

Señores:

JUZGADO CUARTO (4º) ADMINISTRATIVO DE PASTO, NARIÑO.

E. S. D.

RADICACIÓN: 52001-33-33-004-2020-00030-00.
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA.
DEMANDANTES: CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ Y OTROS.
DEMANDADO: PROINSALUD Y OTROS.
LLAMADO EN GTÍA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD C.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, D.C., abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, identificada con el NIT. No. 860.524.654 - 6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar los correspondientes **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**, solicitando desde ya, se profiera SENTENCIA FAVORABLE a los intereses de mi representada, desestimando las pretensiones de la parte actora y declarando probadas las excepciones propuestas por mí defendida en su debida oportunidad, lo anterior, por cuanto no se demostró la responsabilidad administrativa que se pretende endilgar a los demandados, en especial al **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E**, y mucho menos a mí prohijada, con fundamento en los argumentos que concretaré en los acápites siguientes.

Para el efecto señalado, procederé en primer lugar a referirme sobre la responsabilidad que pretendió endilgarse al extremo pasivo a la luz del material probatorio allegado al plenario, el cual, desde ya advierto, no logró acreditar la concurrencia de los elementos sobre los cuales sería posible erigir dicha responsabilidad; y, en segundo lugar, me pronunciaré respecto a lo probado en cuanto al llamamiento en garantía formulado a mi procurada, arguyendo que en virtud del mismo, no es posible declararlo responsable administrativamente.

OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR ALEGATOS

De conformidad con lo establecido en el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011 y con el auto notificado en estrados en la audiencia de pruebas llevada a cabo el 12 de junio de 2024, en donde se corrió traslado para alegatos de conclusión, el término común para que las partes presenten los mismos es de diez (10) días. Este término comenzó a correr desde el 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25 y finaliza el **26** de junio de la anualidad.

I. ANÁLISIS PROBATORIO FRENTE A LA DEMANDA

1. LA PARTE ACTORA NO LOGRÓ ACREDITAR EL NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA CONDUCTA DEL CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E, Y EL DAÑO ANTIJURÍDICO.

La parte actora no logró demostrar que la muerte del hijo de la señora CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ, acaeciera por una falla en la prestación del servicio de salud dispensado por el

CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E, ni mucho menos que el deceso del neonato se debiera a la no atención de un nivel superior, todo lo contrario, las pruebas que militan en el *dossier* permiten advertir que el lamentable fallecimiento se debió a la patología que padecía la paciente.

Es menester precisar sobre lo que resultó probado a lo largo del proceso en aras de establecer contundentemente la ausencia de responsabilidad que se pretende atribuir al extremo pasivo. Como primera medida, con la historia clínica obrante en el plenario, se demostró que la atención médica brindada a la señora **CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ**, se surtió en el **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E**, siendo evidente que nuestro asegurado dispensó una atención oportuna y adecuada, tal y como se visualiza del informe del análisis de la historia clínica No. **1.087.643.695**:

1. Siendo las 5:59 pm del día 28 de noviembre de 2017, el médico recibe a la paciente en el servicio de urgencias denotando en el motivo de consulta y manifestado por la propia paciente como: **"ESTOY EMBARAZADA Y ME SALE LÍQUIDO"**, inmediatamente se hace la evaluación de la paciente y se determina que presenta un cuadro clínico de 3 HORAS de evolución consistente en dolor tipo cólico de moderada intensidad a nivel del hipogastrio asociado a salida de líquido en abundante cantidad, por lo cual se evidencia que el médico realiza un tacto vaginal y de inmediato le diagnostica como Ruptura prematura de membranas y comenta a IPS de mayor nivel de complejidad. Ante estos hechos es relevante saber que la salida de líquido presentada hace 3 horas aproximadamente y manifestada por la usuaria ya es indicio de que hubo una ruptura de membranas previa a la llegada a la institución, teniendo en cuenta que dicho desprendimiento se puede presentar por diferentes causas como: una infección, sobrecarga de líquido amniótico, golpes en la parte baja del abdomen o condiciones genéticas.

2. El tacto vaginal es una maniobra utilizada por el personal médico, con el fin de saber las condiciones generales del aparato reproductor y es indicada en usuarias en estado de gestación con el fin de determinar el estado de salud de la madre y del bebé y no tiene mayor riesgo para generar ruptura de

membranas. Con esta situación es importante reconocer que la maniobra realizada por el médico fue la indicada para corroborar el diagnóstico junto con los signos de salida de líquido por el canal vaginal, por lo que de manera inmediata el médico envía exámenes paraclínicos y protege a la paciente utilizando antibiótico para evitar que dentro de la placenta pueda presentarse alguna infección y de manera inmediata reporta a CRUE para remisión a 3er nivel

3. Siendo las 6:30 pm la usuaria egresa de la institución hacia la clínica proinsalud, lugar donde fue aceptada para su manejo en nivel de mayor complejidad, situación que evidencia que el reporte de la usuaria fue oportuno y la salida de la misma de la institución también, ya que pasaron 31 minutos en la estabilización en primer nivel para remitir a la ciudad de pasto, se evidencia además que la usuaria se encuentra orientada y que el feto se encuentra vivo con una frecuencia cardiaca fetal de 150 por minuto

De la historia clínica de la señora **CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ**, fácilmente se puede evidenciar que la misma presentaba un cuadro clínico que consistía en tres (3) horas de evolución consistente en dolor tipo cólico de moderada intensidad asociado a salida de líquido en abundante cantidad. Así las cosas, **de conformidad con la *lex artis*, dicha sintomatología constituye un indicio serio de ruptura de membranas**, acorde con lo contenido en la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del 2013, emitida por el Centro Nacional de Investigación en evidencia y tecnologías en Salud CINETS.

Con el dictamen pericial rendido por el Dr. **Fabio Augusto Zarama Márquez**, se acreditó la atención oportuna por parte del **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, tal y como se observa:

Cordial saludo,

El día 18 de marzo de 2022 me notifican por oficio que he sido asignado para dar respuesta al requerimiento emanado por el Juzgado Cuarto Contencioso Administrativo, Circuito de Pasto, Nariño con respecto al asunto de referencia y en lo específico "...se refiera al tratamiento médico de gestación, posterior cesárea y demás intervenciones quirúrgicas practicadas a la demandante CLAUDIA LORENA MARTINEZ...". Para lo cual se me envió un archivo vía correo electrónico correspondiente a la historia clínica de la señora Martínez y, que incluye 123 folios.

Una vez revisada la historia clínica enviada me permito hacer las siguientes consideraciones:

1. Atención prestada por la Institución Centro de Salud Tablón de Gómez ESE.

- a) Analizados los registros de historia clínica de la Señora Claudia Lorena Martínez puedo concluir que la atención prestada estuvo acorde a los protocolos de atención primaria para gestantes en servicio de urgencias. Fue correcto el diagnóstico de embarazo de 25 semanas calculado por ecografía temprana y fecha de última menstruación.
- b) Así mismo fue correcto el diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas realizado por historia clínica y examen físico y acertado el manejo de estabilización y envío de la paciente de manera urgente a un nivel de mayor complejidad. Prueba de ello su corta estancia en la institución y celeridad en conseguir sitio de remisión.

En el mismo sentido, en la diligencia de pruebas celebrada el pasado 12 de junio de 2024, donde se surtió la contradicción del dictamen, el Dr. **Fabio Augusto Zarama Márquez**, especialista en Ginecología y Obstetricia, sostuvo lo siguiente:

Los diagnósticos que se hicieron en la E.S.E. Tablón de Gómez fueron correctos. La atención fue adecuada, el diagnóstico y remisión de la paciente se hizo de manera diligente. Esto se evidencia porque se inició la estabilización con antibióticos líquidos y **se realizó la solicitud de remisión**, lo cual se ajusta a los protocolos que se exige en un servicio de urgencias (nivel I).

La paciente consulta porque le salió líquido desde las 2:00 de la tarde. Por eso no puede pensarse que el tacto pudo haber roto membranas. **El tacto vaginal tenía que realizarse porque es parte de la evaluación clínica.**

La ruptura prematura de membranas es una complicación muy frecuente, casi en el 10% de los embarazos. Lo cual aumenta la morbimortalidad materna y prenatal.

La paciente sale remitida desde la E.S.E Tablón de Gómez a las 6:30 p.m., e ingresa a urgencias en Proinsalud a las 8:00 p.m. La RPM estaba diagnosticada desde la remisión.

En la E.S.E Tablón de Gómez se le realizó tacto vaginal en el cual se determinó que la paciente no estaba en trabajo de parto clínicamente, por eso se le dio manejo conservador para intentar que el feto se desarrolle más. (Énfasis propio).

Resultando obvio la inexistencia de una conducta antijurídica ejercida por parte del **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, por el contrario, como ya se estudió, todas sus actuaciones reflejan total diligencia y cuidado con la señora **CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ y su bebé**, pues desde su ingreso al servicio de urgencias de la institución, se propendió por realizar el diagnóstico correcto, esto es, ruptura prematura de membranas, se estabilizó y posteriormente remisión a una institución de mayor complejidad. En tal sentido, solicito respetuosamente al despacho, se tenga por sentada la carencia de una conducta dañosa imputable al aquí demandado y mucho menos a mi procurada, más aún cuando no existe prueba objetiva alguna de la falla médica que se pretende estatuirse en contra del extremo pasivo, de modo que se tiene desacreditada la responsabilidad que la parte actora le atribuye.

Así las cosas, de conformidad con las consideraciones expuestas, es dable concluir que: (i) por una parte, al no estar probado el acaecimiento de una conducta antijurídica imputable al extremo pasivo, puntualmente al **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, resulta inocuo pretender establecer un nexo de causalidad entre sus actuaciones y el daño alegado, pues como quedó demostrado en el debate probatorio, estos, desplegaron ingentes esfuerzos en la atención requerida por la señora **MARTÍNEZ** y su bebé, brindando todos los servicios requeridos, sin incurrir en negaciones o dilaciones injustificadas que entorpecieran su tratamiento en forma alguna, y por la otra, (ii) que la causa directa del daño demandado por los actores, es decir, la ruptura temprana de membranas no se debió al tacto vaginal efectuado a la paciente. Por lo cual, de ninguna manera se logra instituir relación de causalidad entre las circunstancias antes dichas, la muerte del feto y la lesión sufrida por la víctima, razón por la cual, no se puede endilgar a la actuación y/u omisión de los demandados.

En conclusión, resulta inexistente la concurrencia de los elementos que se requieren para que se estructure la responsabilidad que pretendió endilgarse al extremo pasivo, específicamente al **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, por lo que no deben prosperar las pretensiones en su contra.

2. EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

Analizado todo lo anterior, no está demás advertir que el médico frente al paciente contrae una obligación de medio y no de resultado, esto significa que el objeto de la obligación consiste en la aplicación de su saber y proceder en favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal o rutinariamente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito genere un incumplimiento. Sobre el particular, se ha pronunciado el H. Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, considerando:

(...) a pesar de los notables progresos que ha experimentado en los últimos siglos, la medicina no deja de ser un arte que escapa a la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Más aún, todo procedimiento médico implica algún grado de riesgo (así en algunos casos pueda ser ínfimo) cuya eventual realización es asumida por los usuarios y expresada mediante un consentimiento informado.

En vista, pues, de que a la práctica médica atañe siempre un cierto componente de inexactitud o si se quiere de alea, no es dable sostener que las obligaciones que las

instituciones médicas y asimismo los profesionales de la salud contraen con los pacientes sean de resultado. Por eso, aunque ya se han abandonado unánimemente las posturas que abogan por una total irresponsabilidad del médico frente a los daños sufridos por el paciente, en razón de la inexactitud del arte que practican, es de común aceptación que las obligaciones a las que se hace mención son de medio.

Lo anterior significa, básicamente, que el principal derecho del paciente consiste en la atención diligente, de donde se sigue como inconcuso, que el mero “fracaso” del procedimiento médico no constituye una violación de las obligaciones que se adquieren con la prestación, mientras que la sola falla en la atención debida sí se puede considerar lesiva del bien jurídico fundamental de la salud, así de esta no se siga como consecuencia daño adicional. Por lo dicho, se concluye también que, en toda reclamación por responsabilidad médica, la negligencia, así no fuere causa del resultado, genera responsabilidad es decir se trata de un daño principal e independiente.

En vista, pues, de que el principal derecho del paciente es la atención adecuada y diligente, es preciso establecer en qué consiste ésta última. Es de común aceptación, en efecto, que la diligencia médica exige acudir a todos los medios posibles para la salvaguarda de la vida y la salud del paciente, mas, como cada uno de los términos antes mencionados tiene un cierto grado de polisemia, se impone hacer precisiones adicionales. (...).

Así entonces, trasladando lo anterior al caso sub iudice, resulta evidente que la atención médica brindada a la señora **CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ**, en el **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, nunca restringió los recursos técnicos y humanos de que disponían, sino que pusieron a su disposición todos los insumos que a consideración de los galenos requería, como lo fueron: valoración inicial, tacto vaginal, diagnóstico de ruptura temprana de membranas y remisión a una institución de mayor complejidad.

Resultando evidente que contrario a lo expuesto por la parte actora, el comportamiento de los profesionales de la institución aquí demandados, fue diligente, acertado y acorde con la *lex artis*, por lo que, ante la orfandad probatoria de una negligencia, imprudencia o impericia médica, no es dable considerar a la institución, responsable del daño alegado por los actores, siendo consecuente que se profiera sentencia favorable a los intereses del demandado.

3. LA PARTE ACTORA NO LOGRÓ DEMOSTRAR LA CAUSACIÓN DE LOS PERJUICIOS MORALES.

En relación con los **perjuicios morales** reclamados, debe señalarse que además de que no existe prueba de los mismos en el expediente, la institución demanda no incurrió en ninguna actuación y/u omisión que deviniera en el deceso del hijo de la señora **CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ**. Es preciso señalar en este punto que la Sección Tercera del Consejo de Estado, mediante Acta del 28 de agosto de 2014, unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales.

Luego es claro, que a la luz del pronunciamiento del máximo órgano de esta jurisdicción, en este caso de ninguna manera podría accederse a otorgar las indemnizaciones solicitadas por perjuicios morales y mucho menos en la cuantía deprecada, toda vez que la actuación desplegada por el **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, al realizar el diagnóstico, estabilizar a la paciente y remitirla a un nivel de complejidad superior fue la conducta adecuada, tal y como se logró acreditar con la historia clínica, el dictamen pericial y la contradicción del mismo, siendo evidente que no se logró probar la causa de la falla.

4. OPOSICIÓN FRENTE AL LUCRO CESANTE.

En relación con el perjuicio material en la modalidad de lucro cesante deprecado por la señora **CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ**, en la cuantía de **\$113.075.603**, debe advertirse que el mismo no podrá reconocerse en contra del **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, por cuanto no existe nexo de causalidad entre la actuación de la institución asegurada y el deceso del feto, máxime cuando el dictamen pericial concluyó que la atención prodigada por nuestro asegurado estuvo conforme a los protocolos de Atención Primaria Para Gestantes en el Servicio de Urgencias. Aunado a lo anterior, es necesario precisar que las sumas de dineros deprecadas por dicho concepto se tornan exageradas, amen que no se indica cómo se liquidó dicho perjuicio.

Como si lo anterior fuera poco, la parte actora no logró demostrar cómo dejó de percibir el dinero con ocasión de la muerte del bebé, pues no existe ningún medio probatorio que acredite que la señora **MARTÍNEZ**, para la fecha de los hechos laborara.

II. ANÁLISIS PROBATORIO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.

Sin perjuicio que en el sub lite no se demostró la responsabilidad del **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, en la supuesta falla en el servicio que a juicio de los actores le ocasionaron los presuntos perjuicios aquí reclamados, se procederá a realizar un análisis de lo probado frente a la relación sustancial concerniente a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, con ocasión del contrato de seguro, que sirvió de base para convocarla a este proceso, así:

1. SE LOGRÓ DEMOSTRAR LA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 436 – 88 - 99400000073.

La Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **436 – 88 – 99400000073**, con vigencia comprendida entre: anexo No. 0: entre el 25 de junio de 2019 hasta 25 de junio de 2020, y el anexo No. 1: entre el 25 de junio de 2020 y el 25 de junio de 2021, no podrá verse afectada porque **no presta cobertura temporal**.

Sobre el particular, se debe señalar que la cobertura de la póliza utilizada como fundamento del llamamiento en garantía, se extiende, con sujeción a las condiciones pactadas en la misma, a amparar la responsabilidad médica en que pudiese incurrir el **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**

No obstante, es de advertir que en dicho contrato de seguro se estipuló una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en el artículo 4º de la Ley 389 de 1997, el cual dispone:

ARTICULO 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.

En consecuencia, en el contrato de seguro se concertó previamente el ámbito temporal de la cobertura de la Póliza de Responsabilidad Civil No. **436 – 88 - 99400000073**, en los siguientes términos:

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD
=====

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA ES LA CORRESPONDIENTE AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

1. AMPARO BÁSICO

BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

1.1.1 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

De esa manera, convencionalmente se adoptó el sistema de delimitación temporal indicado en el texto transcrito y con ese alcance, necesariamente se concluye que los sucesos cubiertos únicamente son aquellos acaecidos después de la fecha de retroactividad pactada, siempre y cuando sus consecuencias sean reclamadas a la institución asegurada o a la aseguradora, por escrito y por primera vez, durante la vigencia de la póliza.

Pero, en este caso, los hechos objeto de la demanda en contra del **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, ocurrieron el 28 de noviembre de 2017, cuando se dispensó la atención médica a la paciente **CLAUDIA LORENA MARTÍNEZ**, fecha para la cual no se encontraba vigente el contrato de seguro que sirvió de fundamento para la convocatoria de llamamiento en garantía. Ahora bien, el periodo de retroactividad se pactó desde el inicio de la vigencia del certificado No. 0 de la póliza mencionada, esto es, desde el día 25 de junio de 2019, razón por la cual este contrato no podría afectarse al no ofrecer cobertura temporal, pues los hechos ocurrieron mucho antes de que se expidiera la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos.

2. NO SE LOGRÓ DEMOSTRAR LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA No. 436 – 88 - 99400000073.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohilada, respecto de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil de Clínicas y Centros Médicos No. **436 – 88 - 99400000073**. Por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, acaecido dentro de la vigencia de la póliza, en razón de la Responsabilidad incurrida de acuerdo a la legislación vigente. Lo anterior, en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal:

1. AMPARO BÁSICO
BAJO ESTE AMPARO SE CUBREN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

1.1.1 EL DAÑO EMERGENTE QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS DEBAN INDEMNIZAR A TERCEROS COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL POR LA QUE SEAN DECLARADOS RESPONSABLES, POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ERRORES U OMISIONES EN LA EJECUCIÓN DE UN ACTO MÉDICO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE LE CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN, POR LOS MÉDICOS, ENFERMERAS(OS) Y PERSONAL AUXILIAR VINCULADOS A ELLA MEDIANTE RELACIÓN LABORAL O CON AUTORIZACIÓN ESCRITA EXPRESA Y, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS HAYAN ACTUADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD PARA LA CUAL SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE HABILITADOS.

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA RECLAMACIÓN DE LOS TERCEROS O EL PROCESO JUDICIAL EN EL QUE POSTERIORMENTE HAYA DE SER DECLARADA LA RESPONSABILIDAD SEAN CONOCIDOS POR PRIMERA VEZ POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, O ÉSTOS CONOZCAN POR PRIMERA VEZ QUE HABRÍAN DE INICIARSE EN SU CONTRA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO Y, TENGAN FUNDAMENTO EN ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO POR ELLA.

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro: “ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

De tal suerte que al demostrarse en este proceso la inexistencia de responsabilidad del asegurado, toda vez que: primero, se encuentra patente la inexistencia de prueba de la falla en el servicio médico. Segundo, tampoco se encuentra en este proceso prueba que acredite el hecho generador del daño que aquí se alega. Por el contrario, se encuentra demostrada la actuación perita, oportuna y diligente del **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.** Tercero, no hay prueba del nexo de causalidad que vincule la muerte del feto de la señora MARTÍNEZ, con actuación alguna del extremo pasivo, desvirtuando cualquier nexo causal que pretenda endilgar la parte demandante. Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto no hubo negligencia, imprudencia e impericia atribuible al hospital demandado.

En consecuencia, no existe realización del riesgo asegurado en el presente asunto, toda vez que no hubo falla causada por el asegurado, pues de las pruebas obrantes en el proceso se pudo establecer que no existió daño atribuible al extremo pasivo del litigio.

Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla del servicio en cabeza del **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, no podrá bajo ninguna circunstancia afectarse la póliza de Responsabilidad Civil de Clínicas y Centros Médicos **No. 436 – 88 - 994000000073**, y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

3. SE ENCUENTRAN DEMOSTRADOS LOS LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DE LA PÓLIZA No. 436 – 88 – 994000000073, QUE ENMARCAN LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES.

En gracia de discusión y sin que esto signifique aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada, se formula esta excepción, pues en el improbable evento de que prosperaran una o algunas de las pretensiones del libelo inicial, se debe tomar en cuenta que en la póliza No. **436 – 88 - 994000000073**, que sirvió de base a la convocatoria de mi representada, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc., de manera que, conforme lo indica el Profesor Ossa, dichas estipulaciones “*están destinadas a delimitar, de una parte, la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la*

oportunidad y el modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar".

En ese sentido, las condiciones generales *secundum legem* o *praeter legem* tienen la virtualidad de ser un reglamento de los contratantes, atendiendo límites positivos (amparos) o límites negativos (exclusiones), y que debe ser observado conforme a las normas que regulan los contratos en general, es decir, que constituye ley para las partes en virtud del acuerdo negocial el cual debe ser respetado y honrado por los sujetos contratantes.

En suma, las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza son el resultado de la individualización de los riesgos asumidos por el asegurador en ejercicio de su objeto social de comercializar seguros, constituyéndose en la piedra angular del negocio jurídico asegurativo en la medida en que delimita los riesgos bajo el principio de la liberalidad en la asunción de los mismos, de tal suerte que, de no individualizarse los riesgos, el seguro no tendría sentido alguno puesto que no gozaría de viabilidad técnica, jurídica y económica. Es decir, no puede exigírsele a una Compañía de Seguros asumir, en términos generales, la asunción de riesgos de manera indiscriminada y a responder por la materialización de ellos cualquiera sea su fuente, objeto, lugar o momento en que acaezcan, de manera que las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro y los amparos otorgados y visibles en la carátula de la póliza, son, exclusivamente, los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento.

En este punto es importante resaltar lo previsto en las condiciones particulares del contrato de seguro en la cual se establece, como límite de la indemnización, que la responsabilidad de la aseguradora corresponde a la suma ascendente de **\$331.246.400**, de tal suerte que en el remoto e improbable evento en que se hiciera necesario afectar las citadas, tal afectación no podrá superar el valor que a continuación se muestra:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 331,246,400.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		331,246,400.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		331,246,400.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		331,246,400.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		331,246,400.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		331,246,400.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		33,124,640.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

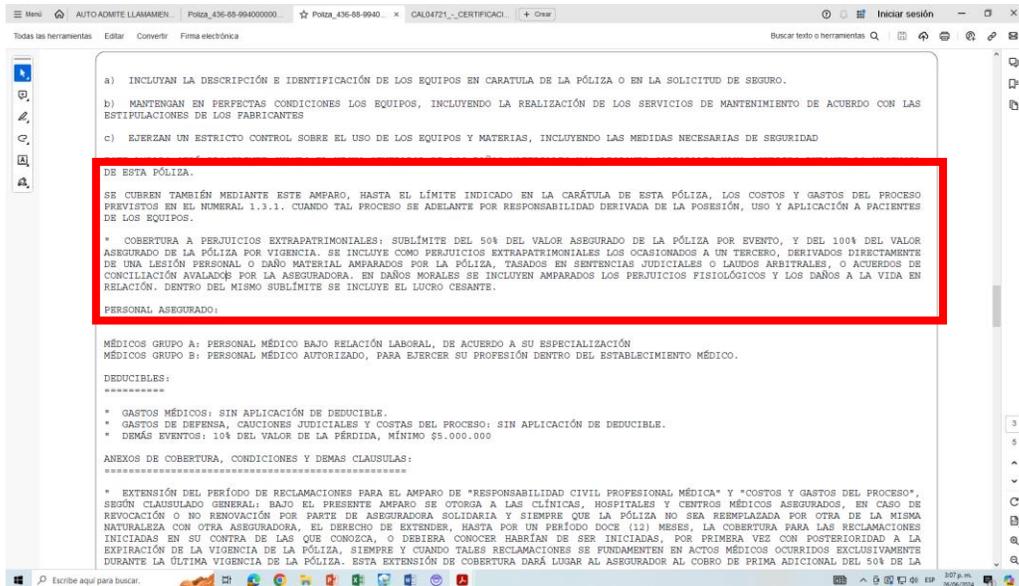
BENEFICIARIOS
NIT 900154361 - CENTRO DE SALUD EL TABLON DE GOMEZ E.S.E
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: E.S.E. CENTRO DE SALUD EL TABLON DE GOMEZ
ASEGURADO: E.S.E. CENTRO DE SALUD EL TABLON DE GOMEZ
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES.

UBICACION DEL RIESGO O PREDIO ASEGURABLE: MUNICIPIO EL TABLON DE GOMEZ
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD.
NIVEL DE ATENCION DE LA CLINICA Y/O CENTRO MEDICO: I

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***331,246,400.00	VALOR PRIMA: \$ *****5,631,188	GASTOS EXPEDICION: \$***15,001.00	IVA: \$ ****1,072,776	TOTAL A PAGAR: \$ *****6,718,965
--	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

En el mismo sentido, se pactó un sublímite del 50% del valor asegurado por evento para el reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales. Tal y como se observa:



En efecto, la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales, convencionales o legales, de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro. Esto significa que la responsabilidad se predicará, cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la responsabilidad de la aseguradora se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, salvo en el caso de los sublímites, donde el mismo se encuentra reducido para determinados amparos como expresamente se consignó atrás.

En ese orden de cosas, cualquier pronunciamiento del juzgador, deberá sujetarse a las condiciones pactadas en los contratos de seguro tantas veces referenciado en este escrito.

4. SE ENCUENTRA PLENAMENTE PROBADO QUE EN EL CONTRATO DE SEGURO No. 436 – 88 - 99400000073, SE PACTÓ UN DEDUCIBLE QUE ESTÁ A CARGO DEL CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro, el cual corresponde **al 10% del valor de la pérdida mínimo \$5.000.000.**

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

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

combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a "Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes¹. (Subrayado y negrilla fuera de texto original).

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro, es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, **asciende al 10% del valor de la pérdida mínimo \$5.000.000.**

III. PETICIÓN

Ruego al Juez Cuarto (4º) Administrativo de Pasto, que despache desfavorablemente las pretensiones alegadas por la parte actora, declarando probadas las excepciones propuestas por el **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, y por mí defendida frente a la demanda y al llamamiento en garantía, y consecuentemente, declare que **LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, no está obligada a efectuar pago alguno por concepto de indemnización de los supuestos perjuicios sufridos por los demandantes, ni a responder ante la llamante en garantía.

No obstante, lo anterior, respetuosamente solicito al despacho que en el remoto evento en que los argumentos esbozados en el presente escrito no fueren de su convencimiento, no pierda de vista las condiciones particulares y generales del contrato de seguro documentado con la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. **436 – 88 - 99400000073**, en especial la inexistencia de cobertura **temporal**, la no realización del riesgo asegurado, límite asegurado, el deducible y las exclusiones pactadas, con fundamento en el cual el **CENTRO DE SALUD TABLÓN DE GÓMEZ E.S.E.**, llamó en garantía a mí prohijada, esto, de conformidad con las consideraciones expuestas por mi defendida desde la contestación de la demanda y del llamamiento en garantía y reiteradas en esta oportunidad.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA.

C.C. No.19.395.114 de Bogotá, D.C.

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

¹ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.