

**Doctor**  
**CARLOS ARTURO GRISALES LEDESMA**  
**JUEZ QUINCE (15) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO**  
Santiago de Cali (Valle del Cauca)  
E. S. D.

<b>PROCESO</b>	<b>REPARACION DIRECTA</b>
<b>RADICACIÓN</b>	<b>2017-00268</b>
<b>DEMANDANTE:</b>	<b>VIVIANA MARIA ORTIZ Y OTROS</b>
<b>DEMANDADO:</b>	<b>HUV EVARISTO GARCIA Y OTROS</b>
<b>LLAMADA EN</b>	
<b>GARANTÍA:</b>	<b>LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS</b>
<b>ASUNTO:</b>	<b>ALEGATOS DE CONCLUSION</b>

**MARISOL DUQUE OSSA**, en mi calidad de **APODERADA** de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, me permito presentar alegatos de conclusión dentro del traslado concedido, para que sean valorados en la decisión de fondo, que en el sentir de la suscrita debe ser absolutoria, conforme las siguientes consideraciones:

1

Conforme con la documental allegada al plenario, así como los testimonios recepcionados, en especial los de orden médico – técnico, las atenciones iniciales recibidas por la paciente, se dieron en un centro asistencial diferente a nuestra asegurada y la atención brinda por el HUV fue pertinente y adecuada conforme los protocolos previstos, al ingreso de la paciente la idoneidad del equipo médico no puede echarse de menos, debe tenerse en cuenta que la obligación médica es de medio más no de resultado, cada procedimiento científicamente tiene un margen de error y por pequeño que este sea existe la posibilidad de que se dé.

La madre gestante y su recién nacida, recibieron la atención con el seguimiento de los protocolos previstos, de un análisis adecuado de la historia clínica y de los testimonio recepcionados, se evidencia sin asomo de dudas que la atención brinda

fue adecuada y oportuna, quedo demostrado que la paciente ingreso ya en trabajo de parto, remitida de otra entidad hospitalaria, el HUV a través de su personal médico, brindó la mejor e idónea atención tanto a la madre gestante como a la recién nacida.

No se configuraron de manera alguna los elementos que puedan establecer una responsabilidad, es clara la inexistencia de la falla en la prestación del servicio médico por parte de nuestra asegurada HUV, no deben echarse de menos las las preexistencias antes de su ingreso a la institución médica, quien valga la pena recordar ingreso en trabajo de parto activo estacionario, remitida del Hospital Cañaveralejo.

2

Fue atendida la paciente de inmediato, por el personal idóneo, personal multidisciplinario, una vez nace la bebe, se le da la atención requerida debido a las complicaciones derivadas de su nacimiento, el líquido amniótico meconiado, paro cardiorrespiratorio, entre otros.; quedo claramente establecido que conforme el estado al momento del ingreso el borramiento no era posible pensar en una cesarea, era vital continuar con el parto vaginal; con los riesgos inherentes del mismo.

Teniendo en cuenta además conforme fue escuchado en audiencia, los riesgos de una cesarea son aún mayores, y era imposible pensar en ella conforme el estado avanzado de trabajo de parto con el que llego a la institución médica.

En lo que guarda relación,, con mi representada y la vinculación vía llamamiento en garantía, tal y como se indico desde la misma contestación, debe tenerse en cuenta la modalidad del contrato de seguro que para este evento opera bajo la modalidad CLAIMS MADE, y la póliza que fue traída al despacho y aceptada como vinculante

mediante auto 556, tiene una vigencia 15/02/2015 hasta 01/01/2016, vigente para los hechos más no vigente para el momento de la reclamación.

Siendo importante tener en cuenta el amparo pactado y objeto del contrato de seguro.

“Previsora se obliga a indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a cualquier tercero en razón a la responsabilidad civil que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier “acto médico” derivado de la prestación de servicios profesionales en la salud de las personas, de eventos que sean **reclamados y notificados** por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta el límite de cobertura especificado en las condiciones particulares (salvo los actos médicos que queden expresamente excluido)”

3

No se evidenció la existencia de pólizas posteriores, y tan solo se encontró como última vigencia 15/02/2015 al 01/05/2016, sin que se encuentre vigencia a partir del año 2016 al año 2021, fecha de citación del asegurado a conciliación prejudicial (2017, fecha de la presentación de la demanda (2017) y menos aún de vinculación de mi representada (2021).

Por ello es clara la **FALTA DE COBERTURA** enunciada como excepción, y que debe prosperar en favor de mí representada

Dispone el artículo 4 de la ley 389 de 1997

“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”, teniendo en cuenta lo anterior, **lo relevante en las pólizas que presentan la modalidad de CLAIMS MADE no es si el hecho generador de la responsabilidad se dio durante la vigencia del contrato de**

**seguro, sino que la reclamación del mismo se formule al asegurado, durante la vigencia de la póliza contratada,** según lo acordado por las partes teniendo como fin esta modalidad cubrir los perjuicios que se hubiesen ocasionado por hechos acontecidos en un periodo anterior o en vigencia de la póliza, pero que en todo caso su reclamación se de en vigencia del seguro, aplicándose esta modalidad a la mayoría de las pólizas de responsabilidad médica.

Es claro entonces, en lo que se refiere a las pólizas de responsabilidad civil médica, modalidad Claims Made, se tiene que la fecha del siniestro era la fecha de reclamación y no el hecho generador de la responsabilidad civil. En este orden de ideas se tendrá como fecha de la reclamación aquella en que se dé una reclamación extrajudicial, o en su defecto la fecha de celebración de la audiencia prejudicial a la que fue citado el asegurado o a la fecha de la notificación de la demanda, según el caso.

**Para el proceso que nos ocupa, observamos que el primer acto médico data de Noviembre de 2015 y la reclamación ( fecha del siniestro) corresponde a la audiencia de Conciliación extrajudicial año 2017 - presentación de demanda del año 2017, vigencia inexistente,** es claro que no tiene cobertura temporal para el acto médico ni para la fecha de reclamación, por lo tanto la aseguradora en virtud de tal contrato ejerce su defensa indicando **LA FALTA DE COBERTURA POR ESTA PÓLIZAS Y LAS VIGENCIAS VINCULADAS...**

De todo lo anterior, se tiene entonces que al vincularse una póliza Claims Made al proceso, el apoderado expresamente debe señalar la vigencia que pretende afectar, refiriéndose al endoso vigente al momento del siniestro, es decir, la vigencia que cobije la fecha en que se llevó a cabo la reclamación, pues de lo contrario, no existe cobertura de la póliza.

Colofón de lo expuesto, ruego a su Honorable Despacho, despache desfavorablemente las pretensiones de la demanda, en su lugar se ABSULEVA a las demandadas en especial a nuestra asegurada HUV y consecuentemente a mí representada.

Subsidiariamente, en caso de una eventual condena a la asegurada se ABSULEVA a LA PREVISORA teniendo en cuenta LA FALTA DE AMPARO Y COBERTURA con relación a la póliza vinculada.

[marisolduque@ilexgrupoconsultor.com](mailto:marisolduque@ilexgrupoconsultor.com)

Con el acostumbrado respeto,

5

**MARISOL DUQUE OSSA**

C.C.# 43.6196.421 de Medellín (Antioquia)

T.P.# 108.848 del C.S. de la J.

Es fundamental indicar que el paciente recibió toda la atención pertinente por parte del equipo médico, sin embargo, decidió irse del servicio de urgencias del Hospital Carlos Carmona Montoya, el paciente, pese a las advertencias indicadas por el personal médico decide Firmar el Alta Voluntaria de Salida, tornándose además agresivo, tal y como quedo constancia en el HC y en los testimonios recepcionados;

es importante tener en cuenta que el paciente era consumidor de sustancias psicoactivas, negando el dolor al personal médico, interrumpiendo su tratamiento médico.

Se le explicaron de manera clara los riesgos y complicaciones que podía implicar el irse y la importancia de permanecer en el servicio de urgencias bajo la vigilancia medica, aún así firmo el alta voluntaria.

Conforme se pudo establecer en el periodo probatorio, es clara la **INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA RESPONSABILIDAD EN CABEZA DE LA RED SALUD ORIENTE ESE e INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL** , brilla por su ausencia el nexo causal que se pretendía discutir, en cabeza de la Red Salud de Oriente, en lo que se relaciona directamente con dicha entidad, conforme a la historia clínica aportada, es claro que se le prestó al paciente, toda la atención que su condición requería, bajos los protocolos y parámetros previstos para el servicio médico.

Sumado a ello, ante la decisión del mismo paciente en clara la culpa exclusiva de la victima quien a pesar de las advertencias indicadas por el personal médico decide Firmar el Alta Voluntaria de Salida, tornándose además agresivo, tal y como quedo constancia en el HC; es importante tener en cuenta que el paciente era consumidor de sustancias psicoactivas, negando el dolor al personal médico.

Tampoco logro demostrarse de manera fehaciente los presuntos perjuicios que de a muerte del paciente se ocasionaron, pue el amplio grupo familiar nada demostró, y con el mayor respeto sin dejar de lado los hábitos del paciente que afectaban la estabilidad del grupo familiar, no basta con demostrar un vinculo de consanguinidad sino además el vinculo de cercanía, de afecto de solidaridad, que necesariamente

se vería afectado por la muerte del paciente.

Ahora bien, en lo que guarda relación con la vinculación a mi representada, conforme a la póliza número 1006575 tal y como se indico desde la misma contestación es claro que opero el fenómeno jurídico de la **INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**, que fue admitido el 09 de febrero de 2022 – notificado por estados el 10 de Febrero de 2022, siendo notificada la misma el 30 de Noviembre de 2022, habiendo ya transcurrido más de 9 meses, tiempo que excede el dispuesto por el artículo 66 del CGP, es por ello que al ser ineficaz el llamamiento efectuado a LA PREVISORA SEGUROS S.A.. El término de suspensión del proceso en aras de verificar la notificación efectiva del llamamiento es de 6 meses, sin que pueda superarse el mismo, determinándose en el presente asunto más de 9 meses sin que hubiese intentado la notificación del llamamiento aceptado por el Despacho.

7

**“ARTÍCULO 66 CGP. Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz.”**

Objetivamente su Señoría, es clara la ineficacia del llamamiento, dispuesta por el legislador como una sanción ante la pasividad de la parte convocante, que opera de pleno derecho y no podría interpretarse de manera diferente, más aún en asuntos como el que se encuentra bajo a estudio, que el término legalmente establecido de suspensión ha sido ampliamente superado.

No obstante, en el remoto evento de una condena a la entidad asegurada e incluso a mi representada no podrán desconocerse los límites contractuales pactados en el

contrato de seguro, y desde allí podría verificarse una eventual responsabilidad en cabeza de mí representada, sin embargo, se insiste ante la ineficacia del mismo, deberá absolverse a LA PREVISORA S.A.

Colofon de lo expuesto ruego a su Señoría, proferir fallo en el que se nieguen en su totalidad las pretensiones, dado que no se demostró la falla en la prestación del servicio médico.

Subsidiariamente en caso de una remota condena a la asegurada, se absuelva a mi representada conforme lo dispuesto en el artículo 66 del C.G.P.

[marisolduque@ilexgrupoconsultor.com](mailto:marisolduque@ilexgrupoconsultor.com)

8

Con el acostumbrado respeto,

**MARISOL DUQUE OSSA**

C.C.# 43.6196.421 de Medellín (Antioquia)

T.P.# 108.848 del C.S. de la J.