

No se han configurado los elementos necesarios para establecer responsabilidad alguna por parte de EPS SANITAS S.A. La falta de evidencia que demuestre la existencia de un daño atribuible a la actuación del personal de salud refuerza la conclusión de que no hay fundamento para exigir indemnización. Por lo tanto, se reitera que la atención médica proporcionada fue adecuada y que no se puede responsabilizar a la E.P.S. SANITAS S.A. por daños alegados en este caso.

1. **INEXISTENCIA DE LA PERDIDA DE OPORTUNIDAD ALEGADA POR LA ACCIONANTE**

Para que se configure la pérdida de oportunidad, es necesario demostrar que la presunta omisión o falla en la prestación del servicio de salud privó a la paciente de una posibilidad real y significativa de obtener un mejor resultado en su estado de salud o recuperación. En el presente caso, no se ha acreditado que la atención médica recibida por la señora María del Carmen Alarcón haya sido inadecuada o insuficiente, ni que haya existido un daño derivado de una falla en el servicio que haya comprometido su evolución clínica.

El traslado a otra IPS no significaba que la paciente fuera a mejorar, ya que no existe prueba alguna que lo sustente. Por el contrario, de los registros médicos se evidencia que la paciente recibió la atención conforme a los protocolos establecidos y de acuerdo con los recursos disponibles en el momento de los hechos. En este caso, no se ha demostrado que existiera un tratamiento alternativo o una intervención médica que, de haber sido realizada, hubiera mejorado sustancialmente su pronóstico o evitado un desenlace adverso. En este sentido, la alegación de que el cambio de institución habría generado un resultado distinto carece de fundamento, pues no hay elementos que permitan concluir que la atención brindada fue inadecuada o que se omitió algún procedimiento esencial para la evolución clínica de la paciente.

Adicionalmente, el contexto en el que ocurrieron los hechos es relevante para descartar la configuración de la pérdida de oportunidad. Durante la emergencia sanitaria por COVID-19, el sistema de salud enfrentó una crisis sin precedentes, con una alta demanda de servicios médicos y una disponibilidad limitada de recursos asistenciales. En este escenario, no se puede concluir que la atención prestada haya sido deficiente o que la paciente haya sido privada de una posibilidad real de obtener un mejor resultado en su salud.

En este sentido, el Consejo de Estado ha expresado que:

Con el fin de precisar los de la noción de “pérdida de oportunidad” conviene identificar con la mayor claridad posible sus límites: así, de un lado, en caso de que el “chance” constituya en realidad una posibilidad muy vaga y genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual que no resulta indemnizable y, de otro lado, no puede perderse de vista que lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen rubros distintos del daño. En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso.[[14]](#footnote-14)

En el presente caso, la aplicación del concepto de pérdida de oportunidad, conforme a la interpretación jurisprudencial citada, permite concluir que no se cumplen los elementos necesarios para su configuración.

En primer lugar, la jurisprudencia establece que cuando la oportunidad es meramente hipotética o eventual, el daño no es indemnizable. En este caso, no se ha demostrado que la atención médica brindada a la paciente María del Carmen Alarcón haya privado de una posibilidad real y significativa de obtener un mejor resultado en su estado de salud. La supuesta oportunidad perdida no es concreta ni determinante, sino que se basa en una expectativa incierta, lo que la ubica en el ámbito de lo hipotético. En segundo lugar, la pérdida de oportunidad implica la frustración de probabilidades sustantivas de alcanzar un resultado esperado, no la pérdida del resultado en sí mismo. Sin embargo, en este caso, no existe evidencia que permita concluir que la paciente habría tenido una evolución distinta si se hubiera actuado de otra manera, especialmente en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19, donde los recursos eran limitados y el sistema de salud estaba colapsado. En todo caso, debe observarse que no hay prueba de que si se hubiese realizado un traslado a una IPS de mayor complejidad, en un menor tiempo posible, no hubiese ocurrido en este caso el deceso de la paciente.

Del mismo modo, el criterio jurisprudencial subraya que la oportunidad perdida debe representar un valor económico incuestionable y ser proporcional a la probabilidad de éxito que se tenía. En este caso, no se ha acreditado que la paciente tenía una alta probabilidad de obtener un beneficio concreto que haya sido frustrado por la atención médica brindada.

Por lo tanto, no se cumplen los requisitos esenciales para configurar la pérdida de oportunidad, ya que no se ha demostrado que una acción distinta por parte del personal médico hubiera cambiado sustancialmente la evolución del caso, ni que la atención prestada haya sido insuficiente o inadecuada. En consecuencia, no es posible atribuir responsabilidad con base en este concepto.

1. **DESATENCIÓN DEL RÉGIMEN PROBATORIO Y JURÍDICO IMPERANTE EN ASUNTOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA – INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE PROBAR EL ERROR MÉDICO POR LA PARTE DEMANDANTE.**

En este caso, se evidencia que los demandantes, a pesar de las afirmaciones presentadas en su escrito de demanda, no aportaron pruebas que respalden la presunta falla en la prestación del servicio de salud a la señora María del Carmen Alarcón. Alegan que hubo una atención deficiente por parte del personal médico de la entidad demandada, lo que habría ocasionado su fallecimiento. Sin embargo, en el expediente no obra prueba alguna que sustente dichas afirmaciones.

Por el contrario, la atención brindada a la paciente fue adecuada conforme a su sintomatología. Desde su ingreso a la E.P.S. SANITAS S.A. en Puente Aranda, y de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba, se le proporcionó tratamiento inmediato como posible paciente de COVID-19, ya que sus síntomas coincidían con los de la enfermedad. Es importante recordar que, para la fecha de los hechos, el sistema de salud estaba colapsado debido al alto número de pacientes, lo que representaba un desafío en la prestación de los servicios médicos.

No obstante, la señora María del Carmen Alarcón recibió en todo momento la atención médica requerida, sin que se le negara el servicio ni se le prestara de manera ineficaz o deficiente. Se le realizaron los exámenes correspondientes y se le brindó el tratamiento necesario para garantizar su mejoría, cumpliendo con los protocolos médicos establecidos. Entonces, no se cuenta con un criterio sólido que permita establecer que la E.P.S. SANITAS S.A. incurrió en una prestación indebida del servicio que pudiera dar lugar a una falla en la atención brindada. Del mismo modo, no existe prueba alguna que demuestre el nexo de causalidad que vincule el daño alegado por los accionantes con la entidad asegurada.

Después de revisar detenidamente lo expuesto y respaldado en el libelo introductorio que dio origen a este proceso, se evidencia que la parte actora no cumplió con su carga probatoria al no demostrar de manera clara la existencia de un error médico que haya ocasionado los daños alegados en la demanda. Contrario a ello, lo que se desprende de las pruebas presentadas, especialmente de las historias clínicas, es que el personal médico de la E.P.S. SANITAS S.A. gestionó de manera adecuada y diligente todos los procedimientos administrativos y médicos necesarios para brindar al paciente una atención de alta calidad

En el caso en estudio se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por los demandantes, de acuerdo con la naturaleza de la prestación del servicio médico con miras a imputar la responsabilidad de la institución médica atacada, la jurisprudencia reitera este deber en la sentencia 174 del 13 de septiembre de 2002 proferida por la Corte Constitucional, en los siguientes términos:

… entonces el médico asume acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría y si el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente que le causa un específico, **este debe con sujeción este acuerdo demostrar en línea de principio el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o en su caso de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización** correspondiente cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, claro, excepto el caso excepcional de la presunción de culpa que con estricto apego al contenido del contrato pueda darse como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado.[[15]](#footnote-15)” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En consecuencia, se desconoce por completo el deber legal de probar lo que se pretende, conforme al criterio establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, que impone la obligación de acreditar los supuestos de hecho que sustentan el efecto jurídico buscado en la demanda. Dado que no existe prueba del error médico, las pretensiones están destinadas al fracaso.

No basta con afirmar la ocurrencia del hecho objeto de reproche médico, el cual es totalmente difuso en este caso; es necesario probar tanto el hecho en cuestión como el suceso atribuible a error, negligencia o impericia del o los galenos para que pueda existir responsabilidad de la parte demandada. Al no cumplirse este requisito por parte de la parte actora, sus pretensiones no pueden prosperar. Por lo tanto, se solicita respetuosamente al señor juez que declare la prosperidad de la presente excepción y niegue la totalidad de las peticiones formuladas en la demanda por la parte actora.

1. **EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE APAREJA EL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.**

Es importante advertir que, en relación con el paciente, el médico contrae, por regla general, una obligación de medios y no de resultado. Esto implica que su obligación se centra en aplicar su conocimiento y proceder diligentemente en favor de la salud del paciente, cumpliendo con las conductas que cualquier otro profesional de la medicina emplearía en circunstancias similares. En este sentido, el fracaso del tratamiento o la falta de éxito no puede interpretarse como un incumplimiento por parte del médico.

En el presente caso, es evidente que los médicos tratantes de la E.P.S. SANITAS S.A. brindaron a la señora María del Carmen Alarcón una atención adecuada, diligente y oportuna. Desde la manifestación de sus síntomas, recibió atención domiciliaria, en la que se identificaron signos de alerta que motivaron la realización de estudios y la remisión a un centro médico.

Posteriormente, al ingresar presencialmente a la institución de salud, se le practicaron los exámenes correspondientes y se inició el tratamiento adecuado según su sintomatología, incluyendo oxigenoterapia y aislamiento por sospecha de COVID-19. A medida que su estado evolucionó, se intensificaron las medidas médicas, se gestionó su hospitalización y se procuró su remisión a una unidad de cuidados intensivos, sin éxito inmediato debido a la alta ocupación hospitalaria en el contexto de la emergencia sanitaria. A pesar de los esfuerzos médicos y administrativos para garantizar la mejor atención posible dentro de las limitaciones del sistema de salud en ese momento, lamentablemente la paciente sufrió un deterioro crítico que derivó en su fallecimiento. No obstante, no se evidencia una falla en la prestación del servicio médico, ya que se actuó conforme a los protocolos clínicos y la *lex artis ad hoc.*

En ese sentido, se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia del 1 de diciembre de 2011, expediente 05001-3103-008-1999-00797-01, que en lo pertinente indicó:

(…) 5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la “obligación del médico” es por:

“regla general de “medio”, y en esa medida “(…) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”, y en el tema de la “culpa” se comentó: “(…) **la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad.** (…) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (…)”

Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. **Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigorosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.** (…)” (Negrillas fuera del texto original)

Del mismo modo, la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil se pronunció sobre las reglas de la valoración de las pruebas en la sentencia del 22 de julio de 2010 Radicado No. 20000004201 con ponencia del Magistrado Dr. Octavio Munar Cadena e indicó que la prestación de los servicios médicos necesariamente genera diversas obligaciones a los médicos, sin embargo, su responsabilidad civil se configura cuando de su actuación surge un daño mediado por la culpa probada, la cual corresponde demostrar al demandante, sin que sea admisible presunción alguna. En la sentencia del 15 de febrero de 2014 de radicación No. 11001310303420060005201 la Sala de casación civil de la corte Suprema de justicia en ponencia de la Dra. Margarita Cabello Blanco reiteró las reglas anteriormente señaladas y concluyó que**: (i) la responsabilidad médica se deriva de la culpa probada; (ii) todas las partes del proceso deben asumir el compromiso de brindar todas las pruebas atendiendo a la posibilidad real de hacerlo.**

Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el art. 26 de la Ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

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

Por lo anterior, no existe un criterio de fuerza que logre establecer que en efecto la E.P.S. SANITAS S.A., incurrió en una prestación indebida del servicio médico y que en efecto diera lugar al daño alegado por la accionante. Del mismo modo, no existe prueba dentro del plenario sobre el nexo de causalidad que vincule a la E.P.S. el daño alegado por los accionantes con la entidad asegurada.

1. **IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS MORALES TODA VEZ QUE NO EXISTIÓ NI SE PROBÓ LA FALLA DEL SERVICIO ALEGADA**

En el presente caso, la pretensión de ordenar el pago de 400 SMLMV por concepto de perjuicios morales carece de fundamento, toda vez que no se ha demostrado la existencia de una falla en el servicio por parte de E.P.S. SANITAS S.A.S. que justifique dicha indemnización. La parte demandante fundamenta su reclamación en la presunta negligencia médica y en una deficiente atención a la señora María del Carmen Alarcón. Sin embargo, no obra en el expediente prueba suficiente que permita acreditar tales afirmaciones.

En primer lugar, el perjuicio moral solo procede cuando se acredita un daño antijurídico imputable a la entidad demandada. En este caso, no se ha probado que la atención médica brindada a la señora María del Carmen Alarcón haya sido deficiente o negligente. Por el contrario, quedó demostrado que la paciente recibió atención oportuna, con los procedimientos clínicos adecuados conforme a su sintomatología y bajo los protocolos vigentes en el contexto de la pandemia por COVID-19. En este orden de ideas, no es posible atribuir responsabilidad a E.P.S. SANITAS S.A.S. por un desenlace fatal derivado de las condiciones clínicas preexistentes de la paciente y la coyuntura sanitaria que enfrentaba el sistema de salud en ese momento.

Por lo tanto, al no haberse acreditado la falla en el servicio ni la relación de causalidad entre la atención médica y el fallecimiento de la señora María del Carmen Alarcón, la pretensión indemnizatoria carece de fundamento jurídico y debe ser desestimada. De acuerdo con el material probatorio allegado al proceso, la paciente recibió atención médica de manera oportuna y conforme a los protocolos establecidos, considerando su sintomatología y el contexto sanitario vigente en el momento de su atención. Desde su primera valoración, se realizaron estudios diagnósticos, se inició el tratamiento adecuado y se gestionó su hospitalización, con la respectiva remisión a una unidad de cuidados intensivos cuando su estado lo requirió.

Para que proceda el reconocimiento de perjuicios morales en el marco de la responsabilidad del Estado o de un prestador del servicio de salud, es indispensable acreditar la existencia de un daño antijurídico, así como el nexo causal entre la conducta de la entidad y el perjuicio alegado. En este caso, no se probó que la E.P.S. SANITAS S.A. haya incurrido en una falla en la prestación del servicio, ni que su actuar haya causado de manera directa el fallecimiento de la paciente. Por el contrario, se evidencia que se brindó atención con apego a la lex artis ad hoc y dentro de las limitaciones del sistema de salud en ese momento. En consecuencia, al no configurarse una falla del servicio, ni acreditarse el nexo causal entre la conducta de la entidad y el perjuicio alegado, no hay lugar al reconocimiento de perjuicios morales en favor de la parte demandante.

Así pues, frente a los perjuicios morales solicitados en el libelo de la demanda, es preciso señalar que el Honorable Consejo de Estado, mediante Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales. En lo atinente al daño moral, el tribunal de cierre en materia contencioso-administrativa indicó:

Procede la Sala a unificar la jurisprudencia en materia de reparación de perjuicios inmateriales; lo anterior, por cuanto la Sección considera necesario y oportuno determinar los criterios generales que se deben tener en cuenta para la liquidación del mencionado perjuicio. (..) Así las cosas, tenemos que el concepto de perjuicio moral se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo. En consecuencia, para la reparación del perjuicio moral en caso de muerte se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así: Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio de 100 SMLMV. Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio. Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio. Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio. Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio. (…) Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva. (…) En casos excepcionales, como los de graves violaciones a los derechos humanos, entre otros, podrá otorgarse una indemnización mayor de la señalada en todos los eventos anteriores, cuando existan circunstancias debidamente probadas de una mayor intensidad y gravedad del daño moral, sin que en tales casos el monto total de la indemnización pueda superar el triple de los montos indemnizatorios antes señalados. Este quantum deberá motivarse por el juez y ser proporcional a la intensidad del daño[[16]](#footnote-16).

Por lo anterior, 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. Cada una de las personas que integran la parte actora solicita el reconocimiento de esta tipología de perjuicio, sin que se acredite por los medios idóneos que efectivamente han experimentado un daño que justifique la magnitud de las sumas reclamadas.

Es importante destacar que la cuantificación de los perjuicios morales debe basarse en criterios objetivos y razonables, lo que incluye la consideración de factores como la naturaleza del daño, su duración, las circunstancias que lo rodean y su impacto en la vida de los afectados. Sin embargo, en este caso, la parte demandante no ha proporcionado evidencia suficiente que respalde sus alegaciones, lo que pone de manifiesto la falta de fundamento de sus pretensiones.

Por lo anterior, el Consejo de Estado, mediante sentencia del 20 de octubre de 2014[[17]](#footnote-17), estableció lo siguiente:

Toda reparación, parte de la necesidad de verificar la materialización de una lesión a un bien o interés jurídico tutelado (daño antijurídico), o una violación a un derecho que, consecuencialmente, implica la concreción de un daño que, igualmente, debe ser valorado como antijurídico dado el origen de este (una violación a un postulado normativo preponderante”).

Desde cualquier punto de vista es evidente el ánimo especulativo y la errónea tasación de los perjuicios, en tanto los mismos resultan exorbitantes. Lo anterior, como quiera que se pone de presente que la parte demandante pretende el reconocimiento de los topes máximos indemnizatorios fijados por el Consejo de Estado sin que se encuentren acreditados los presupuestos para su reconocimiento. Lo cual evidencia que la tasación de los daños morales solicitados por los demandantes es improcedente En consecuencia, deberá desestimarse la infundada tasación de perjuicios propuesta por el extremo actor ante la ausencia de prueba de la extensión del perjuicio pretendido.

1. **GENÉRICA O INNOMINADA**

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo del extremo pasivo de la *litis* y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**CAPÍTULO V.**

**CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA E.P.S. SANITAS S.A.**

1. **FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**AL HECHO PRIMERO:** Es cierto, se evidencia con la nota de reparto expedida dentro del proceso y la notificación personal de la demanda a las entidades accionadas.

**AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto, se evidencia con la nota de reparto expedida dentro del proceso.

**AL HECHO TERCERO:** Es cierto.

**AL HECHO CUARTO:** Es cierto, se evidencia con el acta que se anexó como prueba dentro del plenario.

**AL HECHO QUINTO:** Es cierto. LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. suscribió el contrato de seguro bajo la modalidad *claims made* con E.P.S. SANITAS, en el que se expidió la Póliza No. AA195705 y los anexos que se relacionan a continuación:

* La póliza AA195705-AA612539 tuvo una vigencia desde el 30 de agosto de 2019 hasta el 30 de agosto de 2020.
* La póliza AA195705-AA885824 tuvo una vigencia desde el 21 de febrero de 2020 hasta el 30 de agosto de 2020.
* La póliza AA195705-AA879171 tuvo una vigencia desde el 30 de agosto de 2020 hasta el 14 de septiembre de 2020.
* La póliza AA195705-AA576878 tuvo una vigencia desde el 14 de septiembre de 2020 hasta el 14 de septiembre de 2021.
* La póliza AA195705-AA810302 tuvo una vigencia desde el 14 de septiembre de 2021 hasta el 22 de septiembre de 2021.
* La póliza AA195705-AA810910 tuvo una vigencia desde el 22 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2021.
* La póliza AA195705-AA811422 tuvo una vigencia desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2022.

Según lo señalado por la entidad en su llamamiento, estas pólizas cubren la responsabilidad civil institucional ante una posible condena, de acuerdo con el vínculo contractual y los montos de cobertura convenidos, los cuales, eventualmente, abarcaría las pretensiones reclamadas en la demanda.

**AL HECHO SEXTO:** Es cierto, según los documentos aportados por E.P.S. SANITAS S.A. en el escrito de llamamiento. No obstante, esto no implica la procedencia automática de los amparos contemplados en el contrato de seguro. Es fundamental precisar que la presentación de una reclamación o su respectivo aviso no obliga a la aseguradora a hacer efectivos dichos amparos. Para ello, es necesario verificar rigurosamente el cumplimiento de todas las condiciones contractuales, lo que daría lugar a la obligación jurídica correspondiente. En este caso, dicha situación no se configuró, pues se materializaron las exclusiones establecidas en el contrato de seguro.

**AL HECHO SÉPTIMO:** Es cierto, según los documentos aportados por E.P.S. SANITAS S.A. en el escrito de llamamiento. No obstante, esto no implica la procedencia automática de los amparos contemplados en el contrato de seguro. La creación del siniestro y la apertura del caso constituyen un procedimiento meramente administrativo destinado al seguimiento de las solicitudes, sin que ello implique la asunción de responsabilidad por parte de la aseguradora ni la obligación de hacer efectivo el amparo pactado en el contrato. Para ello, es necesario verificar rigurosamente el cumplimiento de todas las condiciones contractuales, lo que daría lugar a la obligación jurídica correspondiente. En este caso, dicha situación no se configuró, pues se materializaron las exclusiones establecidas en el contrato de seguro.

**AL HECHO OCTAVO:** Es parcialmente cierto. Si bien la entidad figura como asegurada en el contrato de seguro, la modalidad aplicada y la fecha de retroactividad no son elementos suficientes para determinar que tiene derecho a la efectividad de los amparos contenidos en la póliza. Para ello, es imprescindible verificar rigurosamente el cumplimiento de todas las condiciones contractuales, lo que daría lugar a la obligación jurídica correspondiente. En este caso, dicha situación no se configuró, pues se materializaron las exclusiones establecidas en el contrato de seguro.

**AL HECHO NOVENO:** No se trata de un hecho, sino de una interpretación sobre la modalidad *claims made* del contrato de seguro. Corresponde al juez determinar de manera directa si se cumplen los criterios para hacer efectivos los amparos. No obstante, se reitera que, en este caso, se materializaron las exclusiones contempladas en el contrato de seguro.

**AL HECHO DECIMO:** No se trata de un hecho, sino de un argumento sobre la procedencia del llamamiento, el cual ya ha sido definido por el juez. De igual manera, la determinación sobre la efectividad de la póliza invocada en este caso deberá ser analizada en detalle por el juzgador, considerando que se materializaron las exclusiones establecidas en el contrato de seguro.

1. **OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

Frente a las pretensiones del llamamiento en garantía, me opongo a que se atribuya responsabilidad a la compañía de seguros que represento, dado que las pólizas que se pretende hacer efectivas no cuentan con cobertura aplicable en este caso. Esto se debe a que se han materializado las exclusiones expresamente contempladas en el contrato de seguro.

En consecuencia, solicito al despacho que, al evaluar la relación sustancial entre mi representada y el llamante, se consideren los límites y coberturas pactadas, así como las condiciones particulares y generales de la póliza y las disposiciones legales aplicables al contrato de seguro. Además, debe analizarse si los hechos invocados exceden el ámbito de amparo de la póliza, si no se ha demostrado la materialización del riesgo asegurado o si concurre alguna causal de exclusión que limite o excluya la cobertura.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA –** Es una etapa procesal que fue surtida por el despacho y fue admitido el llamamiento, por tal motivo se presenta está contestación de al demanda y al llamamiento en garantía efectuado.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA -** Nos oponemos a esta pretensión, dado que en este caso no se materializó el riesgo asegurado. Además, la entidad asegurada incurrió en conductas expresamente excluidas en el contrato de seguro, lo que impide la procedencia de la cobertura solicitada. En consecuencia, no existen fundamentos jurídicos para hacer efectivos los amparos previstos en la póliza.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA -** Nos oponemos a esta pretensión, dado que en este caso no se materializó el riesgo asegurado. Por lo tanto no nacieron a la vida jurídica las obligaciones de la aseguradora establecidas dentro del contrato. Además, la entidad asegurada incurrió en conductas expresamente excluidas en el contrato de seguro, lo que impide la procedencia de la cobertura solicitada. En consecuencia, no existen fundamentos jurídicos para hacer efectivos los amparos previstos en la póliza.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA -** Nos oponemos a esta pretensión, toda vez que no se cumplen los requisitos para hacer efectiva la póliza invocada. En este caso, no se materializó el riesgo asegurado y, además, se configuraron exclusiones expresamente establecidas en el contrato de seguro. Por lo tanto, no existe fundamento jurídico para que la sociedad llamada en garantía deba reembolsar a EPS SANITAS S.A.S. las sumas que esta deba pagar en virtud de la sentencia que decida el proceso de referencia**.**

**FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA -** Nos oponemos a esta pretensión, teniendo en cuenta que la E.P.S. SANITAS S.A. fue la entidad que se expuso al riesgo del presente proceso jurídico y no le corresponde a la aseguradora cubrir los gastos de defensa. En primer lugar, porque los mismos no corresponden al contrato de seguro y por otro lado, por que en este caso no se cumplen los requisitos para hacer efectiva la póliza invocada. En este caso, no se materializó el riesgo asegurado y, además, se configuraron exclusiones expresamente establecidas en el contrato de seguro. Por lo tanto, no existe fundamento jurídico para que la sociedad llamada en garantía deba reembolsar a EPS SANITAS S.A.S. las sumas que esta deba pagar en virtud de la sentencia que decida el proceso de referencia**.**

1. **EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**
2. **FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA AA195705 Y SUS ANEXOS -AA612539, AA885824, AA879171, AA576878, AA810302, AA810910.**

La Póliza No. AA195705 y sus anexos fueron expedidos bajo la modalidad *claims made*. Sin embargo, los anexos emitidos mediante las facturas No. AA612539, AA885824, AA879171, AA576878, AA810302 y AA810910 no cuentan con cobertura, ya que, aunque estuvieron vigentes durante el periodo de retroactividad en el momento en que ocurrieron los hechos, la primera reclamación a la entidad asegurada —es decir, la solicitud de conciliación— se realizó fuera del periodo de vigencia de dichos anexos.

En este caso se puede observar que la vigencia de las Póliza No. AA195705, en sus anexos expedidos bajo las facturas **AA612539, AA885824, AA879171, AA576878, AA810302** y  **AA810910,** fueron los siguientes:

* La póliza AA195705-AA612539 tuvo una vigencia desde el 30 de agosto de 2019 hasta el 30 de agosto de 2020.
* La póliza AA195705-AA885824 tuvo una vigencia desde el 21 de febrero de 2020 hasta el 30 de agosto de 2020.
* La póliza AA195705-AA879171 tuvo una vigencia desde el 30 de agosto de 2020 hasta el 14 de septiembre de 2020.
* La póliza AA195705-AA576878 tuvo una vigencia desde el 14 de septiembre de 2020 hasta el 14 de septiembre de 2021.
* La póliza AA195705-AA810302 tuvo una vigencia desde el 14 de septiembre de 2021 hasta el 22 de septiembre de 2021.
* La póliza AA195705-AA810910 tuvo una vigencia desde el 22 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2021.

AA885824, AA879171, AA576878, AA810302 y AA810910. Sin embargo, los hechos ocurrieron el 9 de julio de 2020, mientras que la solicitud de conciliación, considerada la primera reclamación a la entidad asegurada, se presentó el 14 de junio de 2022, es decir, fuera del periodo de vigencia de dichos certificados. Dado que la póliza fue expedida bajo la modalidad *claims made*, la cobertura solo aplica si tanto la ocurrencia del hecho generador del daño como la presentación de la reclamación se encuentran dentro del periodo de vigencia de la póliza o de sus respectivos anexos. En este caso, al haberse presentado la reclamación fuera de dicho periodo, no es posible hacer efectiva la cobertura contenida en los certificados mencionados.

En este sentido, el articulo 4 de la Ley 389 de 1997 establece lo siguiente:

**ARTÍCULO 4º.**En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años.

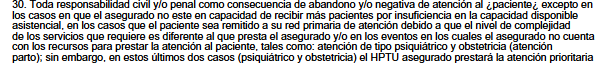
**PARÁGRAFO.** El Gobierno Nacional, por razones de interés general, podrá extender lo dispuesto en el presente artículo a otros ramos de seguros que así lo ameriten.

Por consiguiente, el hecho no se encuentra amparado por la póliza, ya que la vigencia establecida en el contrato no abarca la fecha en la que se efectuó la reclamación. En este sentido, la póliza excluye la cobertura en este caso al no cumplirse con el límite temporal, lo que debe quedar claramente asentado ante el despacho para evitar contraveniencias sobre el alcance del seguro y asegurar el respeto de los términos acordados contractualmente.

1. **FALTA DE COBERTURA MATERIAL Y, POR CONSIGUIENTE, DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA LA PÓLIZA N° AA195705, FACTURA No. AA811422, POR CUANTO SE MATERIALIZARON LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO.**

En este caso, la Póliza No. AA195705-AA811422 estuvo vigente desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2022. No obstante, en este caso la misma no cuenta con cobertura para hacerse efectivo dentro del caso en concreto, toda vez que se han materializado las exclusiones contendidas en el contrato de seguro. Es importante señalar que en esta situación se configura expresamente la exclusión contenida en el numeral 30 del respectivo acápite, el cual establece:





En el presente caso, se materializó la exclusión establecida en el numeral 30 de la póliza, dado que la reclamación se fundamenta en una supuesta responsabilidad derivada de la negativa de atención al paciente. No obstante, dicha exclusión aplica en situaciones donde el asegurado no pueda recibir más pacientes debido a la insuficiencia en la capacidad asistencial disponible, cuando el paciente sea remitido a su red primaria de atención por la complejidad de los servicios requeridos o cuando el asegurado no cuente con los recursos necesarios para prestar la atención correspondiente, como en casos de atención psiquiátrica y obstétrica.

Es importante resaltar que, para la fecha de los hechos (9 de julio de 2020), el país atravesaba una crisis sanitaria sin precedentes debido a la pandemia de COVID-19. La emergencia sanitaria

provocó un colapso en el sistema de salud, generando una sobrecarga en la capacidad hospitalaria y en los servicios médicos. En este contexto, las instituciones de salud, incluidas aquellas aseguradas bajo la póliza en cuestión, enfrentaron limitaciones significativas en la disponibilidad de recursos, personal médico e infraestructura hospitalaria, lo que afectó su capacidad de respuesta ante la demanda de atención.

Adicionalmente, se tiene conocimiento de que, en una ocasión, una de las enfermeras se negó a atender a la paciente en mención debido al temor de contagiarse con COVID-19. Este tipo de acciones, aunque desafortunadas, se enmarcan dentro de la exclusión estipulada en la póliza, ya que evidencian que la negativa de atención no se debió a una omisión arbitraria o injustificada, sino a la falta de condiciones adecuadas para prestar la asistencia requerida en un contexto de crisis sanitaria. En consecuencia, al haberse configurado las causales de exclusión, no es posible hacer efectiva la cobertura reclamada.

Del mismo modo, es fundamental señalar que no existe evidencia suficiente que acredite de manera clara y contundente la existencia de un daño o una falla en la prestación del servicio de salud por parte del asegurado. Para que una reclamación de este tipo prospere, es necesario demostrar que hubo una omisión, negligencia o deficiencia en la atención brindada, lo cual no ha sido debidamente acreditado en el presente caso. En ausencia de pruebas fehacientes que demuestren la responsabilidad del asegurado en los hechos alegados, no es posible hacer efectivas las pólizas en mención, ya que no se configura el supuesto necesario para activar la cobertura.

1. **NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO LA PÓLIZA N° AA195705 Y SUS ANEXOS.**

Debe señalarse que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en relación con la Póliza No. **AA195705 y sus anexos**, ya que no se ha configurado el riesgo asegurado ni se ha materializado el hecho dañoso contemplado en dicha póliza. Esto se debe a que los hechos en litigio corresponden a la solicitud de reconocimiento e indemnización de un perjuicio inmaterial inexistente, dado que la E.P.S. SANITAS S.A. no incurrió en ninguna acción u omisión que sustente una falla en la prestación del servicio médico, como lo alegan los demandantes.

Como se ha expuesto anteriormente, no se ha acreditado la existencia de un daño, y mucho menos que este persista. Por el contrario, los hechos relatados por la demandante demuestran que el hospital proporcionó una atención médica adecuada y conforme a sus necesidades. Entonces, no se ha demostrado que haya existido una falla en la prestación del servicio que pueda generar responsabilidad alguna. La institución actuó dentro de los protocolos establecidos y de acuerdo con los recursos disponibles en el momento de los hechos. En consecuencia, no es posible hacer efectivas las pólizas en mención, ya que no se configura un supuesto que active la cobertura asegurada.

En consonancia con lo anterior el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

“**ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO**. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

Así las cosas, no ha nacido la obligación condicional en cabeza de mi mandante, puesto que no se evidenció falla médica atribuible a la E.P.S. SANITAS S.A. La atención a la accionante fue realizada de manera oportuna y diligente. En consecuencia, no se configuró el riesgo asegurado, ya que no hubo falla en el servicio médico y en gracia de discusión pese a que se acredite la falla en el servicio dicho riesgo no fue trasladado a mi representada, por lo que dicho riesgo no estaría cubierto.

En conclusión, la prestación del servicio de salud por parte de la E.P.S. SANITAS S.A. fue conforme a los estándares médicos. Dado que no existe responsabilidad imputable a la E.S.E., no ha surgido la obligación condicional del asegurador, ya que el riesgo asegurado no se materializó por cuanto no se encuentra amparado. Por tanto, al no demostrarse una falla en el servicio médico y no haberse concretado ningún riesgo relacionado con los amparos de predios, labores y operaciones, no surge obligación alguna a cargo de mi representada.

1. **LÍMITE DE COBERTURA: IMPOSIBILIDAD DE EXCEDER EL VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA No. AA195705 Y SUS ANEXOS.**

En el remoto e improbable evento en que el despacho considere que sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.,** en virtud de las pólizas vinculadas. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

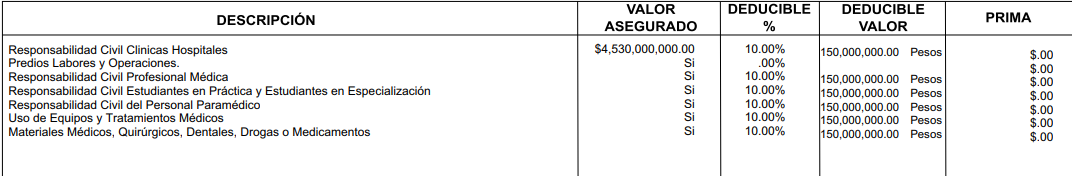
En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio,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

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

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

Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”[[18]](#footnote-18) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

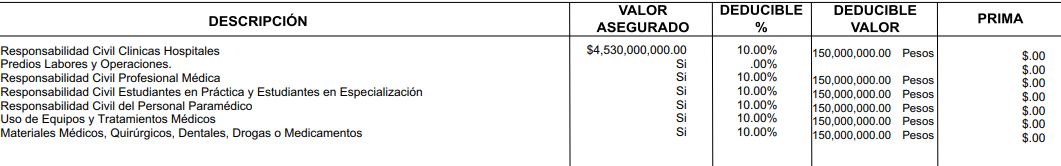


Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al honorable despacho tomar en consideración que, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** no puede ser condenada por un mayor valor que el expresamente establecido en la póliza ante referida. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

1. **EN LA POLIZA No. AA195705 Y SUS ANEXOS SE PACTÓ UN DEDUCIBLE PACTADO.**

Subsidiariamente a los argumentos previamente expuestos, y sin perjuicio de los fundamentos presentados a lo largo de este escrito, sin que ello constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el improbable caso de que el honorable despacho considere que la aseguradora tiene la obligación de realizar algún pago indemnizatorio, resulta esencial que se tengan en cuenta los deducibles pactados en el contrato de seguro correspondiente a la póliza No. AA195705 y sus anexos**.** Dicho deducible, previamente acordados, deberán aplicarse a cualquier monto indemnizatorio en caso de que se determine alguna responsabilidad en contra de mi representada.

Como se evidencia en la imagen adjunta, se estableció un deducible del 10%, con un mínimo de $150.000.000. Estos valores deberán respetarse en caso de que, dentro del presente proceso, se determine que la póliza en cuestión cuenta con cobertura.



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

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

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes[[19]](#footnote-19). (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

En el hipotético caso de que mi representada sea declarada responsable de pagar una indemnización a la parte actora en virtud del contrato de seguro, es de suma importancia que el honorable juzgador tenga en cuenta el deducible pactado en la póliza correspondiente. Como se establece en el contrato, para la Póliza No. **AA195705 y sus anexos,** el deducible es del diez por ciento (10%) del valor de la pérdida y un mínimo por $150.000.000 de pesos, aplicable a los amparos de responsabilidad civil clínicas y hospitales. Por lo tanto, el importe de la indemnización deberá descontar dicha suma, conforme a las condiciones acordadas entre las partes.

1. **CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.**

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

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

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes presentadas en el escrito de demanda, en particular las relacionadas con perjuicios morales, no son procedentes. Su reconocimiento por parte de la E.P.S. SANITAS S.A. implicaría una transgresión del principio indemnizatorio esencial en el contrato de seguro, el cual tiene como objetivo restaurar, pero no enriquecer a la parte demandante. En este caso, otorgar una indemnización por perjuicios morales sería indebido, ya que la E.P.S. no tuvo ninguna relación con los daños morales alegados por los demandantes, lo que resultaría en un enriquecimiento injusto de la parte demandante al recibir una compensación que no corresponde a un hecho imputable a la entidad asegurada.

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

En conclusión, no puede perderse de vista que los contratos de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

# INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y LOS DEMÁS DEMANDADOS INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD EN EL MARCO DEL CONTRATO DE SEGURO.

Esta excepción se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Es importante recabar sobre el particular por cuanto a que la obligación de mí representada la compañía LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. tiene su génesis en 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 responsabilidad civil extracontractual propia de la aseguradora, sino de la que se pudiere atribuir al asegurado conforme lo establecido por el artículo 2341 del Código Civil, por tanto se encuentra frente a dos responsabilidades diferentes a saber: en primer lugar la del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegaré a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de le ley propia. En segundo lugar, 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.

La Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017 Radicación N° 05001-31-03-005-2008- 00497-01 ha indicado que:

“(…) Por último, **la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual**, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (…)” (Subrayas y negrilla fuera de texto)

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**. (…)

En virtud de tal independencia en las obligaciones, se formula esta excepción por cuanto el artículo 1044 del Código de Comercio faculta a la aseguradora proponer al tercero beneficiario las excepciones y exclusiones que pudiere interponerle al asegurado o tomador del contrato de seguro, motivo por el cual puede alegar mí representada la ausencia de cobertura ante la falta de prueba de la ocurrencia y cuantía del siniestro y las exclusiones y demás condiciones que resultaren atribuibles al presente evento.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria que remotamente podría surgir a su cargo está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado.

1. **DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO**

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prohijada.

1. **PAGO POR REEMBOLSO**

Sin que el planteamiento de esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

1. **GENÉRICA O INNOMINADA**

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

**CAPÍITULO VII**

**MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. **DOCUMENTALES:**

* Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. **AA195705 y** sus anexos junto con su condicionado particular y general.

1. **INTERROGATORIO DE PARTE:**

* Comedidamente solicito que se cite a la totalidad de los ciudadanos, en su calidad de demandantes, para que absuelvan el interrogatorio que se les formulará respecto a los hechos de la demanda, de la contestación y, en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Los demandantes podrán ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

1. **TESTIMONIALES**

Con el fin de que declaren sobre los hechos de la demanda y las respuestas proporcionadas en esta contestación, respetuosamente solicito que se reciba el testimonio de las siguientes personas:

* El doctor **León Jairo Suaza Calderón** declarará en su calidad de Jefe Médico de Urgencias de Puente Aranda sobre las condiciones de la atención brindada a la señora **María del Carmen Alarcón**. Durante su declaración, se formularán preguntas adicionales, cuyo derecho a plantearlas se reserva para el momento de su testimonio. El doctor Suaza podrá ser ubicado en la Calle 14 No. 62-04 de Bogotá y su correo electrónico es [**ljsuaza@epssanitas.com**](mailto:ljsuaza@epssanitas.com).
* El doctor **Jhon Alexander Bermúdez Peña**, en su calidad de médico general tratante, rendirá declaración sobre las condiciones en que fue atendida la paciente. Asimismo, se realizarán preguntas adicionales en el transcurso de su testimonio, cuyo derecho a formularlas se reserva para el momento en que sea escuchado. El doctor Bermúdez podrá ser contactado en la Calle 14 No. 62-04 de Bogotá y su correo electrónico es [**notificajudiciales@keralty.com**](mailto:notificajudiciales@keralty.com).
* El doctor **Olvar Ferney Salinas Buitrago**, también en calidad de médico tratante, declarará acerca de la atención brindada a la paciente. De igual manera, se realizarán preguntas complementarias durante su declaración, cuyo derecho a plantearlas se reserva para el momento en que rinda su testimonio. El doctor Salinas podrá ser ubicado en la Calle 14 No. 62-04 de Bogotá y su correo electrónico es [**notificajudiciales@keralty.com**](mailto:notificajudiciales@keralty.com)

**CAPÍTULO VIII: ANEXOS**

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C.
3. Certificado de existencia y representación legal de G Herrera Abogados y Asociados.

**CAPITULO IX: NOTIFICACIONES**

Al suscrito en la Calle 69 N°4-48, Oficina 502 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Del Señor Juez, respetuosamente,

Texto, Pizarra

Descripción generada automáticamente

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

1. Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 313 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero, 17 de julio de 1996, Expediente T-96723. [↑](#footnote-ref-1)
2. Corte Constitucional. Sentencia de tutela. T 398862 de 2001, MP. Dr. Rodrigo Escobar Gil, 05 de abril de 2021, expediente T-398862. [↑](#footnote-ref-2)
3. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997. [↑](#footnote-ref-3)
4. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, C.P Dr. Carlos Betancur Jaramillo, Expediente 9467. Abril 3 de 1997 [↑](#footnote-ref-4)
5. Consejo de Estado. Sección Tercera, sentencia del 13 de julio de 1993, expediente No. 8163. [↑](#footnote-ref-5)
6. Sentencia del 8 de abril de 1998, expediente No. 11837. [↑](#footnote-ref-6)
7. Sentencia del 3 de febrero de 2000. Radicado No. 252859. Sección Tercera del Consejo de Estado. C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez. [↑](#footnote-ref-7)
8. Jean Rivero, Droit Administratif, Précis Dalloz, Paris, décima edición, 1983, p. 286 (Tomado de: “La noción de falla del servicio como violación de un contenido obligacional a cargo de una persona pública en el derecho colombiano y el derecho francés”, HENAO Juan Carlos. [↑](#footnote-ref-8)
9. Sección Tercera, 3 de febrero de 2000, ponente: Hernández Enríquez, expediente 14787. [↑](#footnote-ref-9)
10. El concepto fue esbozado y desarrollado por el profesor Jean Rivero en los siguientes términos: “El juez, para apreciarla [se alude a la falla del servicio], no se refiere a una norma abstracta; para decidir, en cada especie, si hay falta o no, él se pregunta, lo que en ese caso debía esperarse del servicio, teniendo en cuenta de la dificultad más o menos grande de su misión, de las circunstancias de tiempo (períodos de paz, o momentos de crisis), de lugar, de los recursos de que disponía el servicio en personal y en material, etc. [↑](#footnote-ref-10)
11. Consejero Ponente: Enrique Gil Botero, Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010), expediente: 17.172. [↑](#footnote-ref-11)
12. [↑](#footnote-ref-12)
13. ORTIZ GÓMEZ Gerardo “Nexo Causal en la Responsabilidad Civil” en: CASTRO Marcela – Derecho de las Obligaciones Tomo II. Editorial Temis S.A. Bogotá 2010. [↑](#footnote-ref-13)
14. Consejo De Estado Sala De Lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Consejero Ponente: Mauricio Fajardo Gomez Bogotá, D.C., agosto once (11) de dos mil diez (2010). Radicación: 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593). [↑](#footnote-ref-14)
15. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 174. Expediente 6199. Septiembre 13 de 2002. [↑](#footnote-ref-15)
16. CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sala Plena. Rad. 26251 del 28 de agosto de 2014, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. [↑](#footnote-ref-16)
17. Consejo de Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección C, C.P. Dr. Enrique Gil Botero, radicado 05001-23-31-000-2004-04210-01 (40.060). [↑](#footnote-ref-17)
18. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 5952. Diciembre 14 de 2001. [↑](#footnote-ref-18)
19. Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 016118318-001. Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual. Deducible. Noviembre 29 de 2016. [↑](#footnote-ref-19)