



Señor:

JUEZ QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE NEIVA – HUILA

ccto05nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.

S.

D.

PROCESO : VERBAL - RESPONSABILIDAD MÉDICA
DEMANDANTE : MARTHA ROCIO NARVAEZ URIBE Y OTROS
DEMANDADOS : CLINICA UROS S.A.S. Y OTROS
RADICADO : 41.001.31.03.005.2022-00212.00

Ref.: TRASLADO EXCEPCIONES LLAMADA EN GARANTÍA

STEVEN SERRATO ROJAS, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma y obrando en mi condición de apoderada de la CLINICA UROS S.A.S., manifiesto su señoría que en tiempo hábil descorro el TRASLADO DE LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO propuestas por la llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A., de la siguiente forma:

A. FRENTE A LOS HECHOS

- FALTA DE LEGITIMICIÓN, FALTA DE COBERTURA – MODALIDAD SUNSET:

Dentro del proceso de la referencia y en oportunidad procesal la CLINICA UROS S.A.S. contestó la demanda y llamó en garantía a la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A, para luego por medio de apoderado judicial contestar la demanda del llamamiento en garantía formulada proponiendo excepciones de mérito.

Así las cosas, la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A. da contestación a su llamado en garantía expresando la - FALTA DE LEGITIMICIÓN, FALTA DE COBERTURA – MODALIDAD SUNSET, aduciendo que *“el contrato de seguros adquirido fue para amparar la Responsabilidad derivada de la prestación por los eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza los cuales hayan sido reclamados durante la vigencia o dentro de los 2 años siguientes a su terminación...”*.

Por lo anterior, es importante aclarar que no es cierto lo excepcionado por la llamada en garantía ya que como primera medida tenemos que si bien es cierto el artículo 1081 del Código de Comercio contempla la PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES que se derivan del contrato de seguro pueden ser ordinaria o extraordinaria así:

ORDINARIA: “La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.”



EXTRAORDINARIA: "La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho."

Quiere decir entonces y para el caso que nos atañe que la CLINICA UROS S.A.S., como EL ASEGURADO y en este caso el interesado, una vez tuvo conocimiento del hecho de demanda empezaría a correr el tiempo de la prescripción, en el caso Ordinaria, por lo tanto y teniendo en cuenta este precepto y lo estipulado en el artículo 1131 del CODIGO DEL COMERCIO que reza así:

"ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. Subrogado por el art. 86, Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente: En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial."

Entonces se entiende que la PRESCRIPCION DEL CONTRATO DE SEGUROS empieza a correr contra el asegurado (CLINICA UROS S.A) desde el momento en que la víctima le formule la petición judicial o extrajudicial de la indemnización de perjuicios, prescripción que será de dos (2) años, como así lo respalda igualmente la jurisprudencia al respecto el cual me permito citar:

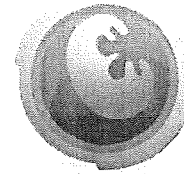
SENTENCIA T662/13 (23 DE SEPTIEMBRE, Ma. Po. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA, contra LIBERTY Seguros S.A.)

"Citando un pronunciamiento del 7 de julio de 1977, la Corte Suprema de Justicia concluyó que los términos para la prescripción ordinaria se contaban desde que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento.

Varias controversias se suscitaron frente a la expresión "haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción" que trata el artículo 1081 del código de comercio sobre la prescripción ordinaria. Este punto fue aclarado por la misma Corte Suprema de Justicia, al considerar que el término comenzará a contar solo cuando la persona razonablemente haya podido tener conocimiento del hecho que ocasionó el siniestro.

Por ejemplo, existen situaciones en las que los efectos del siniestro o bien pueden manifestarse silenciosamente o sencillamente, requieran la valoración de un especialista para que el afectado pueda darse cuenta, como ocurre en el caso del estado de invalidez. En esos eventos, no es lógico exigirle a una persona imaginarse su condición y porcentaje de incapacidad. Mucho más si se toma en cuenta que es requisito indispensable para la reclamación de la póliza, demostrar científicamente que existe una pérdida de la capacidad laboral para que la aseguradora pueda, como es apenas natural, cumplir con sus obligaciones contractuales.

Por tanto, "no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal 'se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo



efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”

Ahora es importante mencionar que el hecho generador de la demanda es la atención médica prestada al señor OMAR RENE ARAGON LINARES (Q.E.P.D.) por la supuesta falla en la prestación del servicio, indicando que el hecho objeto de la demanda solo fue conocido por mi prohilada hasta el momento que se le notificó la solicitud de conciliación prejudicial realizada el 16 de octubre de 2021, luego es lógico partir de la base que CLINICA UROS S.A.S. desconocía el supuesto daño sufrido por los demandantes, teniendo en cuenta que igualmente este no ocurrió como presuntamente la parte activa lo cita.

Por lo que es menester precisar que el SINIESTRO para el tomador y beneficiario (CLINICA UROS S.A.S.) empezó a correr no desde el momento en que finalizó la vigencia de la póliza, sino al momento que le fue notificada o puesta en conocimiento la solicitud de conciliación prejudicial, es decir, el 16 de octubre de 2021, por lo que el derecho legal o contractual de tiene mi prohilada de exigirle a la aseguradora el reembolso de la indemnización por los perjuicios presuntamente causados fenecería el 16 de octubre de 2023.

En consecuencia, al notificar a la aseguradora llamada en garantía de la existencia de la demanda, la contestación de la misma y el llamado solicitado el 10 de noviembre de 2022, para luego contestar la demanda de llamamiento en garantía y proponer excepciones, evidentemente no se superó el termino de previsto en el artículo 1081 de Co. Co. (2 años) para que tuviera conocimiento del siniestro al igual que se vinculara legalmente al proceso conforme el artículo 66 del C.G.P., por lo que no debe tenerse en cuenta este argumento.

A LAS EXCEPCIONES PROPUESTA A LA DEMANDA DE LLAMAMIENTO EN GARANTIA

1. EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE SEGUROS:

Con relación a la segunda excepción formulada denominada **EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE SEGUROS**, se indica “que en las condiciones generales del contrato de seguros se encuentran excluidas cualquier tipo de pérdida o siniestro que hayan sido causados directa o indirectamente por las siguientes causas”

- Dolo o culpa grave del asegurado o su representante.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional.
- Responsabilidad civil profesional.

Es importante hacer la siguiente precisión presente en el contrato de seguros adjunto a la demanda del llamado en garantía, en su página 9, **SECCIÓN PRIMERA – COBERTURA BASICA – RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:**



AMPARO

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico, auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica es necesario el acuerdo expreso para incluir los siguientes equipos, considerados como riesgos especiales:

- Equipo de radiografía con fines de diagnóstico.
- Equipo de rayos x.
- Equipo de tomografías por ordenador (scanner)
- Equipo de radiación de isotopos
- Equipo de generación de rayos laser.
- Equipo de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y médicos.

De lo anterior se permite evidenciar que la cobertura básica de la póliza suscrita con la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, cubre e incluye "la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales", siendo así que es contradictorio, confuso y abusivo pretender exponer un clausulado con una gran cantidad de exclusiones las cuales las mismas están inmersas dentro de la cobertura que la póliza expone como de amparo.

Con relación a la naturaleza de este tipo de exclusiones, se tiene que estas cláusulas encajan dentro de lo que la literatura denominada como cláusula abusiva, que son descritas por el Doctor **WILLIAM NAMEN VARGAS** como "Cláusulas abusivas, vejatorias, exorbitantes, leoninas, ventajosas, excesivas, son expresiones utilizadas para denotar la ruptura de la simetría, equilibrio, igualdad o equivalencia de las partes del negocio jurídico o del contrato, la ausencia de paridad en los derechos y prestaciones, deberes y poderes de los sujetos, la preeminencia de uno, el conferimiento o atribución de facultades mayúsculas, la exclusión o restricción de las estatuidas por el ordenamiento, el escollo para su ejercicio, la ausencia de negociación, el abuso del poder en la formación, celebración, ejecución y terminación del acto dispositivo y, en general, el detrimento de su regulación normativa, con una generalización y confusión lamentable e inconveniente"



Es así como este tipo de cláusulas lesionan gravemente el acuerdo de las voluntades, sino que desvirtúa la esencia de las pólizas, que es el **amparo integral** que deben perseguir las aseguradoras y que los asegurados compran.

Este tipo de cláusulas no puede ser convalidado por el simple conocimiento que tenga el adherente de ellas; es más, aunque el adherente haya aceptado su inclusión en el texto del contrato, no puede eliminarse el control judicial que debe hacerse sobre estas cláusulas para evitar su propagación.

(...)

Otras características de las cláusulas abusivas, según el tratadista Rubén Stiglitz son las siguientes:

- a) *Por aplicación de la cláusula, queda limitada o suprimida la obligación a cargo del predisponente alterándose la relación de equivalencia.*
- b) *La aplicación de la cláusula favorece excesiva desproporcionadamente la posición contractual del predisponente, y perjudica inequitativa y dañosamente la del adherente.*

(...)

El punto adquiere importancia cuando se tiene en cuenta que una de las partes es un sujeto profesional, que en razón de su conocimiento y control en el mercado de bienes y servicios, puede abusar de su posición contractual (dominante), estableciendo condiciones ventajosas comparadas con los poderes y deberes de la otra parte.

Un ejemplo de las cláusulas abusivas son la exclusión de cobertura, ya que dichas exclusiones suponen la limitación del riesgo, expresando la intención de no amparar un determinado riesgo o restringir una cobertura, y que para el caso en concreto hay unos riesgos amparados y que por lo tanto es claro que **ALLIANZ SEGUROS S.A.** debe asegurarlos.

Así las cosas y teniendo la **CLINCA UROS S.A.** la calidad de **ASEGURADO** de buen fe frente a la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, es evidente que la naturaleza del contrato de seguro es **EL AMPARO** que la misma provee al asegurado, y no **SUS EXCLUSIONES**, lo que desvirtuaría el objeto social de la constitución de una póliza de responsabilidad civil, siendo que lo que se pretende asegurar, es la actividad principal, diaria y permanente que el **ASEGURADO** realiza, que para el caso es la prestación de los servicios de salud a la comunidad ejercida por profesionales de forma continua y permanente.

Que para el suceso que suscito la llamada en garantía a la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.** ésta, está relacionada con una actividad profesional cometidos por el personal médico, amparada de forma clara y expresa, por lo tanto, solicito al señor Juez no decrete probada las excepciones aquí mencionadas.

2. En cuanto a las excepciones nominadas **APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE y LIMITE DEL VALOR ASEGURADO**, estas deberán resolverse conforme al Contrato de Seguros y/o Póliza emitida con base a este.



CLÍNICA
UROS
Servimos con el Alma

3. Frente a la **DECLARACIÓN OFICIOSA DE EXCEPCIONES** o innominada, cualquiera que deba ser decretada deberá estar probada en el proceso.

Puestas así las cosas, respetuosamente solcito a su señoría que despache desfavorablemente las excepciones planteadas por la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

De usted señor Juez, con mi acostumbrado respeto, afablemente,

STEVEN SERRATO ROJAS
C.C. 7'721.055 de Neiva (H)
T.P. No. 187.173 del C.S.J.

6

CLÍNICA UROS

BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA

www.clinicauros.com

PBX (8) 872 54 00- (8) 863 33 88 / 310 619 7949

servicioalcliente@clinicauros.com

Carrera 6 No. 16- 35 Quirinal Neiva- Huila