

Señores:

**JUZGADO CUARTO (4) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI**

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

[of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co)

<b>PROCESO:</b>	REPARACIÓN DIRECTA
<b>DEMANDANTE:</b>	LUIS AMILCAR CRUZ ALEGRÍA Y OTROS
<b>DEMANDADO:</b>	RED SALUD DEL NORTE E.S.E. Y OTROS
<b>LLAMADO GARANTÍA</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA C.E.C., Y OTRAS
<b>RAD. No.:</b>	76001-3333-004-2016-00333-00
<b>ASUNTO:</b>	ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., Abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la Avenida 6 A Bis # 35N – 100 – Centro Empresarial de Chipichape – Oficina 212 de la ciudad de Cali, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, identificada con NIT 860.524.654-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., y sucursal en Santiago de Cali, conforme se acredita con el certificado de existencia y representación legal obrante en el plenario, por medio del presente **REASUMO** el mandato a mi conferido, y por tanto, encontrándome dentro del término legal procedo a presentar **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN** de primera instancia, solicitando desde ahora mismo que se profiera **SENTENCIA FAVORABLE** para mi representada, desestimando las pretensiones de la parte actora y declarando probadas las excepciones propuestas por mi defendida al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía, de conformidad con los argumentos que enseguida se exponen.

### OPORTUNIDAD

Mediante Auto de Sustanciación adiado a 10 de abril de 2024, notificado en estrados y derivado de audiencia de pruebas de la misma calenda, el despacho resolvió con fundamento al inciso final del artículo 181 del CPACA., correr traslado a las partes para presentar los alegatos de conclusión por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de la referida providencia, siendo que dicho término inició el día 11 de abril de 2024. Así las cosas, los términos se computan durante los días 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23 y 24 de abril de 2024. En ese orden de ideas, se colige que este escrito se presenta dentro de la oportunidad procesal pertinente.

### CAPÍTULO I

#### I. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR: LO QUE SE DEFINE.

En atención a la confrontación de los hechos y los cargos planteados en la demanda, los presupuestos del objeto demandado, su contestación, las excepciones formuladas y los pronunciamientos de las llamadas en garantía, se tiene que el problema jurídico a resolver según acta de audiencia inicial,<sup>1</sup> se concreta en:

*“Determinar si la muerte del señor Alexander Cruz Córdoba, acaecida el 26 de septiembre de 2014, sobrevino por la inadecuada atención brindada por las entidades demandadas y, por tanto, constituye una falla del servicio médico*

<sup>1</sup> Llevada a cabo el día 13 de septiembre de 2023.

*asistencial que los hace responsables patrimonialmente, en caso afirmativo, se deberá establecer si los perjuicios reclamados se encuentran probados. Finalmente, de prosperar las pretensiones de la demanda, deberá estudiarse la responsabilidad que le atañe a los llamados en garantía.”*

En dicho sentido, para sostener nuestra posición y que la misma sea relevante para el desenlace del litigio, se formulan los siguientes alegatos.

**II. SUSTENTO FÁCTICO RELATIVO A LA IMPUTACIÓN REALIZADA A LA RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E., A ASEGURADORA SOLIDARIA C.E.C., y SU FALTA DE ACREDITACIÓN.**

De acuerdo a los hechos que reposan en la demanda, el 12 de septiembre de 2014, el señor Alexander Cruz Córdoba, fue atendido en el Hospital Joaquín Paz Borrero (de Red de Salud del Norte) por presentar dolor en brazo, cuello y pecho. La parte actora manifiesta que en la Institución Médica diagnosticaron al señor Cruz con: “síndrome de la articulación condrocostal” y le dieron manejo con analgésicos y relajantes musculares.

Posteriormente, el señor Cruz, fue atendido en el Hospital Cañaveralejo por presentar dolor precordial, abdominal y cianosis, siendo remitido al Hospital Departamental, a donde ingresó en paro cardiorrespiratorio y fue direccionado a la Clínica Colombia para manejo en UCI. El 26 de septiembre de 2014, el señor Cruz, falleció. La parte actora manifiesta que, el paciente era alérgico a los medicamentos tipo AINES como el naproxeno que ingirió por prescripción dada en el Hospital Joaquín Paz, ingesta producto de la cual se desencadenaron los signos y síntomas por los que terminó en la UCI de otra institución, en donde finalmente falleció por complicaciones propias de una neumonía de origen nosocomial.

Señalado lo anterior, haremos notar como en este juicio se han desvirtuado las acusaciones traídas por la demandante, pues se ha demostrado, como se verá adelante que las pruebas decretadas y practicadas, dan cuenta de que no existió nexo causal alguno entre la atención médica dispensada, la complicación y los padecimientos posteriores presentados por el señor Cruz, y las actuaciones de la Red de Salud del Norte E.S.E., que pudieran derivar en que el paciente soportara una atención deficiente; como tampoco acreditan que se hubiera configurado alguna falla en el servicio de salud a raíz de un indebido tratamiento, sino que en su lugar, se evidencia que la atención fue acorde a los protocolos y guías médicas; siendo que los tratamientos y procedimientos obedecieron a los parámetros fijados por la lex artis, sin que hayan sido inadecuados tornándose en generadores de perjuicios para los demandantes, pues contrario a ello, se propendió por la integridad del paciente, la protección de su vida y demás derechos.

De otro lado, relativo a la relación aseguraticia entre la Red de Salud del Norte E.S.E., con mi representada, de acuerdo a lo señalado en la contestación al llamamiento en garantía, se tiene que si bien las asegurada tomó con la póliza con nomenclatura No. 376-88-994000000006, anexos 0, 1, 2 y 3, se ha demostrado que el objeto del contrato de seguro, sus amparos y la procedencia de la acción indemnizatoria están sujetos a la necesidad de la declaratoria de responsabilidad civil del asegurado para su configuración, la cual no se acreditó.

Adicional a ello, desde ya se precisa que con independencia de la falta demostrativa de la responsabilidad civil la Red de Salud del Norte E.S.E., y aun si la judicatura la llegará a declarar probada, no puede accederse a las pretensiones del llamamiento en garantía, en la medida que el contrato de seguro no ofrece cobertura temporal, pues dada la modalidad Claims Made pactada, la póliza No. 376-88-994000000006, anexos 0, 1, 2 y 3, no cubren la temporalidad de la primera reclamación, condición sine qua non para su posible afectación.

Así, para la póliza No. 376-88-99400000006, anexos 0, 1, 2 y 3, vigente desde 1 de noviembre de 2013 hasta el 1 de noviembre de 2015, con retroactividad desde el 5 de noviembre de 2006, si bien cubre el hecho demandado, pues se produjo el 12 y 26 de septiembre de 2014, no cubre la primera reclamación configurada con la solicitud de conciliación prejudicial del 23 de septiembre de 2016, claramente por fuera de la temporalidad contratada.

Seguidamente, no debe dejarse de lado que con independencia de la responsabilidad del asegurado, la póliza por la cual se llamó en garantía a mi mandante no ofrece cobertura frente a perjuicios extrapatrimoniales y lucro cesante, los cuales inclusive, están expresamente excluidos.

En conclusión, el litigio fijado frente al problema jurídico a resolver, deberá ser despachado de manera negativa a los intereses de la demandante, pues la parte actora no logró sostener y demostrar los hechos alegados, ni probar los elementos axiológicos de la responsabilidad que pretendía endilgar, por el contrario, se han desvirtuado sus hechos y las pruebas decretadas y practicadas dan la razón a la parte pasiva en su defensa, como veremos a continuación.

### **III. DE LAS PRUEBAS DOCUMENTALES DECRETADAS, PRACTICADAS Y SU INTERPRETACIÓN.**

En el curso del presente asunto toman relevancia las documentales concernientes a la historia clínica del señor Cruz; Informe pericial No. GRCOPPF-DRSOCCDTE-10439-2015, expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Unidad Básica Cali; Expediente investigación penal SPOA 190016000602201406858 y la póliza No. 376-88-99400000006, anexos 0, 1, 2 y 3.

- **Sobre la historia clínica de la RED DE SALUD DEL NORTE; RED DE SALUD LA LADERA - HOSPITAL CAÑAVERALEJOS; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Y CLÍNICA COLOMBIA:**

Las documentales relacionadas a la historia clínica del señor Cruz, permiten realizar un análisis respecto de las condiciones de salud, servicio y tratamiento, así como de los diagnósticos revelados durante las atenciones recibidas y desvirtuar los hechos e imputación del medio de control. Así las cosas, para llegar a una conclusión respecto de este punto se hace necesario citar los siguientes apartes de las documentales en mención:

#### **.- Historia Clínica del 12 de septiembre de 2014, expedida por Red Salud Norte:**

Apertura MEDICA GENERAL del 12 de Septiembre de 2014 07:07 am

##### **MOTIVO DE CONSULTA**

me duele el brazo, cuello y pecho

##### **ENFERMEDAD ACTUAL**

paciente quien ingresa por cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en dolor tipo punzada con duración de 20 minutos el cual se origina en región axilar el cual se irradia a pectoral miembro superior izquierdo y cuello

##### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

ANTECEDENTE DE ASMA SEVERA, rinitis alérgica

##### **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

NO REFIERE

##### **ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO**

diclofenaco

DIPIRONA

**CONDUCTA A SEGUIR**

paciente quien presenta cuadro compatible con sd de tietze tendinitis de hombro por locual se decide dar manejo analgesico relajante muscular y terapia fisica 10 sesiones para mayor adherencia a tratamiento

**DIAGNÓSTICO**

Principal de consulta: [M940 ] SINDROME DE LA ARTICULACION CONDRICOSTAL [TIETZE] - Confirmado nuevo  
Relacionado a la consulta: [M753 ] TENDINITIS CALCIFICANTE DEL HOMBRO  
Servicio de egreso: 1100 Consulta Médica General  
Fecha y hora de egreso: 12-Sep-2014

**Orden médica: 760010395601-OMED-659060**

- Cianocobalamina Solución Inyectable 1 mg / mL, IM, #1, DOSIS UNICA cada 0
- NAPROXENO TABLETA Ó CÁPSULA 250 MG, ORAL, #24, 1 TABLETA cada 8 horas
- Piridoxina Clorhidrato Tableta ó Cápsula 50 mg, TAB, ORAL, #30, 1 TABLETA cada 8 horas
- Prednisolona Tableta 5 mg, ORAL, #20, 1 TABLETA cada 12 horas
- TIAMINA SOLUCIÓN INYECTABLE 100 MG /10 ML, IM, #1, DOSIS UNICA cada 0

Del aparte en cita, es preciso mencionar que, corresponde a la primera atención recibida por el señor Cruz, congruente con lo expuesto en la demanda respecto de las fechas del desarrollo de los hechos, extracto del que se resalta el motivo de consulta, los hallazgos y su tratamiento, precisando que al paciente se le dio salida bajo manejo analgésico y orden de 10 sesiones de terapia. Empero, lo que resulta llamativo es que el señor Cruz, venía presentando la sintomatología por la que busco atención médica desde hace 20 días, y solo hasta el 12 de septiembre de 2014 decidió acercarse a la IPS., demandada, en la que recibió una única atención, sin que a lo largo del juicio se haya podido demostrar que esta fue la causante del daño demandado

Nótese que si bien ante el antecedente tóxico-alérgico, se ordenó medicación con Naproxeno, una tableta cada ocho horas, lo cierto es que realmente se desconoce si en efecto el paciente consumió el medicamento, bien sea en el preciso momento de la atención en salud o en el interregno de las ocho horas siguientes.

**- Historia Clínica del 12 de septiembre de 2014 expedida por Hospital Cañaveralejos:**

Apertura NOTAS DE ENFERMERIA AMBULATORIO del 12-Sep-2014  
06:02 pm: 34 Años  
Id: 2261516

**MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente quien ingresa a sala de reanimacion quien refiere dolor precordial y abdominal cianotico con intenso dolor traído por compañeros de trabajo es valorado por la Dra Acosta y equipo de medicos de turno servicio urgencias

**\*\* CLASIFICACION DEL GRUPOETNICO / Definición del Grupo \*\***

Grupos: 4. Mestizo (Indígena + Blanco)

**\*\* CLASIFICACION DE DISCAPACIDAD / TIPOS DE DISCAPACIDAD**

**\*\***

7. SIN DISCAPACIDAD

**NOTA**

Paciente quien ingresa al servicio de urgencias en compañía de compañero de trabajo quien traen en automóvil llega paciente muy cianótico con referencia de dolor en abdomen y pecho con dolor marcado cianosis bucal y de miembros en parte distal con relajación de esfínteres anal y vesical es valorado por Dra. Acosta inicialmente quien ordena colocar O2 x mascara a 5 L x minuto y posterior por el equipo de médicos de servicio de urgencias se toma glucometria con Valor de 132 mg/dL por orden verbal de la Dra. Acosta se coloca vía endovenosa con LEV SSN al 0.9% 500 cc en miembro superior Derecho con Jelco # 18 permeable se rotula venopunción posterior paciente pide comunicarse con la esposa vía celular por orden de la Dra. Acosta se coloca nueva vía con LEV SSN al 0.9% 500 cc a chorro se canaliza en miembro superior Izquierdo con Jelco # 18 permeable se rotula venopunción se observa paciente con aumento de la cianosis es valorado por la Dra. Acosta quien ordena organizar equipo de laringoscopio adulto para entubar se prepara tubo # 7 se colocan 2 Ampolla de Midazolam x 5 mg/5mL EV directa entuba Dr. Prado se obtiene respuesta en pulmón se fija tubo endotraqueal se

**NOTA**

da ambu se realiza aspiración de secreciones, se monitoriza paciente con electrodos de Desfibrilador y empiezan RCP a las 5:35 p.m. paciente quien se desfibrila en dos ocasiones a 200 Joules se inicia administración de Adrenalina ampolla C/ 3 minutos inicia: 5:42 p.m. posterior a la primera se coloca segunda 5:45 p.m. posterior a la segunda se coloca tercera dosis 5:48 p.m. y se coloca después de la tercera otra dosis de Adrenalina 6:00 p.m. Se envasa en Jeringa de 5 mL 1 Ampolla para llevar los paramédicos, Ambulancia Básica que llega a las 5:50 p.m. continúan con reanimación y soporte de O2 x ambu es comentado por el Dr. Prado al SICO para solicitar móvil y en ese momento se activa el código azul paciente quien posterior a realizar reanimación por 25 minutos sale de paro y es trasladado a nivel de mayor complejidad Clínica Colombia UCI sale del servicio en camilla acompañado de la Dra. Acosta paciente quien sale del servicio en muy malas condiciones se entrega pertenencias a compañero de trabajo donde se especifica que contiene (Billetera con cedula y carnet del Sisben, correa de cuero color café claro, celular de baja gama, y llaves) todo en bolsa plástica

**CONDUCTA A SEGUIR**

Paciente quien posterior a realizar reanimación por 25 minutos sale de paro y es trasladado a nivel de mayor complejidad Clínica Colombia UCI sale del servicio en camilla acompañado de la Dra. Acosta paciente quien sale del servicio en muy malas

**\*\*SINTOMATICOS RESPIRATORIOS / CLASIFICACIÓN\*\***

¿ Presenta tos por mas de 15 dias ? : No

**DIAGNÓSTICO**

(Sin diagnóstico)

Como se puede apreciar, el paciente ingresó a consulta médica casi 12 horas después de la atención brindada en la Red de Salud del Norte E.S.E., siendo que de las notas de enfermería nada se menciona sobre el consumo de AINES como el Naproxeno, inclusive, no se evidencia

que entre las pertenencias del señor Cruz, se encontrara los medicamentos ordenados en la atención primaria.

**- Historia Clínica del 12 de septiembre de 2014, del Hospital Universitario del Valle:**

HISTORIA DE URGENCIAS

UBICACIÓN: MED. INTERNA CRITICO, FECHA: 12/09/2014 18:37

ANAMNESIS

MO DE CONSULTA

TIE. ... UN PARO CARDIO RESPIRATORIO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE INGRESA AL HUV TRAI DO EN AMBULANCIA POR PERSONAL DEL HOSPITAL CAÑAVERALEJO, EN CAMILLA, EN CONDICIONES DE POST-RCP LUEGO DE PRESENTAR EPIGASTRALGIA. CON VENTILACION POSITIVA POR TOT + BVM + RESERVORIO + OXIGENO, CON TAO 150/100, FC= 96, SATO2= 76%, CON ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. CON EKG QUE EVIDENCA BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA. PACIENTE CON **SOSPECHA DE EVENTO CORONARIO AGUDO**, EN CONDICIONES DE POST-RCP, QUE REQUIERE REDIRECCIONAR PARA CONTINUAR MANEJO EN UNA UCI.

EGRESO

UBICACIÓN: MED. INTERNA CRITICO, FECHA: 12/09/2014 18:46

CAUSA DE EGRESO: ALTA HOSPITALARIA

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: **INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**, SIN OTRA ESPECIFICACION

CONDICIONES GENERALES SALIDA: PACIENTE EN CONDICION DE POST-RCP, PARO CARDIO-RESPIRATORIO PRESENCIADO, CON TOT + BVM + RESERVORIO+ OXIGENO.

PLAN DE MANEJO: PACIENTE CON EPS EMSSANAR, REQUIERE CONTINUAR MANEJO EN UNA UCI

El extracto citado comporta de especial relevancia, por cuanto se tiene que el señor Cruz, pese a su juventud y estilo de vida, venía presentando un evento coronario agudo que terminó en un infarto agudo de miocardio, lo que guarda congruencia con el hecho de que el entonces paciente venía presentando síntomas de punzadas en región axial y pecho desde los 20 días anteriores a la primera consulta del día 12 de septiembre de 2024, situación que de manera clara desvirtúa la imputación e impide el éxito de las pretensiones, las cuales se han fundado en una no demostrada intoxicación por Aines – Naproxeno.

**- Historia clínica del 12 al 26 de septiembre de 2014, expedida por Clínica Colombia:**

	<p>20:29 jpatino - JAIME PATINO ASTUDILLO ESPECIALIDAD: MEDICO UCI INGRESO A UCI</p> <p>ALEXANDER CRUZ CORDOBA 34 AÑOS CC 4611994 FECHA DE NACIMIENTO: 1979-12-30 DIRECCION: CALLE 73 1 F 69 GAITAN TEL: 3182155366-3172183255 ACUDIEN TE: ZULMA PAZ ESPOSA</p> <p>MC: REMITIDO POR COLAPSO Y POST REANIMACION EA:</p>
<p>2014-09-12</p>	<p>PCTE QUE SEGUN SU ESPOSA SE LEVANTA CON DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO. CONSULTA A PRIORITARIA EN DONDE EGRESAN SIN CONSIDERAR CAUSA AGUDA O RIESGOSA PARA LA VIDA Y EL PACIENTE SE DIRIGE A SU TRABAJO. ESTANDO ALLA PRESENTA COLAPSO SUBITO DEL CUAL NO HAY INFORMACION DE CUANTO TIEMPO. ES TRASLADADO A CENTRO PRIMARIO EN DONDE EL PACIENTE RECUPERA LA CONCIENCIA Y ALCANZA A LLAMAR A LA ESPOSA PARA INFORMARLE SU UBICACION. POSTERIORMENTE PRESENTA PARO CARDIO RESPIRATORIO CON SUBSECUENTE RCCP QUE SEGUN PERSONAL MEDICO QUE TRAE EL PACIENTE DEMORO 20 MINUTOS. SALE DEL CODIGO, INTUBADO Y ES TRASLADADO A ESTA INSTITUCION. DURANTE EL CAMINO EL PACIENTE EVIDENCIA ESPUMA ROSASEA POR TUBO OROTRAQUEAL. TOMAN EKG EN DONDE SE MUESTRA DESCENSO DEL ST EN VI Y VII JUNTO CON BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, SIN SABER SI ES ANTIGUO O NO.</p> <p>ANTECEDENTES: ESPOSA INFORMA QUE EL PACIENTE ES MUY SANO. NO FUMA. NO TOMA. MONTA EN BICICLETA. INDICA ALERGIA A AINES. NO CIRUGIAS. UNICO ANTECEDENTE ASMA CONTROLADA CON INHALADORES.</p>

**ANALISIS:**

PCTE MASCULINO JOVEN, DE 34 AÑOS, CON ASMA COMO UNICO ANTECEDENTE, APARENTEMENTE SANO Y ALERGICO A AINES QUIEN DEBUTA EL DIA DE HOY CON EPIGASTRALGIA, VALORADO EN CONSULTA PRIORITARIA Y EGRESADO AL PARECER CON MANEJO SIMTOMATICO. COLAPSA EN SITIO DE TRABAJO POR TIEMPO DESCONOCIDO, LLEVADO A NIVEL I CON BREVE RECUPERACION DE LA CONCIENCIA Y POSTERIORMENTE CON RCCP DE 20 MINUTOS DE DURACION. FINALMENTE TRAI DO A ESTA INSTITUCION CON SALIDA DE ESPUMA ROSADA POR TUBO OROTRAQUEAL. **EKG DE REMISION CON BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA Y DESCENSO DE 2 VECTORIALES. PCTE AL MOMENTO SIN ESTADO DE CHOQUE.**

**DX:**

1. ESTADO POST REANIMACION (20 MINUTOS)
2. IAM SIN ELEVACION DEL ST
3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
- A. EDEMA AGUDO DE PULMON
4. ASMA X HC

PLAN: MONITORIA CONTINUA, ANTICOAGULACION PLENA, DIURETICO INFUSION PARA BARRIDO DE EDEMA PULMONAR, MANEJO ANTI ISQUEMICO Y LABORATORIOS/RX TORAX DE INGRESO. PCTE POST RCCP, POBRE PRONOSTICO NEUROLOGICO. VER ORDENES MEDICAS.

Apreciado el aparte citado, se puede dilucidar el estado de salud con el que ingresó el señor Cruz a la Clínica Colombia, donde se precisa su compromiso cardiaco por bloqueo de rama izquierda, y se hace hincapié en que al momento de la atención, el paciente no presenta estado de choque, sin que se haga mención alguna a que su situación devenga del consumo de Aines – Naproxeno.

Seguidamente, en nota de las 00:06 Hrs del 15 de septiembre de 2014, se consigna:

2014-09-15	<p>00:06 cvelez - CAROLINA VELEZ MORENO          ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL</p> <p>EVOLUCION UCI NOCHE          DR GUERRA INTENSIVISTA          DRA VELEZ MD GENERAL.</p> <p>DX:          1. ESTADO POST REANIMACION (20 MINUTOS)          2. IAM SIN ELEVACION DEL ST TROPONINAS +          3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA          A. EDEMA AGUDO DE PULMON          4. ASMA X HC</p> <p>S: PCTE BAJO SEDACION + VMI          O: PCTE EN CAMA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES          HEMODINAMICO: TA 109/75 TAM 96 FC 132XMIN, RUIDOS CARDIACOS REGULARES SIN SOPLOS, SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO.          RESPIRATORIO: VMI MODO ACV FIO2 40% SATO2 97% FR 14XMIN PEEP 8, CAMPOS PULMONARES CON MV PRESENTE SIN SOBREGREAGDOS.          ABDOMEN; PERISTALTISMO PRSENTE NO MASAS NO MEGALIAS.          DIURESIS POR SONDA VESICAL FLUJO URINARIO 70-100CC/HR FUROSEMIDA 10CC/HR</p> <hr/> <p>EXTREMIDADES SIMETRICAS PULSOS PRESENTES LLENADO CAPILAR 2 SEG          METABOLICO: NET POR SNG UTLIMAS GLUCOMETRIAS 98/114/107MG/DL          INFECCIOSO: T° 37.1°C SIN ATB          SNC: RASS -4</p> <p>A/P: PCTE QUIEN PRESENTO FALLA VENTILATORIA AGUDA EN ESTADO POST REANIMACION, EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, BAJO LOS EFECTOS DE LA SEDACION Y EN VMI, SIN SOPORTE INOTROPICO NI VASOACTIVO. SIN SIRS ACTIVO, CON TROPONINAS DE CONTROL FRANCAMENTE POSITIVAS Y EN AUMENTO CON RESPECTO A LAS ANTERIORES, ESTA PENDIENTE REALIZAR ECO TT, ECO DOPPLER DE VASOS DE CUELLO Y REPORTE DE TAC CEREBRAL (YA SE BAJO PARA TOMA), SE OBSERVA VENTRICULOS OBLITERADOS Y CIRCONVOLUCIONES IDSCREATMNETE BORRADAS POR LO CUAL SE INSTAURA MANEJO CON SLN HIPERTONICA AL 3%, ADEMAS SE NOTAN EN PARACLINICOS CON TRANSAMINASAS FRANCAMENTE ELEVADAS, CON FA NORMAL, Y BILIRRUBINAS NORMALES POR LO CUAL SS ECO ABDOMEN TOTAL. <b>EN LA TARDE PRESENTO RASH CUTANEO GENERALIZADO LEVE EN EL CUERPO, (ESPOSA DICE QUE ES PCTE ES MUY ALERGICO Y MAS A LOS AINES), AL PARECER LO HIZO POSTERIOR A LA APLICACION DE LA ENOXAPARINA SEGUN INFORMA ENFERMERIA, SE LE DIO UNA DOSIS DE HIDROCORTISONA CON MEJORIA DEL RASH Y RSOLUCION DEL MISMO. CONTINUA EN LA UNIDAD BAJO MONITORIA, PRONOSTICO RESERVADO. ALTO RIESGO DE COMPLICACION.</b></p>
------------	--

Como se puede observar, el único momento de la atención médica en que el paciente presentó reacción alérgica debidamente documentada se dio en la Clínica Colombia, a raíz del suministro de Enoxaparina, situación que no trajo consecuencias.

Seguidamente, en nota de las 20:42 del 23 de septiembre de 2014, se apunta:

A/P: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN REQUERIR SOPORTE INOTROPICO O VASOACTIVO, CON ALTA DEPENDENCIA AL VENTILADOR, POBRE EVOLUCION NEUROLOGICA, **CURSANDO CON PROCESO INFECCIOSO PULMONAR ASOCIADO A SU POSTRACION** EN MANEJO ANTIBIOTICO. SE LE PLANTEO A LA FAMILIA PLAN DE OSTOMIAS SIN EMBARGO AUN NO FIRMAN CONSENTIMIENTOS. POR EL MOMENTO SE CONTINUA MANEJO EN UCI POR ALTO RIESGO DE DESCOMPENSACION.

A su turno, en nota de las 02:07 del 26 de septiembre de 2014, se señala:

02:07 jegutierrez - JOHN GUTIERREZ GONZALEZ  
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

paciente en mal estado general quien presenta paro cardiorespiratorio por lo que se realizan maniobras de reanimación cerebrocardiopulmonar básico y avanzado por más de 20 minutos sin respuesta y fallece

Una vez citados los apartes de las historias clínicas aportadas al proceso, es plausible aseverar, que al entonces paciente Cruz (Q.E.P.D.), por parte de la Red de Salud del Norte E.S.E., se le prestaron las atenciones en salud requeridas conforme a la sintomatología presentada para su único día de atención, esto es, el 12 de septiembre de 2014, siendo que si bien la imputación se sustenta en que el daño se produjo por la orden de medicación con el Aines – Naproxeno, no existe prueba en plenario que acredite que fue esta la causa exclusiva del mismo.

En igual sentido, se ha hecho notar como a pesar de la corta edad del señor Cruz, este venía presentando afecciones relacionadas con fallas coronarias, inclusive, su sintomatología se estuvo dando con 20 días de anterioridad a la primera consulta con la Red de Salud del Norte E.S.E., aun cuando al momento de la misma se haya descartado por no denotarse signos de alarma, razón por la cual no puede atribuirse el daño de modo alguno a la orden de consumo de Aines- Naproxeno.

Finalmente, se ha demostrado que el paciente permaneció por un periodo de 14 días recibiendo atenciones médicas en instituciones diferentes a la Red de Salud del Norte E.S.E., en las cuales transcurrió toda su degeneración de salud, sin que se pudiera establecer de manera inequívoca que el suministro de medicamento alguno en las instalaciones de la asegurada de mi mandante haya sido la desencadenante de los padecimientos del señor Cruz, siendo que su lamentable deceso se dio por causa de un proceso infeccioso pulmonar del cual no es responsable la Red de Salud del Norte E.S.E.

- **Informe pericial No. GRCOPPF-DRSocCDTE-10439-2015, expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Unidad Básica Cali:**

Ahora bien, sobre esta prueba debe mencionarse que independientemente de que cumpla o no con los requisitos de ley para su procedencia de conformidad con lo establecido en el artículo 226 del C.G.P., lo cierto es que el mismo permite demostrar frente a la Red de Salud del Norte E.S.E., la inexistencia de falla médica, bien por error en el diagnóstico, negligencia o procedimientos médicos errados, como lo podemos observar de los apartes de las respuestas que se citan:

## CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta toda la información aportada y lo descrito hasta el momento se concluye:

1. A pesar de que el paciente tenía un claro antecedente de alergia a los AINES, la información aportada no es concluyente que haya sido el consumo del naproxeno la causa de su deterioro clínico.
2. Aunque el síncope puede ser una manifestación de la anafilaxia, no es su primer síntoma como según indica la información aportada. Debe ocurrir así sea por corto tiempo una serie de síntomas previos (dificultad respiratoria, broncoespasmo, hipotensión, edema laríngeo, etc.) que llevarían a presentar posteriormente el síncope.
3. El paciente solo presentó un signo clínico de alergia, fue un rash cutáneo el 15/09/2014, al parecer relacionado con la aplicación de enoxaparina. No refieren en ningún momento de su evolución broncoespasmo, angioedema, edema de cavidad oral, etc.; se debe tener en cuenta que el paciente fue fácilmente intubado en nivel I de atención.
4. Aunque los síntomas presentados por el paciente los puede dar un shock anafiláctico, no es claro que el consumo de naproxeno (a pesar de su alergia a los AINES) haya ocasionado su síncope, posterior colapso circulatorio y muerte. Esto es debido a que el naproxeno tiene un proceso de absorción para poder ingresar a la circulación sanguínea y ser reconocido por el organismo. Además se debe tener en cuenta que el paciente en el momento ya había almorzado, situación que disminuye la absorción del naproxeno.
5. Si se resalta que formular a un paciente naproxeno con antecedente claro de alergia a los AINES, es someterlo a un riesgo injustificado.
6. También se resalta que el paciente desde el 12/09/2014 que fue su ingreso al Hospital Cañaveralejo y su ingreso a UCI de la Clínica Colombia, hasta el 15/09/2015 recibió aspirina, que es otro AINES y no presentó mayores complicaciones o deterioro clínico por el uso de esta sustancia.
7. Como se ha dicho anteriormente, el caso no es claro, no es fácil definir si el paciente presentó muerte súbita por patología coronaria dado los hallazgos en los ecocardiogramas y resultados de las troponinas (no los aportan) vs un shock anafiláctico.
8. Por la complejidad del caso se le recomienda a la autoridad hacer valorar el caso de un MEDICO INTERNISTA, de un CARDIÓLOGO y un ALERGÓLOGO, para que emitan un concepto con el objetivo de definir con más claridad la causa más probable de muerte en el paciente. Estas consultas deben realizarse en Clínicas privadas, Hospitales públicos, Universidades o Asociaciones científicas para tal fin.

Como se aprecia, y esto va en detrimento de la imputación y pretensiones de los demandantes, de ninguna manera y ante la insuficiencia probatoria, se puede aceptar la imputación del daño frente a la Red de Salud del Norte E.S.E., en el entendido de que no se puede tener certeza que aun en el evento en que el señor Cruz hubiese consumido el Aines – Naproxeno, esta sea la causa determinante del daño, razón suficiente para desestimar las pretensiones del medio de control.

En tal sentido, se concluye que la Red de Salud del Norte E.S.E., a través de sus galenos actuó en debida forma, pues desplegó un tratamiento oportuno, acorde a la valoración, evolución y necesidades del paciente, sin que se pueda evidenciar una falla del servicio.

- **Expediente investigación penal SPOA 190016000602201406858:**

Del expediente de notas, dado lo extenso de su documentación, solo se hará referencia a la decisión de archivo del SPOA en comento, la cual se profirió el día 4 de octubre de 2018, y de la que se resaltan los siguientes apartes:

**3. Indique la causal por la cual se ordena el archivo de las carpetas:**

PARAGRAFO ART. 175 C.P.P.. Concordante Artículo 79 C.P.P.

Ahora bien, lo que interesa a la fiscalía para tomar decisión es si hubo negligencia en el actuar de los médicos que trataron a ALEXANDER CRUZ CORDOBA, básicamente los de la clínica Colombia que fue donde ingresó el día 12 de septiembre y nunca egresó porque allí fue donde falleció. Y como se puede observar la persona idónea para estos casos el doctor ALFREDO ISRAEL MEDINA, en el informe pericial de clínica forense dijo que a pesar que el paciente tenía un claro antecedente de alergia a los aines, la información aportada no es concluyente que haya sido el consumo del naproxeno la causa de deterioro clínico y como lo dijo no es fácil definir si fue por ese deterioro clínico o porque el paciente presentó muerte súbita y coronaria dado a los hallazgos en los ecocardiogramas y resultados de las troponinas. Y además en cuanto a la atención en la clínica Colombia **concluyó que el manejo recibido en la UCI de la clínica Colombia fue acorde a su dinámica clínica.**

**De todo lo anterior se concluye que lo único que no quedó claro fue la manera de la muerte si fue súbita, por infarto del miocardio o por el deterioro clínico y que por no estar determinada esa manera de la muerte no es procedente culpar a los médicos de la clínica como responsables de la muerte de ALEXANDER CRUZ CORDOBA, pero lo que sí quedó claro es que la MUERTE fue NATURAL y así lo consignó el doctor DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ, en el certificado de defunción. Es que los infartos siempre son sorprendivos, en la práctica se escuchan a veces noticias que mueren por infarto, atletas, deportistas jóvenes en los cuales se hace imposible creer y es importante preguntarnos ¿por qué no le pudo haber dado un infarto súbito a ALEXANDER CRUZ CORDOBA, quien sí venía sufriendo de asma?**

**Así las cosas, no cuenta la fiscalía con elementos materiales probatorios para formular una imputación y transcurridos 04 años y habiendo decretado las pruebas necesarias. En consecuencia la decisión que adoptará es la de archivar.**

Como puede dilucidarse, y tal como sucede en el presente medio de control, ante la insuficiencia de la prueba que acredite la imputación de los demandantes frente a la Red de Salud del Norte E.S.E., en lo que atañe a demostrar que el consumo del Aines – Naproxeno, haya sido la causa determinante del daño, siendo que la causa de muerte fue natural, sin que pueda pregonarse la culpa o el dolo en el personal médico, lo cierto es que deben desestimarse las pretensiones de la demanda y declarar probadas las excepciones propuestas.

- **Pólizas de Responsabilidad Civil Clínicas y Centro Médicos No. 376-88-99400000006, expedida por Aseguradora Solidaria C.E.C.:**

Siendo que con la demanda la parte actora ha pretendido la declaratoria de responsabilidad de nuestro asegurado, esto es, la RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E., mismo que ha llamado en garantía a mi representada para que en caso de condena se afecte la póliza en cita, debe decirse que al ser convenido el contrato de seguro en modalidad “Calims Made”, no presta cobertura temporal, pues la reclamación se dio fuera de la temporalidad contratada, lo que impide su

afectación, sin perjuicio de que no se encuentra probada la responsabilidad del asegurado.

Así las cosas, resulta acreditado que se ha pactado que la póliza opere bajo la modalidad de cobertura "Claims Made", lo que significa que los hechos que revistan responsabilidad deben ser reclamados dentro de la vigencia del contrato de seguro, lo que así no sucedió.

Ahora, no se puede pasar por alto que el hecho demandado se dio entre el 12 y 26 de septiembre de 2014, mientras que la primera reclamación se surtió el día 23 de septiembre de 2016, con ocasión a la solicitud de la de audiencia de conciliación prejudicial, por lo que en consecuencia se tiene:

- Para el anexo 0, vigente desde 1 de noviembre de 2013 y hasta el 1 de noviembre de 2014, y con retroactividad desde el 1 de noviembre de 2006, si bien cubre el hecho demandado, pues se produjo entre el 12 y 26 de septiembre de 2014, no cobija la primera reclamación configurada con la solicitud de conciliación prejudicial del 23 de septiembre de 2016, claramente por fuera de la temporalidad contratada.
- Para el anexo 1, la situación es idéntica, ya que estuvo vigente desde 1 de noviembre de 2013 y hasta el 1 de noviembre de 2014, y con retroactividad desde el 1 de noviembre de 2006, si bien cubre el hecho demandado, pues se produjo entre el 12 y 26 de septiembre de 2014, no cobija la primera reclamación configurada con la solicitud de conciliación prejudicial del 23 de septiembre de 2016, claramente por fuera de la temporalidad contratada.
- Para el anexo 2, vigente desde 1 de noviembre de 2014 y hasta el 1 de noviembre de 2015, y con retroactividad desde el 1 de noviembre de 2006, si bien cubre el hecho demandado, pues se produjo entre el 12 y 26 de septiembre de 2014, no cobija la primera reclamación configurada con la solicitud de conciliación prejudicial del 23 de septiembre de 2016, claramente por fuera de la temporalidad contratada.
- Para el anexo 3, la situación es idéntica, ya que estuvo vigente desde 1 de noviembre de 2014 y hasta el 1 de noviembre de 2015, y con retroactividad desde el 1 de noviembre de 2006, si bien cubre el hecho demandado, pues se produjo entre el 12 y 26 de septiembre de 2014, no cobija la primera reclamación configurada con la solicitud de conciliación prejudicial del 23 de septiembre de 2016, claramente por fuera de la temporalidad contratada.

En consecuencia, para que operara la cobertura de la póliza, debió acreditarse, además de la ocurrencia del riesgo asegurado, que la primera reclamación con ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia, lo que no se dio y por tanto, esta garantía no debe afectarse.

Para aclarar lo que concierne a la reclamación, la misma hace referencia a cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa imputable al asegurado. En este sentido, de la revisión del material documental aportado con la demanda, se observa que la presentación de la solicitud de conciliación, hecho que constituye la primera reclamación, se dio el 23 de septiembre de 2016, esto es, por fuera del periodo de vigencia del contrato de seguro.

Con base en lo anterior, no se efectuó la comunicación o requerimiento al asegurado o aseguradora de petición de resarcimiento en la vigencia del contrato. Atendiendo lo previsto legal y contractualmente, solamente se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas al asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza y como se indicó, esta

situación no se presentó con el contrato objeto del llamamiento en garantía. Entonces, de acuerdo con la modalidad de cobertura explicada, debe necesariamente concluirse por el Juzgado que dicha póliza no tendría cobertura temporal, debido a que la reclamación a la entidad asegurada se presentó por fuera de la vigencia pactada en el contrato de seguro.

Finalmente, y solo en caso de demostrarse que el asegurado de mi poderdante cometió un error de carácter administrativo que de vía a la declaratoria de responsabilidad, de ninguna manera podrá obligarse a mi mandante a responder con cargo al contrato de seguro con que fue llamada en garantía, y esto es así, porque no se encuentra amparado ese riesgo, es decir, no existe cobertura material para errores o fallas de tal índole.

#### **IV. DE LAS PRUEBAS TESTIMONIALES DECRETADAS, PRACTICADAS Y LO DEMOSTRADO.**

En el curso del proceso, las partes y las llamadas en garantía en ejercicio de su rol solicitaron al despacho una serie de testimonios con la intención de respaldar y probar tanto su imputación, como su defensa. En ese orden de ideas, en defensa de nuestros intereses relacionaremos los siguientes:

- **MÉDICO ALEXANDER PERDONMO FERRUCHO:**

De esta prueba debe resaltarse que, prestó atención médica al señor Cruz., en la red de Salud del Norte E.S.E., exponiendo que la misma se dio a raíz de un dolor de brazo izquierdo, pecho y cuello, procediendo a realizar examen físico, determinando un diagnóstico de origen muscular. El paciente solo manifestó ser alérgico al diclofenaco y a la dipirona, por lo que se suministró naproxeno, que si bien es de la misma familia, no contiene las mismas moléculas. El paciente se retiró de la consulta en buenas condiciones.

Posteriormente, manifiesta que fue citado por la fiscalía, por lo que estudió el caso y pudo evidenciar que el paciente tuvo compromiso cardiaco, lo que se detectó desde la atención en la Clínica Cañaveralejos, siendo que el paciente nunca presentó síntomas complejos de choque anafiláctico, solo sucedió en la Clínica Colombia y no fue de gravedad.

Finalmente, expuso que el suministro de naproxeno es común en pacientes alérgicos al diclofenaco o la dipirona, y que se sabe que es alérgico al neproxeno si se presenta brotes en la piel o rash cutáneo, lo que no se dio.

- **Conclusión:**

De las declaraciones decretadas y practicadas, se hace evidente que la Red de Salud del Norte E.S.E., durante el periodo de atención médica al paciente actuó de manera diligente, con pericia y en pro de su mejoría, brindando valoración tratamiento y diagnóstico ajustado a las patologías que aquejaron al paciente, apegados a los protocolos médicos y poniendo a disposición los recursos humanos y técnicos disponibles, siendo que el lastimoso deceso se produce por situaciones ajenas al tratamiento brindado en las instalaciones de la pasiva.

#### **V. ALEGATOS FRENTE A LA DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD SOLICITADA POR LA DEMANDANTE.**

**.- EL EXTREMO ACTOR NO LOGRÓ DEMOSTRAR EL DAÑO ANTIJURÍDICO QUE DICE HABER SUFRIDO.**

Tenemos que la demandante adujo en el escrito genitorio que ha sufrido una serie de perjuicios causados desde la primera atención que recibió el señor Cruz en la Red de Salud del Norte E.S.E., cuando ingresó el 12 de septiembre de 2014 por presentar dolor de brazo izquierdo, pecho y cuello con punzadas desde hace 20 días, y hasta el día 26 de septiembre de 2014, cuando falleció en la Clínica Colombia, como consecuencia del supuesto error en el tratamiento por suministro del Aines-Naproxeno aun cuando el paciente era alérgico, lo que se calificó como una falla en el servicio por parte de las pasivas, de quienes se pretende indemnización.

Contrario a lo perseguido por la actora, ha quedado demostrado con las pruebas testimoniales, así como de las documentales obrantes en el plenario, y de la pericial, que la atención médica brindada por la Red de Salud del Norte E.S.E., se ajustó a los estándares médicos, las guías y protocolos adecuados durante la internación del paciente en esta institución, así como su diagnóstico y tratamiento.

Prueba de ello es que en la única consulta la Red de Salud del Norte E.S.E., el paciente recibió diagnóstico y tratamiento, dándose salida en buenas condiciones, por lo que se utilizaron todos los medios clínicos, profesionales y de análisis para procurar conjurar su estado de salud, revisando y analizando de manera holística al paciente para determinar una conducta adecuada y apropiada a seguir, siendo diáfana la atención, caracterizada por ser de calidad, diligente y perita según la *lex artis*; tanto así, que se reitera, el paciente egresó sin complicaciones.

No obstante, y aun cuando el paciente pudo ser tratado, se tiene que debido a patologías cardíacas y a sus antecedentes asmáticos, y pese a haber destinado todos los recursos humanos y técnicos, se dio una evolución tórpida por la larga estadia del señor Cruz en UCI., que llevó al deceso sin causa imputable a la asegurada de mi poderdante.

En consecuencia, de conformidad con las previsiones legales pertinentes, congruentemente con el principio cardinal del derecho “actori incumbit probatio” y con el respaldo de consolidada jurisprudencia del Consejo de Estado sobre el particular, la carga que tenía la parte demandante para acreditar los tres elementos configurativos de la responsabilidad patrimonial del Estado no fue cumplida, por imposibilidad para hacerlo, lo cual trae como consecuencia que el fallador tenga que rechazar las pretensiones de la demanda y proceder a absolver a mi poderdante y a sus aseguradas.

En suma, de los hechos relatados, de la valoración de las historias clínicas del paciente y del testimonio médico escuchado, así como de un exhaustivo análisis normativo en el que los supuestos de hecho se pretenden soportar, es claro que no se ajustan a una consecuencia jurídica en contra de las llamadas a juicio. Todo ello entendido bajo el prisma del desarrollo conceptual signado por el avance jurisprudencial efectuado por el Consejo de Estado. Por todo lo anterior, es dable concluir que los elementos de la responsabilidad del Estado no han existido en este proceso, por lo cual tampoco surge una obligación indemnizatoria radicada en cabeza de mi poderdante.

Claramente para nuestro caso, se ha demostrado ampliamente que el extremo pasivo brindó de manera indiscutible todo lo necesario en cuanto a procedimientos, tratamiento, seguimiento, personal, información, exámenes, diagnósticos y calidad para propender por la conservación de la salud de la paciente, quien lamentablemente fallece sin causa imputable a las hoy demandadas y vinculadas.

En consecuencia, al no demostrarse las circunstancias de tiempo, modo y lugar que le den sustento a las afirmaciones realizadas en la demanda y como le correspondía a la parte actora, en los términos señalados en el art. 167 del C.G.P., probar los hechos de los cuales alega las

consecuencias patrimoniales solicitadas a su favor y en contra de la entidad clínica demandada, carga probatoria que no se cumplió, es que resulta no probado el daño antijurídico imputado y por lo cual se deben negar las pretensiones del medio de control.

## CAPÍTULO II

### **I. LOS MEDIOS EXCEPTIVOS PROPUESTOS FRENTE A LA DEMANDA.**

#### **.- ESTÁ PROBADA LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD Y/O DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E. – INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL**

Se propone esta excepción con fundamento en que en este caso no se reúnen los elementos que podrían estructurar la responsabilidad que pretende endilgarse al ente convocante, particularmente el daño antijurídico que debe ser ocasionado por un hecho o acto realizado con culpa de la RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E., y además, que entre éste y aquel exista relación de causalidad directa.

Los documentos arrimados a la foliatura acreditan que la atención brindada al señor Alexander Cruz Córdoba (persona distinta a la que se alude en los hechos de la demanda; Alexander Cruz Paz) en el Hospital Joaquín Paz Borrero, fue adecuada, oportuna y perita y se justó plenamente a los protocolos y si bien se le formuló naproxeno, no existía prueba o antecedente de ningún tipo que permitiera siquiera inferir, que el paciente pudiera ser alérgico a ese medicamento.

Pero además, si dentro del proceso se llegara a acreditar científicamente que el uso del naproxeno estaba contraindicado en un paciente con las características y antecedentes del señor Cruz Córdoba y que las complicaciones inmediatas que él presentó obedecieron a reacción anafiláctica a ese medicamento, de todas formas, su lamentable fallecimiento fue consecuencia de las complicaciones propias de una neumonía adquirida en la última institución que lo atendió.

Así las cosas, se ha acreditado que el medio de control carece de prueba alguna que acredite relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de Red de Salud del Norte E.S.E., por ende la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra aquella.

En este orden de cosas, es claro, como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia del Consejo de Estado, que en los eventos en que existen diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce y por eso la responsabilidad profesional médica, no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el imputado. En conclusión, no habiendo vínculo de causa efecto entre la actuación de la parte pasiva y los supuestos perjuicios que alegan los demandantes, no se compromete a La Clínica Los Rosales, resultando inexistente la responsabilidad que se le atribuye.

Entonces, para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que consecuencia de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

**1)** La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. Este elemento deberá ser probado por los demandantes. **2)** El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. También

compete a las demandantes su demostración. 3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiera la categoría de cierto e indemnizable.

De esta manera la jurisprudencia lo ha sostenido mediante ponencia reciente, radicada bajo el No. 17837 con ponencia de la Doctora MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR; en la que señala:

**“De cara a este concepto, tratándose del régimen de responsabilidad médica, deberán estar acreditados en el proceso todos los elementos que configuran la responsabilidad de la administración, de manera que le corresponde a la parte actora acreditar el hecho dañoso y su imputabilidad al demandado, el daño y el nexo de causalidad entre estos, para la prosperidad de sus pretensiones.** En suma, en cumplimiento del artículo 177 del C. de P. C., incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, y por lo tanto, corresponde a la parte actora probar los hechos por ella alegados.” (Subrayado y negrilla nuestro).

En tal sentido, le corresponde a las demandantes comprobar los tres elementos anteriormente anunciados, reiterando que la culpa igualmente debe ser probada, por no encontrarnos dentro de un régimen de culpa presunta, sino por el contrario de culpa probada.

Como quiera que la parte actora no logra erigir los supuestos necesarios para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil aludida, es necesario recalcar que tampoco consigue concretar la existencia de un vínculo, con las características necesarias, que ate el actuar del Clínica De Los Rosales con los supuestos perjuicios alegados por la parte actora.

En dicho entendido, es claro que no sólo no existe error en la conducta por parte del personal médico y asistencial, ni el nexo causal entre el daño que se alega y el presunto comportamiento del que se pretende derivar la responsabilidad buscada, puesto es claro que en el presente caso, la asegurada actuó de conformidad con la *lex artis*, inclusive debe resaltarse el hecho de que la misma solo participó de una única atención médica, de la cual el paciente egreso en buenas condiciones.

Por lo tanto, es necesario concluir que no se logra demostrar la existencia del vínculo característico que se requiere para predicar la existencia de la responsabilidad civil porque en el caso que acá se debate, la parte actora no logra demostrar cómo el actuar de la demandada fue una causa determinante y eficiente para el perfeccionamiento del perjuicio que exige se le repare.

En efecto, la acreditación del vínculo entre el actuar del demandado y los perjuicios que alude haber padecido la actora, debe reunir determinadas condiciones, luego, no es suficiente con una hipotética ligazón abstracta.

Sobre estas calidades se ha referido la Corte Suprema de Justicia, que dijo en el 2002 que:

“El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no solo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino que el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato, señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responde de los primeros únicamente cuando son consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento (...)”

En conclusión, la inexistencia del vínculo requerido para que surja una declaratoria de

responsabilidad civil, genera la absolución de la entidad demandada.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

**.- ESTÁ PROBADO QUE EL ACTO MÉDICO SE CUMPLIÓ CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA.**

Se formuló la excepción, atendiendo que de los documentos anexos al traslado de la demanda, se logra inferir que la atención se brindó conforme los protocolos establecidos y con el lleno de los requisitos y estándares de calidad. A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico de conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar, el médico enfrenta no sólo la situación clínica, en este caso particular la patología de carácter gástrico, sino todo un conjunto de circunstancias clínicas propias de cada paciente, de su entorno social, familiar y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrático de cada paciente, así como el alea terapéutica siempre presente en los tratamientos médicos. Por ello los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación pero no suficiente.

Dentro del marco de la lex artis, se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que “debe hacerse”, lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebido son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, entre tanto que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

En este sentido nos identificamos plenamente con los conceptos expuestos por Celia Weingarten al indicar que únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado.

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa (alea terapéutica), o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico. Pues ello visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

Conforme a lo anterior, el Consejo de Estado en Colombia con ponencia del Mg. Julio Cesar Uribe Acosta mediante sentencia de abril 18 de 1994 coincidió en señalar que el Juez no falla controversias científicas. Expuso “El sentenciador encuentra que confrontados los testimonios técnicos, se presentan aspectos que permiten concluir que en algunas circunstancias y facetas científicas las opiniones de los citados profesionales se encuentran divididas, pero en estos casos la doctrina orienta en el sentido de que el Juez no puede tomar partido en tales controversias, filosofía con la cual el punto controvertido, de no existir una prueba científica que lo defina se queda sin demostración.”

Concluyendo, es menester resaltar que el paciente es atendido oportunamente en la Red de Salud del Norte E.S.E., respecto de su patología. Se precisa que en las clínicas citadas se cumple con todos los protocolos institucionales para la atención del paciente, pero durante la atención se presentan una serie de complicaciones inherentes al proceso de patologías cardíacas y

respiratorias que no son de resorte de la asegurada de mi defendida.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

**.- IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS INMATERIALES EN MODALIDAD DE DAÑO MORAL.**

En el asunto que nos ocupa, lo demandantes pretenden el reconocimiento e indemnización del daño en moral en suma de 90 SMMLV., para cada uno, sin embargo el mismo se torna en improcedente, habida de cuenta que de ningún modo han logrado acreditar la responsabilidad de la pasiva por acción u omisión en los hechos demandados, entre otras cosas, por la más que evidente insuficiencia probatoria.

Este perjuicio se ha definido de antaño por la jurisprudencia como “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. Esta afectación, conocida también como duelo, se ha calificado científicamente por la doctrina médica que ha señalado:

*“(...) afecta prácticamente todos los aspectos de la vida de un sobreviviente. A menudo, el duelo acarrea un cambio de estatus y de papel (por ejemplo, de esposa a viuda o de hijo o hija a huérfano). También tiene consecuencias económicas y sociales (la pérdida de amigos y en ocasiones de ingreso). En primer lugar se presenta la aflicción, que es la respuesta emocional experimentada en las primeras fases del duelo (...) la aflicción, al igual que la muerte es una experiencia personal. La investigación actual ha cuestionado las nociones previas de un solo patrón “normal” de aflicción y un programa “normal” de recuperación. El hecho de que una viuda hablara con su difunto marido era considerado como una señal de perturbación emocional, que ahora se reconoce como una conducta común y útil (...)”<sup>2</sup>*

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales, pues en primer lugar, debe esclarecerse como ya se ha expuesto, que en congruencia con lo perseguido en la pretensión primera del acápite de declaraciones y condenas del escrito de la demanda, que el acto sobre el cual se pretende la declaratoria de responsabilidad se configure por acción u omisión de la demandada, lo que no se ha acreditado, motivo por el cual los montos solicitados por la parte accionante no pueden ser ni reconocidos, ni cancelados a modo de indemnización..

En conclusión, es inviable el reconocimiento por daño moral en las sumas pretendidas por la parte demandante, por cuanto no se allegaron pruebas que acrediten la responsabilidad de la pasiva. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**.- IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS MATERIALES EN MODALIDAD DE LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO.**

En gracia de discusión, debe indicarse que en el proceso la parte actora solicita el reconocimiento del perjuicio material por concepto de lucro cesante, sin que se aportara prueba alguna que lo sustente. Debe mencionarse que no existe prueba del lucro cesante pues con respecto de la víctima directa (Q.E.P.D.), no existe medio que demuestre que devengaba un salario ni que

<sup>2</sup> Papalia, Diane E. Wendkos Olds Rally y Duskin Feldman Ruth en “Desarrollo Humano”, Editorial Mc Graw Hill. Novena edición. México D.F. 2004. OP CIT, pág. 766 y s.s.

desempeñara actividad económica alguna. Adicionalmente, tampoco hay prueba de la relación de dependencia económica de su núcleo familiar, razón por la cual no se reúnen los presupuestos fácticos para dar cabida al lucro. En este sentido, se destaca que, con la mera afirmación, no puede tenerse como demostrado el ingreso, ni su cuantificación o periodicidad, ya que no se allegó prueba idónea.

En este sentido, resulta útil recordar los aspectos fundamentales que configuran el lucro cesante. Éste se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica y de contenido pecuniario. Es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir, que no ingresará al patrimonio de la persona. Es decir, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar.

No obstante, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es decir que si no se hubiese producido el daño el ingreso debía percibirse, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, el Consejo de Estado ha sostenido lo siguiente:

*“El lucro cesante, de la manera como fue calculado por los peritos, no cumple con el requisito uniformemente exigido por la jurisprudencia de esta Corporación, en el sentido de que el perjuicio debe ser cierto, como quiera que el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización. **El perjuicio indemnizable, entonces, puede ser actual o futuro, pero, de ningún modo, eventual o hipotético.** Para que el perjuicio se considere existente, debe aparecer como la prolongación cierta y directa del estado de cosas producido por el daño (...)”<sup>3</sup>*

Esto significa que el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias. Por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso, siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos dejados de percibir.

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

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

*En los casos en los que se pruebe que la detención produjo la pérdida del derecho cierto a obtener un beneficio económico, lo cual se presenta cuando la detención*

<sup>3</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 4 de diciembre de 2006 (expediente 13.168)

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

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

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

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual.

Aterrizando al caso concreto, debe manifestarse que la señora Ordoñez solicita el reconocimiento de lucro cesante derivado del lamentable deceso del señor Cruz (Q.E.P.D), sin aportar prueba siquiera que acredite la actividad económica que desarrollaba y mucho menos su cuantía ni ingreso. De manera que dicha solicitud deviene improcedente, máxime, considerando el pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado que se trajo a colación. Se destaca que no existen pruebas para tener por demostrado el ingreso que dejó o dejará de percibir, la forma en la cual se pagaba el supuesto salario devengado y si cotizaba o no a salud, ya que no se allegó prueba de los desprendibles de pago o de las consignaciones periódicas recibidas y mucho menos de las certificaciones de cotización a la seguridad social.

En segundo lugar, no existe prueba alguna de la dependencia económica de su familia, respecto de la víctima directa (Q.E.P.D). Sobre la necesidad de acreditar la dependencia económica de los acreedores alimentarios, la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, ha precisado:

*“(…) Lo antes expuesto ilustra la forma en la cual no resulta del todo exacta la afirmación del Tribunal, formulada en el sentido de que los «perjuicios materiales [...] se presumen en los parientes que son acreedores a obligaciones alimentarias», con el alcance de entender que, en cualquier contexto, la sola relación de parentesco contemplada en el artículo 411 del Código Civil, releva por completo de prueba a los demandantes con respecto a la efectiva generación del perjuicio material -a consecuencia del fallecimiento de aquel que alegan contribuía o podía contribuir a su sostenimiento-. Nótese a este respecto que la tajante*

*proposición que ha sido referida ha merecido diversas puntualizaciones en las cuales la Corte ha exigido, las más de las veces, la demostración directa de la «dependencia económica», esto es de que se recibía el «apoyo efectivo» del difunto o incapacitado; o a lo menos de que se dan en concreto todos los elementos de la obligación alimentaria, estableciendo al efecto que **«no basta la simple condición de acreedor alimentario en el demandante para que la muerte por accidente de su [pariente] le cause un perjuicio actual y cierto, sino que se requiere además la demostración plena de que aquél recibía la asistencia a que por ese concepto le da derecho la ley,** o que cuando menos se encontraba en situación tal que lo capacitara para demandarla y obtenerla y que aquella estaba en capacidad económica para suministrársela (...)»<sup>4</sup> (Énfasis propio)*

Adicionalmente, para solicitar el reconocimiento del lucro cesante en materia administrativa, es necesario que se allegue prueba de la declaración de renta de la parte que lo solicita conforme a lo normado en el artículo 10º de la Ley 58 de 1982 el cual establece:

*“ARTÍCULO 10º. Para la tasación de los perjuicios en acciones indemnizatorias contra el Estado deberá examinarse la concordancia entre los daños alegados y la declaración de renta de las personas vinculadas a la controversia.”*

De acuerdo con lo anterior, para solicitar este tipo de perjuicios es necesario que la parte solicitante lo acredite con pruebas útiles conducentes y pertinentes, las cuales no fueron allegadas, especialmente las declaraciones de renta del fallecido. En consecuencia, no resulta procedente la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante.

En conclusión, al no haberse aportado prueba siquiera sumaria que permita acreditar (i) la ganancia dejada de percibir como consecuencia del hecho dañoso, (ii) la dependencia económica que debía existir entre el peticionario y la víctima directa, no resulta procedente la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante consolidado y futuro.

#### **.- ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.**

Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios inexistentes de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

#### **.- GENÉRICA Y OTRAS.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, siempre que exima parcial o totalmente a las entidades convocantes y/o a mi procurada de responsabilidad, incluida las de prescripción y caducidad de la acción.

### **CAPÍTULO III**

#### **I. DE LAS EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E.**

#### **.- ESTÁ PROBADA LA INEXISTENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y CENTROS MÉDICOS No. 376-88-994000000006.**

<sup>4</sup> CSJ, SC 11149 del 21 de agosto de 2015, Rad. No 2007-0019901

Se formula esta excepción con fundamento en que si bien entre mi representada y RED DE SALUD DEL NORTE ESE se celebró el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 376-88-99400000006, vigente desde el 01/11/2013 y renovada hasta el 01/11/2015, ésta NO CUBRE hechos como los que son objeto de la demanda, pues si bien ocurrieron después de la fecha de retroactividad concertada y durante la vigencia de la póliza, NO fueron reclamados por primera vez al asegurado durante ese periodo contractual, pues la Póliza esgrimida como fundamento del llamamiento en garantía, no estaba vigente para el momento en el que los hoy demandantes formularon al ente asegurado la primera reclamación, es decir para el 23 de septiembre de 2016, cuando los hoy demandantes radicaron la solicitud de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría 59 Judicial I para Asuntos Administrativos.

En efecto, en ese contrato de seguro se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en al Art. 4° la Ley 389 de 1997 que preceptúa que:

*“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, V 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.”*

Fue así como en este caso, las partes concertó y determinó desde un principio el ámbito temporal de la cobertura de Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 376-88-99400000006, vigente desde el 01/11/2013 y renovada hasta el 01/11/2015, en los siguientes términos:

#### *“MODALIDAD DE COBERTURA*

*Responsabilidad Civil Profesional Médica (sic), cubriendo las actividades del asegurado como propietario y/u operador de la institución (sic) médica (sic) según (sic) texto registrado por Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda.*

*POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA DE CLINICAS Y CENTROS MÉDICAS, COBERTURA BASE CLAIMS MADE.*

*Se entiende por “claims made”: Cubre las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, descubiertas por primera vez durante el periodo del seguro como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza (sic) en sus amparos generales, sucedidos durante la vigencia de la póliza (sic) o desde la fecha de retroactividad otorgada*

#### *FECHA DE RETROACTIVIDAD*

*La retroactividad será (sic) desde el 1 de noviembre de 2006, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando no se tuviera conocimiento de una reclamación (sic) potencial.” (sublínea ajena a texto).*

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 entidad asegurada, por primera vez, durante la vigencia de la póliza.

Pero, en este caso, si bien los hechos objeto de la demanda en contra de la convocante ocurrieron después de la fecha de retroactividad pactada, no fueron reclamados por escrito al asegurado durante la vigencia de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 376-88-994000000006, vigente desde el 01/11/2013 y renovada hasta el 01/11/2015 y por ende, tal contrato de seguro NO OFRECE COBERTURA para hechos como los que son objeto de la demanda.

Entonces, resulta claro que la póliza anexa al llamamiento en garantía no ofrece cobertura para hechos como los hoy reclamados judicialmente a la Red de Salud del Norte E.S.E., que no fueron reclamados durante la vigencia de tal póliza y por ende, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

**- AUSENCIA DE COBERTURA PARA PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES Y POR LUCRO CESANTE, POR CUENTA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 376-88-994000000006**

Sin perjuicio de lo expuesto en la precedente y sin que implique reconocimiento de obligación alguna a cargo de mi representada, se formula esta excepción en ejercicio del derecho a la defensa de la aseguradora, con fundamento en que en las Condiciones Particulares, que hacen parte integrante de la póliza citada<sup>5</sup> y que fuera expedida por Aseguradora Solidaria C.E.C., se definió el objeto del seguro, en los siguientes términos:

**"OBJETO DEL SEGURO**

*Mantener indemne al Asegurado por cuanto deba pagar a un Tercero, o a sus derechohabientes, en razón (sic) de la Responsabilidad Civil incurrida de acuerdo a la legislación (sic) vigente, por los perjuicios materiales por responsabilidad civil profesional médica (sic) imputable a los médicos (sic), enfermeras y personal paramédico (sic), vinculados al Hospital José Joaquín (sic) Paz Borrero E.S.E. mediante relación (sic) laboral o con autorización (sic) expresa del asegurado. Ocurrida durante el periodo (sic) de vigencia de la póliza (sic) y cuyo reclamo se formule por primera vez contra el Asegurado durante el mismo periodo (sic) de vigencia del seguro." (Sublinea ajena al texto)*

En ese mismo sentido, en la carátula de la Póliza se enlistaron los amparos otorgados así:

- DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO
- RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL
- TRANSPORTE EN AMBULANCIA.
- RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTOR MEDICO
- USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA
- SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
- GASTOS DE DEFENSA

<sup>5</sup> Artículo 1047 del Código de Comercio

Las Condiciones del Contrato de Seguro, conforme lo indica el Profesor Ossa<sup>6</sup> “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 dimanen.” En ese sentido, la condiciones 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<sup>7</sup>, es decir, que constituye ley para las partes en virtud del acuerdo comercial el cual debe ser respetado y honrado por los sujetos contratantes.

En suma, el Condicionado de la Póliza es 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 aseguratorio en la medida de que delimita los riesgos bajo el principio de la liberalidad en la asunción de los mismos<sup>8</sup>, 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, riesgos de manera indiscriminada y a responder por la materialización de ellos cualquiera sea su fuente, objeto, lugar o momento en que acaezcan.

Para el caso en concreto, en materia de seguros de responsabilidad civil, no sólo las Condiciones de la Póliza delimitan los riesgos que asume el asegurador, la ley misma prevé el alcance del negocio jurídico aseguratorio en el artículo 1127 del C. de Co., reformado por el artículo 84 de la Ley 45 de 1990, al indicar que la obligación del asegurador se centra en “indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado”, vale decir, los perjuicios materiales que sufra la víctima del hecho dañoso.

En ese sentido, de una lectura concreta a las normas que regulan la delimitación de los riesgos (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo- causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto<sup>9</sup> es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

Vista la importancia de las Condiciones de la Póliza, para el caso en particular, en aquellas que hacen parte integrante de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 376 88-994000000006, se puede verificar claramente lo manifestado en líneas atrás, razón por la cual no puede admitirse, bajo ningún punto de vista, el desconocimiento de esta cláusula contractual, máxime si ésta obedece a la buena fe comercial, amén del principio de que el contrato es ley para las partes, donde lo que se pretende es limitar la responsabilidad del asegurador bajo el principio de la liberalidad en la asunción del riesgo; de tal suerte que en la resolución del caso en concreto, la decisión debe sujetarse al tenor literal del contrato<sup>10</sup>.

La Ley 45 de 1990 en su artículo 84, que modificó el artículo 1127 del C. de Co., define el seguro de responsabilidad como aquel que “impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los **perjuicios patrimoniales que cause el asegurado** con motivo de determinada

<sup>6</sup> Ossa G. J. Efrén. Teoría General del Seguro - El Contrato. Editorial Temis 1991.

<sup>7</sup> Artículos 1618 y ss., del Código Civil.

<sup>8</sup> Artículo 1056 del Código de Comercio.

<sup>9</sup> Cfr. Ossa. G. J. Efrén. Op Cit. Pág. 111.

<sup>10</sup> No puede acudir a la interpretación restrictiva en el presente contrato de seguro, como quiera que dicho actuar no es consonante con otro principio de interpretación de los contratos, que es la interpretación amplia, el cual verifica el querer de los contratantes. Artículo 1622 del Código Civil.

responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y que tiene como propósito el resarcimiento de la víctima (...) (Negrillas y subrayado fuera del texto original).

De la norma transcrita se infiere, sin lugar a equívocos, que el objeto del contrato de seguro citado es resarcir aquellos perjuicios de orden patrimonial que el asegurado cause a un tercero con ocasión a un hecho que ha inferido un daño cierto, definiéndose –los perjuicios patrimoniales– como aquellos que “gravitan negativamente en la esfera patrimonial de la persona que ha sufrido una afectación en su integridad física o en sus bienes. Conforme a los desarrollos legales y jurisprudenciales el perjuicio patrimonial se divide en daño emergente y lucro cesante<sup>11</sup>.

Es así como la definición del riesgo asegurable implica el cubrimiento de los perjuicios patrimoniales causados por el asegurado a la víctima, es decir, tan solo opera el cubrimiento del daño emergente y el lucro cesante que sufra el tercero afectado (éste último, siempre y cuando exista acuerdo expreso entre el asegurado y la aseguradora<sup>12</sup>); por otra parte, debe atenderse el espíritu y querer del legislador del año 1990 al redactar la norma tantas veces citada, bajo la premisa cierta de que, al indicar que el seguro de responsabilidad civil es un seguro a favor de terceros (artículo 1133 del C. de Co. modificado por el artículo 87 de la Ley 45 de 1990), no es dable afirmar que lo que cause el asegurado es su propio agravio y, a su vez, su ventaja, como quiera que nadie puede sacar provecho de su propia culpa; dicho en otros términos, este seguro patrimonial cubre única y exclusivamente los perjuicios patrimoniales que sufra la víctima y la norma, en ningún aparte de ella, indica que el negocio jurídico aseguratorio cubre los perjuicios que sufra el asegurado, de allí la sentencia “donde la ley no distingue, no es dable distinguir al interprete”.

Por lo anterior, el pluricitado seguro de responsabilidad civil, por disposición legal y contractual, carece de cobertura respecto de los perjuicios de orden extrapatrimonial, cualquiera que sea su orden o modalidad, amén de lo indicado en las Condiciones de la póliza que, como ya se indicó, hacen parte integrante del contrato de seguro, y así solicito se declare en la providencia que ponga fin a esta instancia.

En ese sentido también se destaca que el lucro cesante, al igual que los perjuicios extrapatrimoniales, no es exigible a la aseguradora con base en este tipo de póliza, por cuanto en armonía con el Artículo 1088 del C. de Co., que consagra que “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 acuerdo expreso.” (Sublínea ajena al texto). Por ende como en el contrato de seguro no se pactó el amparo para el lucro cesante, tal riesgo es ajeno a su cobertura.

No sobra señalar, que además en las condiciones particulares de la póliza expresamente se excluyeron de cobertura el lucro cesante y los daños extrapatrimoniales.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

#### **.- RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE AMPARO.**

Sin perjuicio de lo expuesto en las precedentes y sin que implique reconocimiento de obligación alguna a cargo de mi representada, se formula esta excepción en ejercicio del derecho a la defensa de la aseguradora, en virtud de que, a la ausencia de cobertura se suma que en este caso el lucro cesante y los perjuicios extrapatrimoniales se encuentran expresamente excluidos de

<sup>11</sup> Díaz-Granados Ortiz, Juan Manuel. El Seguro de Responsabilidad. Centro Editorial Universidad del Rosario. 2006.

<sup>12</sup> Así lo contempla el artículo 1088 del C. de Co.

amparo.

En las Condiciones Particulares de la póliza, expresamente se concertaron, entre otras las siguientes exclusiones de amparo:

*"EXCLUSIONES*

*En adición (sic) a las exclusiones de las condiciones generales de la póliza (sic), se excluyen además (sic) las siguientes: (...)*

*"Lucro cesante, daño moral, perjuicios fisiológicos (sic) o de vida en relación (sic) y la responsabilidad civil extracontractual. (...)"*

Ahora bien, tal como lo señala el Artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

*"Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado".*

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

*"Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro"<sup>13</sup>*

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, se exhorta a los Jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro, razón por la cual, es menester señalar que la Póliza No. 376-88-994000000006, en su clausulado o condiciones, relaciona una serie de exclusiones que según lo probado en el proceso deberán aplicarse.

Las exclusiones en este caso cumplen con las exigencias en el Estatuto del Consumidor en tanto que yacen descritas en carácter legible, visible y comprensible en la proforma anexa que se entregó al tomador con la suscripción del seguro, el pacto de estas exclusiones hace parte del ejercicio legal y libre de la actividad mercantil aseguradora en tanto que el art. 37 de la Ley 1480 del 2011 permite a la aseguradora, en tanto que los seguros son contratos de adhesión, instrumentar la prerrogativa del art. 1056 del Código de Comercio a través de la institución de exclusiones.

La Superintendencia financiera Colombia bajo Radicado 2019153273-007-000, procedió a dar una

<sup>13</sup> Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

posición frente a los amparos y exclusiones de la póliza, emitiendo la siguiente consideración:

*“Bajo esta línea de interpretación, debe entenderse que en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este Supervisor.” El día 4 de febrero de 2020 la Dirección Legal de Seguros de la Superintendencia Financiera de Colombia a través de respuesta a petición con radicado 2019153273- 007-000, consideró que “en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tantos los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza [...].”*

La regla consistente en que las exclusiones deben figurar en la primera página de la póliza so pena de ineficacia de la estipulación se encuentra en el art. 44 de la Ley 45 de 1990 y el art. 184.2 del EOSF que dicen:

*Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:*

*1. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, a la presente Ley [o estatuto, según el caso] y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva. [...] 3. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.*

*Pero dicha norma no define qué es y qué no es póliza y tampoco establece qué se entiende por primera página de la misma, es decir, si con base en el art. 1047 y 1048 del Código de Comercio, las condiciones generales y particulares son la Póliza y la integran, ¿cuál es la pauta normada de la que la juez concluye que las exclusiones deben estar indefectiblemente en la carátula (que no es lo mismo que primera página) de la Póliza si el art. 184 del EOSIF no hace tal distinción. Tal es la disonancia semántica del fallo con las normas que ha aplicado irregularmente que ni siquiera, la reglamentación de la Superintendencia Financiera le da la razón a la jueza, dicha entidad expidió la Circular Básica Jurídica 07 de 1996 indicando respecto de las pólizas de seguros lo siguiente:*

*1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros.*

*Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el art. 184 numeral 2 del EOSF las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado. Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:*

*1.2.1.1. En la carátula.*

*a. Las condiciones particulares previstas en el art. 1047 del Código de Comercio.*

*b. En caracteres destacados o resaltados (es decir que se distingan del resto del*

texto de la impresión) el contenido del inciso primero del art. 1068 Código de Comercio. Para el caso de los seguros de vida, el contenido del art. 1152 del mismo ordenamiento legal.

1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones).

Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral.

La CBJ 07 de 1996 fue remplazada por la CBJ 029 de 2014 más actual, pero en esta se reprodujeron sin alteración sintáctica ni semántica las disposiciones de la primera circular.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de las pólizas de cita, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza de la aseguradora como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

**.- FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA No. 376-88-99400000006 FRENTE A ERRORES ADMINISTRATIVOS.**

Sin perjuicio de la inexistencia de comisión de error administrativo por parte de la Red de Salud del Norte E.S.E., por la presunta demora en el traslado del paciente a centro médico de mayor nivel en el caso de que se confirmase que existió un error administrativo a cargo de esta IPS, se debe advertir que las pólizas no cubre este tipo de amparo, como quiera que el riesgo asegurado es la responsabilidad civil médica en que incurra el **asegurado**.

Es decir, que las pólizas vinculadas a este proceso y sobre las cuales se pretende condena, cubren únicamente el patrimonio del asegurado por la responsabilidad que a este le corresponda, de tal suerte que en ningún caso ampara la responsabilidad administrativa que no haya sido causada por el asegurado e inclusive la causada por este, razón por la cual no es jurídicamente procedente condenar a la Compañía Aseguradora, por cuanto, lo único amparado en la póliza es la responsabilidad médica, entre otras donde no se evidencia la responsabilidad administrativa.

Lo que puede constatarse en el clausulado particular y general de las pólizas, que indican:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DANO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		100,000,000.00	0.00

En complemento, vale anotar que el máximo órgano Constitucional en sentencia del 23 de abril de 2008 expuso la definición de asegurado en los siguientes términos:

*“En el contrato de seguro de responsabilidad el asegurado es el titular del interés asegurable y es aquella persona que puede ver afectado su patrimonio ante la ocurrencia de un siniestro por el cual debe responder, y cuyo patrimonio protege a través del seguro y puede tener a su vez la condición de tomador del seguro, siendo en consecuencia parte en el contrato de seguro.”<sup>14</sup>*

De manera que las pólizas no prestan cobertura material en el caso que nos ocupa si se toma en consideración que uno de los reproches del demandante se circunscribe al ámbito administrativo de demoras o infructuosas remisiones del paciente, pues como con suficiencia se ha demostrado, ni la póliza lo ampara, ni estaba en su totalidad en cabeza del asegurado. Lo anterior, toda vez que el objeto de la póliza es indemnizar los daños causados por errores médicos o negligencia del asegurado como resultado de la responsabilidad civil médica y no administrativa de lo cual se pretende hacer responsable a la asegurada, que no podría endilgársele en los hechos base de este litigio, resultando consecuentemente improcedente la afectación de la póliza.

Así pues, las pólizas en comento no prestan cobertura material y no podrán ser afectadas, como quiera que el objeto asegurado es indemnizar los perjuicios causados por la responsabilidad civil profesional médica del asegurado. En otras palabras, el contrato de seguro no presta cobertura material en el caso concreto, como quiera que de los hechos de la demanda se está discutiendo la eventual responsabilidad administrativa y patrimonial.

En conclusión, aún en el hipotético e improbable caso de que se constatará que existió un error administrativo a cargo de las aseguradas, se debe advertir que las pólizas no cubren este tipo de amparo, como quiera que el riesgo asegurado es la responsabilidad médica en que incurra el **asegurado**. Es decir, que las pólizas de responsabilidad vinculadas a este proceso cubren únicamente el patrimonio del asegurado por la responsabilidad que a este le corresponda, de tal suerte que en ningún caso ampara la responsabilidad administrativa.

Ruego se declare el éxito de este reparo.

**.- LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD Y CONDICIONES DEL SEGURO No. 376-88-994000000006.**

Sin perjuicio de lo expuesto con anterioridad y sin que implique el reconocimiento de responsabilidad alguna a cargo de mi representada, se formula esta excepción en virtud de que la obligación indemnizatoria de las coaseguradoras sólo nace cuanto se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que las exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de la póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo otorgado, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo cubierto, etc.

Ahora bien, de cualquier manera, pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora y por la entidad convocante, así como las razones que sirven de base a las demás excepciones propuestas, es pertinente mencionar que en el remoto evento de que prosperaran una o algunas de las pretensiones del libelo, contractualmente, en la póliza de seguro se estipularon, además del coaseguro y del porcentaje de participación de mi

<sup>14</sup> Corte Constitucional. Expediente D-7001. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

procurada, las condiciones de la responsabilidad del asegurador, sus límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, etc., de manera que son estos 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, de tal suerte que cualquier pronunciamiento debe sujetarse a tales condiciones contractuales.

En efecto, para resolver lo concerniente al llamamiento en garantía deben tenerse en cuenta el tipo de cobertura otorgada, las exclusiones de amparo, los límites y sublímites asegurados y los deducibles pactados, por cuanto si los hechos de la demanda y el perjuicio alegado no se encuentran enmarcados bajo los parámetros del amparo otorgado, resulta imposible la afectación del contrato de seguro utilizado como fundamento de la convocatoria a mi representada y la compañía estaría exenta de obligación indemnizatoria.

De otra parte, en las condiciones generales y particulares de la póliza que recoge el Contrato de Seguro, se contemplan algunas exclusiones de amparo que de presentarse, también relevan completamente a la Compañía Aseguradora de la obligación de pagar cualquier indemnización y que pido tomar en cuenta al momento de dictar sentencia.

Ahora, el límite asegurado para cada uno de los amparos otorgados es el señalado en la caratula de la póliza por vigencia, de manera que cada coasegurador deberá soportar una eventual indemnización, en proporción a la cuantía de su participación porcentual en el coaseguro y la responsabilidad de las Compañías coaseguradoras por todo concepto, no excederá, para ninguna, el porcentaje correspondiente de ese tope asegurado para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

Por ello señor juez es pertinente mencionar los amparos contratados en la póliza de marras, los cuales pueden ser observamos en armonía de las condiciones generales y particulares de la póliza:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DANO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		100,000,000.00	0.00

Lo anterior indica que si se llegaren a presentar otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderán como una sola pérdida y la obligación de mi representada está limitada por el porcentaje correspondiente de la suma asegurada por vigencia, conforme a lo dispuesto en los Arts. 1079 y 1089 del 36 C.Co, como también, deberán tenerse en cuenta los sublímites establecidos en la póliza citada anteriormente, en especial los referidos en materia de responsabilidad profesional.

De acuerdo con lo estipulado en el contrato de seguro, la suma indicada en la carátula de la póliza o por anexo como "límite agregado anual" es el límite máximo de responsabilidad de las coaseguradoras por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de las coaseguradoras puede exceder éste límite durante la vigencia, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros. La suma indicada en la carátula de la póliza o por anexo como "límite por evento" es el límite máximo de responsabilidad de las Compañía aseguradoras por

todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

En conclusión, el límite asegurado para cada uno de los amparos otorgados es el señalado en la caratula de la póliza por vigencia, de manera que cada coasegurador deberá soportar una eventual indemnización, en proporción a la cuantía de su participación porcentual en el coaseguro y la responsabilidad de las Compañías coaseguradoras por todo concepto, no excederá, para ninguna, el porcentaje correspondiente de ese tope asegurado para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

**.- INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE ASEGURADORA SOLIDARIA C.E.C., 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 mí 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 ASEGURADORA SOLIDARIA C.E.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:

1. La del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la ley propia y 2. 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 mías)

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 para el amparo de muerte o lesión a una persona, con sujeción a las condiciones de la póliza.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

#### **- GENÉRICA Y OTRAS.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso ya sea frente a la demanda o incluso ante el llamamiento en garantía, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

### **CAPÍTULO IV** **SOLICITUDES**

Así las cosas, reiteramos nuestros argumentos presentados en la contestación de la demanda y el llamamiento en garantía y conforme se precisó en esta instancia procesal, por tanto,

**PRIMERA.-** En garantía a nuestro asegurado, solicitamos al Honorable Despacho, se sirva denegar la totalidad de las pretensiones de la demanda ante la ausencia de los elementos axiológicos de la responsabilidad del Estado.

**SEGUNDA.-** Acceder a las excepciones de mérito propuestas por mi representada y aquellas que inclusive el Despacho logré encontrar fundadas de los hechos probados en este juicio.

**TERCERA.-** De manera subsidiaria, en el remoto e hipotético caso que se considerara acceder a las pretensiones de la demanda en contra el asegurado, se tengan en cuenta las condiciones particulares y generales de la póliza, relativas a la modalidad de cobertura temporal, disponibilidad del valor asegurado, sublímites para daños extrapatrimoniales, deducible y exclusiones pactadas.

### **CAPITULO V** **NOTIFICACIONES**

La parte convocante, en el lugar indicado en el escrito de Llamamiento en Garantía.

La suscrita en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho. Dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. 19.395.114 de Bogotá

T.P. 39.116 del C. S. de la J.