

Señores:

JUZGADO PRIMERO (01) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA.

j01ccsmta@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL.
RADICADO: 470013153001-2023-00169-00.
DEMANDANTE: GONZALO SALVADOR PANTOJA PLATA.
DEMANDADO: E.P.S SANITAS S.A.S. Y OTROS.
LLAMADA EN GARANTIA: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de representante legal de la sociedad G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S., identificada con NIT No. 900.701.533-7, quien obra como apoderada general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT No. 860.028.415-5, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., según consta en los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo en primer lugar a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por GONZALO SALVADOR PANTOJA PLATA, en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTIA** formulado por la demandada ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – E.P.S. SANITAS S.A.S. en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del

llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1: Es cierto, conforme al certificado de afiliación allegado como prueba en el escrito de demanda.

AL HECHO 2: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Sin embargo, lo manifestado en este hecho solo demuestra que el asegurado, EPS SANITAS S.A cumplió con el deber que le impone la ley a las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

Las entidades promotoras de salud se encuentran definidas en el artículo 177 de la ley 100 de 1993 como:

*“(…) ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud **son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones**, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. **Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata***

*el título III de la presente Ley. (...)*¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tal como se indica en el artículo anteriormente citado, la E.P.S SANITAS S.A.S tiene como función organizar y garantizar el acceso a los servicios de salud que requieran los afiliados. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 3: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Sin embargo, lo manifestado en este hecho solo demuestra que el asegurado, EPS SANITAS S.A cumplió con el deber que le impone la ley a las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

AL HECHO 4: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 5: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

¹ artículo 177 de la ley 100 de 1993.

AL HECHO 6: Este hecho contiene varias manifestaciones sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- NO ME CONSTA, que las molestias se hayan presentado desde el mes de julio de 2018, pues de las pruebas aportadas con el escrito de demandas solo se observan atenciones a partir del 12 de septiembre de 2018

NO ME CONSTA, que el señor Gonzalo Salvador Pantoja viera distorsionado debido a la aparición de una mancha pues en la atención médica que data del 12 de septiembre de 2018 solamente se informa que el paciente ve las cosas “como en ondas”.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 7: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Así mismo, el hecho no indica las circunstancias de tiempo, modo y lugar en el cual se dio la atención que se narra, por lo que no es posible contrastar dicha información con lo plasmado en la historia clínica del demandante. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 8: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Así mismo, la apoderada demandante no indica las circunstancias de tiempo, modo y lugar en el que se realizaron dichas acciones, por lo que no es posible contrastar dicha información con lo plasmado en la historia clínica del demandante. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho

debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 9: NO ES CIERTO lo manifestado, pues conforme a la atención del 15 de agosto de 2017, en la cual el señor Gonzalo Salvador Pantoja aporta examen de optometría se indica lo siguiente:

Fecha de atención: 15/ago/2017
Paciente: GONZALO SALVADOR PANTOJA PLATA Edad: 74 Años HC (DI): 17176663
Entidad: SANITAS EPS Carnet: -
Motivo de consulta / Enfermedad actual:
CONTROL CIRUGIA DE CATARATA DE AMBOS OJOS Y LEVE OPACIDAD DE CAPSULA POST DEL CRISTALINO DE AO.
TRAE OPTOMETRIA.
AVCC OD 20/20 +0.75 - 0.50 x 90
OI 20/20 +0.25 -1.0 x 120

Documento: Historia clínica- atención del 15 de agosto de 2017.

Transcripción esencial: "... leve opacidad de capsula post del cristalino de AO".

Tal y como se muestra, no es cierto que en su examen de optometría se haya encontrado evento adverso. Y en todo caso, son muchos los riesgos que conlleva someterse a una cirugía de cataratas tales como: riesgos anestésicos, endoftalmitis (infección), hemorragia, edema o descompensación corneal, defectos refractivos (hipermetropía, miopía o astigmatismo), subluxación o luxación del lente intraocular, afaquia (ausencia del cristalino), desprendimiento de la retina, opacidad de la capsula posterior, posibilidad de reintervenciones, ruptura de la capsula posterior o de los ligamentos que la sostienen, edema macular, entre otros.

AL HECHO 10: NO ME CONSTA lo afirmado pues la parte actora no narra las circunstancias exactas de la atención aquí indicada y además son hechos totalmente ajenos y desconocidos por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su

dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 11: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 12: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Sin embargo, es importante manifestar que el desprendimiento de retina es uno de los riesgos que se corren al realizar cirugía de Faquectomía más colocación de lente intraocular y dicho riesgo fue informado al señor Pantoja tal y como se muestra:

Y que los posibles riesgos previstos y complicaciones frecuentes más usuales son:

RIESGOS ANESTÉSICOS, ENDOFTALMITIS (INFECCIÓN), HEMORRAGIA, EDEMA O DESCOMPENSACION CORNEAL, DEFECTOS REFRACTIVOS (HIPERMETROPIA, MIOPIA O ASTIGMATISMO), NECESIDAD DE COLOCAR UNA SUTURA DEPENDIENDO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA SELECCIONADA, SUBLUXACION O LUXACION DEL LENTE INTRAOCULAR, AFAQUIA, (Ausencia del Cristalino) DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA, OPACIDAD DE LA CAPSULA POSTERIOR, POSIBILIDAD DE REINTERVENCIONES, RUPTURA DE LA CAPSULA POSTERIOR O DE LOS LIGAMENTOS QUE LA SOSTIENEN, EDEMA MACULAR Y TODOS LOS RIESGOS PREVISTOS Y NO PREVISTOS.

Documento: Consentimiento informado del 13 de enero de 2016.

Transcripción esencial: "...Y que los posibles riesgos previstos y complicaciones frecuentes más usuales son: Riesgos anestésicos, endoftalmitis (infección), hemorragia, edema o descompensación corneal, defectos refractivos (hipermetropía, miopía o astigmatismo), necesidad de una sutura dependiendo de

*la técnica quirúrgica seleccionada, subluxación o luxación del lente intraocular, afaquia (Ausencia de cristalino), **DESPRENDIMIENTO DE RETINA**, opacidad de la capsula posterior, posibilidad de reintervenciones, ruptura de la capsula posterior o de los ligamentos que la sostienen, edema macular...”*

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 13: Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos.
- NO ES CIERTO, pues el procedimiento realizado al demandante se hizo en el año 2016 y los controles posteriores los resultados de la intervención fueron normales. Ahora es importante recordar que los riesgos de desprendimiento de retina se mantienen durante hasta aproximadamente 11 años después de realizado el procedimiento quirúrgico de Faquectomía y en este caso, claramente se materializó un riesgo inherente al procedimiento realizado al señor Gonzalo Salvador Pantoja.

AL HECHO 14: No se trata de un hecho, sino de manifestaciones subjetiva realizada por la apoderada de la parte actora, quien no tiene las aptitudes ni conocimientos necesarios para realizar dichas afirmaciones.

AL HECHO 15: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme

a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 16: Este hecho contiene varias manifestaciones sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- NO ME CONSTA que el señor Gonzalo Salvador Pantoja haya sido atentado en la Clínica Oftalmológica del Caribe.
- NO ME CONSTA, que se le haya ordenado de manera urgente la realización de cirugía.
- NO ME CONSTA que se le hayan puesto de presente los riesgos a los que se sometía al realizarse intervención quirúrgica.
- NO ME CONSTA que en atención del 24 de septiembre del 2018 se le haya indicado por parte del profesional Santiago Morales al paciente que el motivo de la presunta urgencia de la intervención quirúrgica estaba relacionada con un daño severo producido por “que el lente estaba mal colocado y sumado a la mala limpieza del lente intraocular” se había generado daño en la retina.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 17: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 18: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 19: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos, aunado a ello, la parte actora no narra las fechas y motivos de las oportunidades en las que el demandante ha tenido que asistir a la ciudad de Barranquilla para continuar con el tratamiento y de ello no se haya constancia en el material probatorio que se allegó con el escrito de demanda . En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 20: Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No se trata de un hecho, sino de manifestaciones subjetivas realizados por una persona que carece de las aptitudes y conocimientos para expresar dichas afirmaciones.
- No es cierto que las entidades que forman parte del extremo pasivo y más exactamente la E.P.S SANITAS S.A.S haya sido negligente, pues de la historia clínica allegada como material probatorio de la demanda se puede concluir que la mencionada entidad cumplió con su deber de proporcionar las ordenes médicas y de autorizar los respectivos servicios requeridos por el señor Pantoja, tanto así que la parte demandante no realiza ningún reproche específico sobre los servicios brindados por la E.P.S SANITAS S.A.S.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 21: NO ES CIERTO, pues tal y como se observa de la narración de la demanda y del estudio de las pruebas allegadas al proceso, la E.P.S SANITAS S.A.S., ha sido diligente al proporcionar todas las autorizaciones y ordenes que el señor Gonzalo Salvador Pantoja requirió para la recuperación y preservación de su salud, cumpliendo así con las obligaciones que la ley le impone a las Entidades Promotoras de Salud.

Las entidades promotoras de salud se encuentran definidas en el artículo 177 de la ley 100 de 1993 como:

*“(…) ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud **son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones**, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. **Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley. (…)**²*

Tal como se indica en el artículo anteriormente citado, la E.P.S SANITAS S.A.S tiene como función organizar y garantizar el acceso a los servicios de salud que requieran los afiliados. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las

² artículo 177 de la ley 100 de 1993.

oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 22: Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- **NO ES CIERTO** que para las demandadas exista responsabilidad contractual solidaria, pues en primera medida, hasta este momento del litigio no se encuentran acreditados los elementos suficientes para estructurar la responsabilidad del extremo pasivo, esto es, la culpa, el daño y el nexo causal. Y aunado a ello, es claro que dentro del caso bajo estudio se materializó un riesgo inherente al procedimiento realizado al demandante, que además fue debidamente informado y aceptado por el señor Pantoja, por lo que estamos ante un daño no indemnizable y en tal virtud no existe responsabilidad en cabeza de las demandadas y por ende tampoco solidaridad entre estas.
- **NO ES CIERTO** que exista entre esta solidaridad alguna, pues de lo relatado en el artículo 2344 del Código Civil Colombiano, esta solo deviene cuando un delito o culpa han sido cometidos por dos o más personas y, en el caso bajo estudio no se realizó ningún hecho delictual o culposo por el que se pueda endilgar responsabilidad al extremo pasivo de la litis.

AL HECHO 23: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 24: NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias sucedidas en la vida privada de la parte actora y por lo tanto son ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C. En todo caso y sin perjuicio de lo

anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 25: Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- NO ME CONSTA que la señora Yasmin Castañeda Gutierrez sea la compañera permanente del señor Gonzalo Salvador Pantoja.
- NO ME CONSTA lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias sucedidas en la esfera íntima y privada del demandante por lo que le son totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 26: Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No se trata de un hecho, sino que la parte actora se encuentra narrando el cumplimiento de un requisito de procedibilidad para la instauración de la presente acción.
- Es cierto que la primera acta de no acuerdo conciliatorio data del 16 de diciembre de 2019 y se identifica con el número 6663.

AL HECHO 27: Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- No se trata de un hecho, sino que la parte actora se encuentra narrando el cumplimiento de un requisito de procedibilidad para la instauración de la presente acción.
- Es cierto que en fecha del 30 de septiembre de 2022 se levanta nuevamente acta de no acuerdo conciliatorio, identificada con número 139-9-22.

AL HECHO 28: No se trata de un hecho, sino que menciona el poder que se le ha conferido a la apoderada del demandante para actuar en su nombre dentro del presente proceso.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de **TODAS** las pretensiones de la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Como quiera que al hacer la narración de los hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad la cual como se establecerá en el proceso no se estructuró. Lo anterior, habida cuenta que en estos casos impera el principio de la carga de la prueba. En ese orden de ideas en el entendido que, la empresa promotora de salud fue diligente, oportuna y perita al prestar sus servicios, deberán negarse todas las pretensiones de la demanda.

OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, en tanto que a la parte pasiva no le asiste ningún tipo de responsabilidad por los servicios médicos prestados al señor GONZALO SALVADOR PANTOJA, ni existió falla alguna en la prestación de los servicios médicos. Lo anterior, por las siguientes razones:

- **Inexistencia de responsabilidad de la E.P.S. Sanitas, como consecuencia del cumplimiento de las obligaciones legales que le corresponden como entidad promotora de salud:** no es dable endilgar responsabilidad a E.P.S. Sanitas, en tanto desplegó todas las actuaciones tendientes a facilitar el acceso del señor GONZALO

SALVADOR PANTOJA a todos los servicios de salud que requirió en atención a su patología. Lo anterior por cuanto dio trámite a cada una de las órdenes médicas proferidas por los especialistas tratantes, profirió las respectivas autorizaciones para procedimientos, exámenes y medicamentos que requería el paciente en cada uno de sus estadios de salud. Tan es así, que dentro de la demanda no se evidencia ninguna irregularidad o reproche por parte de la apoderada de la parte demandante en lo atinente a la asignación de citas, acceso a procedimientos o medicamentos requeridos, así como tampoco ninguna dilación respecto de alguna autorización de servicios de salud. Razón por la cual, es improcedente proferir condena alguna en contra de E.P.S. Sanitas en su programa de Entidad Promotora de Salud, por cuanto ha dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo. Lo anterior por cuanto la demandada ha sido la entidad que emitió todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios médicos y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras. Máxime, cuando en el ámbito de su actividad de aseguramiento autorizó el suministro y cobertura de los servicios de salud requeridos por la paciente de forma adecuada y ajustada a su condición clínica sin imponer barreras administrativas.

- **Inexistencia de falla médica:** se tiene que los profesionales de la salud del CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL -COFIN, cumplieron con todos los parámetros médicos y lex artis para atender al señor GONZALO SALVADOR PANTOJA. Así mismo, en todo momento se le garantizaron todos los servicios de salud de la paciente a través del efectivo acceso a los servicios de salud, remisiones y atenciones inmediatas a sus requerimientos médicos. De tal forma que se desvirtuó la culpa que endilga la parte actora. Lo que desacredita en toda medida las alegaciones del Demandante frente a una supuesta responsabilidad por parte de la Clínica demandada. En síntesis, la prueba de diligencia en este caso recae en la historia clínica del señor PANTOJA, motivo por el cual, no existe alternativa distinta a exonerar de toda responsabilidad al extremo pasivo.

- **Inexistencia de obligación de indemnizar por tratarse de la materialización de un riesgo inherente al procedimiento – daño no indemnizable:** el daño que sufrió el señor PANTOJA corresponde exclusivamente al riesgo inherente que implicaba someterse a dicho tratamiento, el cual fue debidamente informado y asumido por el señor GONZALO PANTOJA a través del consentimiento informado. Riesgo que tiene relación con el tratamiento requerido para tratar las cataratas. Adicionalmente, está probado con los documentos del proceso que los profesionales de la salud y la Entidad Promotora de Salud obraron con diligencia, pericia, asertividad y brindaron a la paciente la debida oportunidad en la prestación del servicio de salud, además a la paciente se le brindaron todos los insumos para atender la sintomatología que presentaba.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, en tanto que a la parte pasiva no le asiste ningún tipo de responsabilidad por los servicios médicos prestados al señor GONZALO SALVADOR PANTOJA, ni existió falla alguna en la prestación de los servicios médicos, por lo que no es posible entonces reclamar el pago de ningún perjuicio.

A). OPOSICIÓN FRENTE A LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES.

- **Oposición al reconocimiento del DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN:**

La parte actora pretende el reconocimiento y pago de excesivas sumas de dinero por concepto de perjuicios a la vida en relación, frente a los cuales ME OPONGO, toda vez que además de que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar la responsabilidad pretendida, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que: **(i)** la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita a solicitar un monto, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido y; **(ii)** en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de

los límites de esta esfera, lo cual, conforme a la valoración probatoria que soporta esta pretensión, resulta carente de sustento en todo sentido, pues del acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la parte demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso;. Por lo anterior, esta pretensión deberá negarse.

- **Oposición al reconocimiento del DAÑO FISIOLÓGICO: ME OPONGO** a que se reconozca valor alguno por concepto daño fisiológico, esto por cuanto esta tipología de perjuicio no corresponde a los perjuicios reconocidos por la Corte Suprema de Justicia por lo que no habría lugar a su reconocimiento y el objetivo indemnizatorio de la misma fue recogido en el denominado Daño Moral, por lo que reconocer valor alguno por daño fisiológico y moral dentro del mismo proceso y por los mismo hechos sería obligar a la parte pasiva a una doble indemnización
- **Oposición al reconocimiento del DAÑO MORAL: ME OPONGO** a la prosperidad de esta pretensión, en tanto que a la parte pasiva no le asiste ningún tipo de responsabilidad por los servicios médicos prestados al señor GONZALO SALVADOR PANTOJA PLATA, ni existió falla alguna en la prestación de los servicios médicos, por lo que no es posible entonces reclamar el pago de perjuicios a título de **DAÑO MORAL**, además, a ello se suma la siguiente razón:
 1. Es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, por cuanto en pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia se estableció que en el caso de perjuicio derivado de lesión corporal se concede a la víctima directa del daño la suma

de \$40.000.000³. Resultando entonces que la suma solicitada por 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, para la parte Demandante es exorbitante y fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia, más aún si se tiene en consideración que no obra en el plenario prueba que acredite que en efecto la lesión sufrida por el señor PANTOJA fue por falla en la prestación del servicio de salud.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las ya contestadas en párrafos anteriores, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. En su lugar, solicito que se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO, toda vez que, ninguno de los sujetos que conforma la parte pasiva dentro del presente proceso tienen obligación indemnizatoria alguna derivada de los hechos descritos en la demanda, y, consecuentemente, tampoco tienen obligación alguna con relación a intereses moratorios que requiere la parte actora en esta pretensión. Lo anterior, ante la evidente ausencia de los requisitos que acreditan la existencia de una responsabilidad civil, de conformidad con el acervo probatorio, la situación fáctica y los argumentos ya esgrimidos a lo largo del presente escrito.

Así las cosas, deberán ser negadas la totalidad de las pretensiones incoadas y en su lugar, solicito se condene en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Debe tenerse en cuenta que la parte actora dentro del presente proceso no solicita pago alguno por perjuicios patrimoniales, no se realizará objeción alguna, pues la misma no es procedente, esto

³ Sentencia SC21828-2017 del 19 de diciembre de 2017.

atendiendo a lo reglado en el artículo 206 del Código General del Proceso que al tenor de la letra reza:

“Artículo 206. Juramento estimatorio. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

Formulada la objeción el juez concederá el término de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes.

Aun cuando no se presente objeción de parte, si el juez advierte que la estimación es notoriamente injusta, ilegal o sospeche que haya fraude, colusión o cualquier otra situación similar, deberá decretar de oficio las pruebas que considere necesarias para tasar el valor pretendido.

Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada.

El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda o cuando la parte contraria lo objete. Serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar o dejar sin efecto la

condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento.

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz. (...)

Así pues, atendiendo a lo antes mencionado, no es posible realizar una objeción, puesto que el juramento estimatorio solo se realiza frente a los perjuicios patrimoniales y estos no fueron solicitados en el proceso bajo estudio.

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIENES FORMULARON LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.

Coadyuvo las excepciones propuestas la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – E.P.S. SANITAS S.A.S., sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LE CORRESPONDEN A SANITAS EPS COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

Lo primero que deberá tener en consideración el Despacho, es que en este caso no se puede declarar la responsabilidad de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – E.P.S. SANITAS S.A.S., debido a que cumplió con todas las obligaciones que le conciernen como entidad promotora de salud. Lo anterior, como quiera que en el plenario del proceso obran pruebas documentales suficientes de las cuales se permite concluir que todas las autorizaciones requeridas

para la atención del señor GONZALO SALVADOR PANTOJA fueron entregadas oportunamente y sin ningún tipo de dilación o trámite administrativo adicional. Con la aclaración de que E.P.S. SANITAS S.A.S. en su calidad de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD no tiene la obligación de prestar directamente el servicio médico, tratamientos o asistencia, sino que únicamente se limita a garantizar la prestación del servicio de salud.

Esta excepción se funda, entre otros, en el hecho de que E.P.S. SANITAS S.A.S. está siendo vinculada a este proceso con base en el aseguramiento en salud que presta como entidad promotora de salud, a través del cual, en virtud de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, se traslada el riesgo de salud a la EPS escogida por el usuario con el ánimo que ésta última lo administre y gestione en el marco del Plan de Beneficios en Salud. Plan el cual constituye las prestaciones asistenciales a las que se tiene derecho en virtud de la referida afiliación, que son brindadas, a su turno, por los prestadores de servicios de salud contratados por el aseguramiento.⁴

De manera fundante, en la Ley 100 de 1993 se definió el alcance de las responsabilidades asignadas a las entidades promotoras de salud, indicando con total claridad que a aquellas les corresponde organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio hoy denominado Plan de Beneficios en Salud y girar los recursos para la atención médica de sus afiliados. Así las cosas, el aseguramiento constituye todas aquellas labores administrativas que realiza la E.P.S. para garantizar de los servicios de salud requeridos por el afiliado sean dispensados por la red de I.P.S. contratadas. Siendo para ello, una de las labores más importantes la autorización de los servicios de salud por parte de la EPS.

Por consiguiente, el rasero con el que debe observarse el actuar de las ENTIDADES

⁴ Ley 1122 de 2007. Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

PROMOTORAS DE SALUD corresponde a calificar su diligencia para autorizar y permitir la atención médica en su papel de asegurador, por lo que solo se les puede deprecar su proceder en la facilitación de los servicios y tratamientos médicos, así como posibilitar el acceso a los medicamentos ordenados por el personal médico de las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007. Así las cosas, en ninguna circunstancia se le transfiere a las E.P.S. la prestación de los servicios médicos asistenciales, diagnósticos o indicación farmacológica, sino la garantía de acceder a ellos.

En concordancia con lo anterior, la Corte Suprema de Justicia a dispuesto:

“Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación.”⁵

En el mismo pronunciamiento, la Corte determino respecto al juicio de reproche culpabilístico que:

“En lo que respecta al componente subjetivo de la responsabilidad (exigible en los casos de responsabilidad por culpabilidad), no basta que la acción generadora del daño se atribuya al artífice como obra suya (imputatio facti), sino que hace falta entrar a valorar si esa conducta es meritoria o demeritoria de conformidad con lo que la ley exige (imputatio iuris). También en materia de culpabilidad, el dolo y la culpa se imputan a partir de un marco de sentido jurídico que valora la conducta concreta del agente (...)” – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

⁵ Sentencia SC13925 del 24 de agosto de 2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

En ese orden de ideas, la ley dispone que el alcance de las obligaciones de la EPS se circunscribe a garantizar los servicios de salud requeridos por el afiliado, sin que pueda llegar a entenderse que esta se extienda a la prestación directa de los servicios médicos, pues evidentemente esta es una función de las IPS.

Por lo tanto, en el caso concreto la responsabilidad de E.P.S. SANITAS S.A.S. únicamente podrá comprometerse si ésta no hubiera asumido, administrado y gestionado los riesgos del señor GONZALO SALVADOR PANTOJA y no hubiese realizado todas aquellas labores administrativas que realizan las entidades promotoras de salud para garantizar que los servicios de salud requeridos por el afiliado hubieran sido proporcionados. Todo esto sumado a la ausencia de los elementos necesarios para que pueda nacer a la vida jurídica una responsabilidad civil profesional por parte de la I.P.S. respecto a la prestación del servicio de salud.

Considerando lo anterior, la E.P.S. SANITAS S.A.S. cumplió con sus obligaciones contractuales, por cuanto facilitó el acceso a la atención médica requerida por el señor GONZALO SALVADOR PANTOJA y las prescripciones médicas del equipo de profesionales de la salud que intervinieron en la atención prodigada en el CENTRO OFTALMOLOGICO INTREGAL - COFIN. Con fundamento en lo expuesto, debe señalarse entonces que E.P.S. SANITAS S.A.S. en su calidad de entidad promotora de salud, ha dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo desde el primer momento en que se afilió al señor PANTOJA. Pues ha sido la entidad que emitió todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios de salud y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras.

En conclusión, no es dable endilgar responsabilidad a E.P.S. SANITAS S.A.S., en tanto desplegó todas las actuaciones tendientes a facilitar el acceso del señor GONZALO SALVADOR PANTOJA a todos los servicios de salud que requirió en atención a la evolución de todas y cada una de sus patologías. Lo anterior por cuanto dio trámite a cada una de las órdenes médicas proferidas por los

especialistas tratantes, profirió las respectivas autorizaciones para procedimientos y medicamentos que requería la paciente en cada uno de sus estadios de salud. Razón por la cual, es improcedente proferir condena alguna en contra de E.P.S. SANITAS S.A.S. en su programa de entidad promotora de salud, por cuanto ha dado cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales y normativas que estaban a su cargo desde el primer momento en que se afilió al señor GONZALO SALVADOR PANTOJA. Lo anterior por cuanto la demandada ha sido la entidad que emitió todas las autorizaciones requeridas por la paciente, garantizó la continuidad, calidad, seguridad e idoneidad técnico-científica en la prestación de los servicios médicos y realizó el acompañamiento requerido para el caso de marras. Máxime, cuando en el ámbito de su actividad de aseguramiento autorizó el suministro y cobertura de los servicios de salud requeridos por la paciente de forma adecuada y ajustada a su condición clínica sin imponer barreras administrativas.

Por lo anterior, solicito señor Juez tenga como probada esta excepción.

3. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE SALUD POR PARTE DE COFIN Y SANITAS EPS.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares, reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su

actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

“La comunicación de que la obligación médica es de medio y no de resultado, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacerse saber cuál es la responsabilidad médica⁶.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se refirió en el mismo sentido al decir:

“Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida”¹⁵. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así mismo, la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 15 de septiembre de 2016, se pronunció en de la siguiente forma:

“(…) El médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga

⁶ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.

*a su alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (...)*⁷

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Civil, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al establecer:

*De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguu, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá pagando la prestación prometida. **Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos** que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.*⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo pronunciamiento indicó:

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

“El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.”⁹

De forma similar, en pronunciamiento del 30 de septiembre de 2016, la Corte Suprema de Justicia expuso que:

*“**La responsabilidad civil** derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– **se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS** o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima: **o la debida diligencia y cuidado** de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”¹⁰. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de la E.P.S SANITAS S.A.S, la I.P.S ENTRO OFTALMOLÓGICO INTELGRAL COFIN y su personal médico, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el

⁹ Ibidem.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01.

régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Artículo modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> *Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Dado lo anterior, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de la Institución médica. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es **(i)** La falla, **(ii)** El daño y **(iii)** El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar el error médico y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la parte pasiva del proceso y de contera su personal médico, se sujetaron a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud al señor Gonzalo Salvador Pantoja Plata.

Dicho lo anterior, debe advertirse desde ya que, a la E.P.S SANITAS S.A.S, la IPS CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN, y de paso su personal médico, no le es atribuible responsabilidad médica ni de ningún tipo en este caso concreto. Puesto que desde el momento mismo del ingreso del señor Gonzalo Salvador Pantoja, a los servicios de las demandadas los profesionales en la salud pusieron a su disposición todos los insumos y servicios médicos para el

cuidado del paciente. Quien es atendido por presentar cataratas en ambos ojos. En este punto es menester realizar un análisis de los procedimientos efectuados por los galenos del CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN a efectos de dar claridad al Despacho sobre la diligencia de las actuaciones médicas de los mismos.

Como se observa, dentro de la historia clínica aportada por los demandantes se refleja que el cuerpo médico del CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN actuó con total diligencia, pericia y oportunidad, poniendo a disposición del señor GONZALO SALVADOR PANTOJA todos los exámenes, ayudas diagnosticas, tratamientos y procedimientos quirúrgicos que su enfermedad requería, tal como en los apartes siguientes se muestra:

DIAGNOSTICOS

Dx1: PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES (Z961), Dx2: DESPRENDIMIENTO DE RETINA (H330), Dx3: - (-)

PLAN DE MANEJO

Medicamentos
ATROPINA SULFATO GOTAS OFT # 1 (una)
1 GOTAS CADA 8 HORAS OJO DERECHO.

Plan Dx / Conducta / Exámenes
ECOGRAFIA MODO B DE OJO DERECHO (URGENTE)
HEMOGRAMA, GLICEMIA, TP, TPT, UREA, CREATININA
ELECTROCARDIOGRAMA
RAYOS DE TORAX
VALORACION PREQx POR MD INTERNA

Av. Libertador No. 26-86 Tels. 424 2500 424 2270

Documento: 02ANEXOS- folio 74.

Transcripción esencial: "Diagnósticos: DX1: Presencia de lentes intraoculares DX2: Desprendimiento de retina... Plan DX/conducta/exámenes: Ecografía modo b de ojo derecho (urgente), hemograma, glicemia, TP, TPT, Urea, Creatinina, electrocardiograma, rayos de tórax, Valoración preQX por medicina interna ..."

Como puede observarse en el anterior fragmento de la historia clínica del señor Pantoja, en su consulta del 12 de septiembre de 2018 fue atendido en el CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN por el Dr. Rafael Mazenet, quien le diagnostica desprendimiento de retina y remite exámenes de carácter urgente.

Fecha : 12/sep/2018
Nombre : **GONZALO SALVADOR PANTOJA PLATA**
Identificación: 17176663 HC: 17176663
Entidad: SANITAS EPS Tipo de usuario: CONTRIBUTIVO 1
● S.S.
R/ SE REMITE PARA VALORACION URGENTE POR OFTALMOLOGO RETINOLOGO
IDx:
PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES (Z961)
DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA (H330)
- (-)
Control en: -



95316138

RAFAEL MAZENET A.
MEDICO OFTALMOLOGO
R.M. 1075/94
R. Mazenet A.

Documento: 02ANEXOS - folio 77.

Transcripción esencial: "Se remite para valoración urgente por oftalmólogo retinólogo".

Con el fragmento anterior se demuestra que el señor Pantoja fue remitido de manera urgente a valoración con especialista, esto en vista de su diagnóstico de desprendimiento de retina.

Fecha : 12/sep/2018
Nombre : **GONZALO SALVADOR PANTOJA PLATA**
Identificación: 17176663 HC: 17176663
Entidad: SANITAS EPS Tipo de usuario: CONTRIBUTIVO 1
S.S.
R/ ECOGRAFIA MODO B DE OJO DERECHO (URGENTE)
IDx:
PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES (Z961)
DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA (H330)
- (-)
Control en: -



RAFAEL MAZENET A.
MEDICO OFTALMOLOGO
R.M. 1075/94
R. Mazenet A.

Documento: 02ANEXOS - folio 78.

Transcripción esencial: "Ecografía modo b de ojo derecho urgente".

En la misma atención realizada por el Dr. Mazonet, al señor Pantoja se le ordena realización de ecografía urgente.

Fecha de atención: 18/sept/2018

Paciente: GONZALO SALVADOR PANTOJA PLATA Edad: 71 Años HC (DI): 17176663
Entidad: SANITAS EPS Tipo de usuario: CONTRIBUTIVO 1

Autorización: 17176663

DIAGNOSTICOS:

PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES (Z961)
DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA (H330)
- (-)

PROCEDIMIENTOS:

ECOGRAFIA OCULAR DINAMICA MODO "B", OCULAR Y CONTE (951301)
- (-)
- (-)

Documento: 02ANEXOS - folio 80.

*Transcripción esencial: "Fecha de atención: 18/sept/2018... Procedimientos:
Ecografía ocular dinámica modo "B", ocular y conte (951301)".*

Tal y como se observa, para el 18 de septiembre de 2018 al señor Pantoja ya se le había realizado la ecografía que se le ordenó de manera urgente, esta también fue realizada en el CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN.

a: doy orden de cirugía, pero se requiere evidenciar disminución del desprendimiento coroidal con el fin de evitar riesgos quirúrgicos como hemorragias expulsivas, considero que se debe explantar lente, aunque espero a ver estero de capsula y lente en cirugía con el fin de decidir si saco o no el lente. explico altos riesgos quirúrgicos de ceguera, podría haber hemorragias expulsivas, redespndimientos de retina, entiende y acepta, se resuelven dudas.

Documento: 02ANEXOS - folio 83.

Transcripción esencial: "Doy orden de cirugía..."

Tal como indica la historia clínica, el paciente fue remitido con prontitud al especialista y este en fecha del 24 de septiembre 2024 dio orden de cirugía.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Diagnóstico:

Evolución:

No.	CÓDIGO	NOMBRE	OJO	VÍA
1	1141	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	OD	Intraocular
2	1186	IDENTACION ESCLERAL	OD	Intraocular
3	1132	REPARACION DE ILESION RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) VI	OD	Intraocular

Documento: 02ANEXOS - folio 85.

Transcripción esencial: "1. 1141 VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA, 2. 1186 IDENTACIÓN ESCLERAL, 3. REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN (LASER)".

Dentro de la consulta se identifican además otros procedimientos que deben ser realizados para la preservación de la salud visual del demandante y los mismos son ordenados para su posterior realización, que cabe aclarar fue oportuna y diligente.

NIT 800.112.725-4

PRE-QUIRÚRGICOS FÍSICOS

Diagnóstico:

Evolución:

Examen:

Hemoleucograma, plaquetas

Tiempo coagulación

Tiempo Protombina

T.P.T.

Glicemia

Electrocardiograma

Radiografía de torax

Valoración Preanestésica (Por anestesia)

Auxiliar CALVO PULGAR TATIANA
MARIA

Dr. SA
MD. OF
S.C. P

Documento: 02ANEXOS - folio 88.

Transcripción esencial: "PRE-QUIRURGICOS FÍSICOS. Examen: hemoleucograma, plaquetas, tiempo coagulación, tiempo trombina, T.P.T, glicemia, electrocardiograma, radiografía de tórax, valoración preanestésica".

Para la realización de la cirugía y todos los procedimientos que propenden por la salud del demandante, se le ordenan los respectivos exámenes prequirúrgicos.

Ojo a operarse ojo derecho X ojo izquierdo 09 OCT 2018
fecha 11

Cirujano Santiago González

Paciente Gonzalo Pantoja Plata historia clínica 454963

Identificación: 17176603 de _____ teléfono _____

Declaro que he leído o me han leído la anterior información y he consultado con mi médico las dudas al respecto y estas han sido respondidas satisfactoriamente. Entendiendo que la actividad médica es de medios, no de resultados, por lo tanto los resultados de la cirugía no depende únicamente del cirujano sino también de las enfermedades oculares y/o sistémicas que también afectan los ojos. El médico garantiza que seré operado en una clínica que tiene todos los recursos médicos, científicos y tecnológicos necesarios para la realización de la cirugía.

Yo Gonzalo Pantoja Plata identificado con _____

Autorizo al Dr. Santiago González
A su ayudante y al equipo de cirugía de la clínica oftalmológica del Caribe a practicarme la cirugía descrita

Firma del paciente c.c. 17176603 Firma del paciente c.c. [Firma]

Documento: 02ANEXOS - folio 95.

Transcripción esencial: "Declaro que he leído o me han leído la anterior información y he consultado con mi médico las dudas al respecto y estas han sido respondidas satisfactoriamente. Entendiendo que la actividad médica es de medios, no de resultados, por lo tanto los resultados de la cirugía no dependen únicamente del cirujano sino también de las enfermedades oculares y/o sistémicas que también afectan los ojos..."

Antes de ser sometido a la cirugía el demandante fue debidamente informado de los riesgos que podía correr producto de esta y el paciente, el señor Pantoja firmó entender lo explicado y asumir el riesgo que implicaba dicha operación, la cual es una operación que busca mejorar la calidad visual el paciente después del desprendimiento de retina presentado.

Posteriormente, el señor Gonzalo Pantoja fue sometido a cirugía en fecha del 09 de oct de 2018 tal y como se muestra a continuación:

Dirección: CLL 86 50 63 Teléfono

Paciente: PANTOJA PLATA GONZALO SALVADOR - ID: 17176663

Empresa: SANITAS E.P.S.

Cirujano: SANTIAGO MORALES

Cirugía: REPARACION DE ILESION RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) VIA INTERNA

Día: MARTES, 9 DE OCTUBRE DEL 2018

Hora: ~~6:40 AM~~ = 4:30 AM =

Notas: TRAER EXAMENES, DOCUMENTO DE PACIENTE Y ACOMPAÑANTE, TEL..
3002082763//30052238645
1ER PISO TOMAR TURNO DE ADMISION

Documento: 02ANEXOS - folio 99.

Transcripción esencial: "...Cirugía: Reparación de lesión retinal por fotocoagulación (laser) vía interna. Día: Martes 09 de octubre de 2018".

Se resalta que el señor GONZALO PANTOJA fue atendido de manera oportuna, pues el diagnóstico fue dado por el Dr. Rafael Mazenet en fecha del 12 de septiembre de 2018 y fue intervenido quirúrgicamente el 09 de octubre de 2018.

De los apartes anteriores se puede deducir que al señor Pantoja se le realizaron los exámenes pertinentes para su diagnóstico y una vez identificado se actuó con rapidez y diligencia para atender su patología, lo que demuestra la diligencia en el obrar del CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN, y de sus profesionales médicos, pues queda claro que el paciente tuvo a disposición todas las herramientas y conocimientos médicos para mejorar su salud visual.

De tal manera que, como se observa de los apartes de la historia clínica y de los documentos completos que fueron anexados al expediente digital, las hoy demandadas en realidad obraron con diligencia y pusieron a disposición del señor Gonzalo Salvador Pantoja toda su fuerza médica y administrativa para su pronta recuperación, a pesar de que los resultados no hayan sido los esperados.

Ahora bien, la parte Demandante funda el litigio que nos ocupa en dos argumentos: (i) que al presentar malestar en el ojo derecho, al señor Pantoja se le indicó que no era algo de gravedad, (ii)

que el lente estaba mal colocado y (iii) que se le realizó mala limpieza al lente intraocular, situaciones que según el dicho de la parte actora “agravaron el daño”. Sin embargo, el dicho de los demandantes no está sustentado con ningún medio de prueba, pero, sin perjuicio de ello, la literatura médica nos menciona que el procedimiento quirúrgico de Faquectomía con colocación de lente trae consigo riesgos que le son inherentes y uno de ellos es el desprendimiento de retina. Al respecto en la revista Cubana de Oftalmología al respecto se expresa lo siguiente:

“El desprendimiento de retina continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la cirugía de catarata y ha sido demostrado por diversos autores que la incidencia de DR es menor cuando se realiza la EECC, presentándose esta complicación en el 1-2 % de los casos .”¹¹

Así pues, se observa que el desprendimiento de retina es una complicación frecuente en la cirugía de cataratas, misma que le fue realizada al señor Gonzalo Salvador Pantoja y así mismo, dicho riesgo fue informado al paciente tal y como se muestra a continuación:

Y que los posibles riesgos previstos y complicaciones frecuentes más usuales son:

RIESGOS ANESTÉSICOS, ENDOFTALMITIS (INFECCION), HEMORRAGIA, EDEMA O DESCOMPENSACION CORNEAL, DEFECTOS REFRACTIVOS (HIPERMETROPIA, MIOPIA O ASTIGMATISMO), NECESIDAD DE COLOCAR UNA SUTURA DEPENDIENDO DE LA TECNICA QUIRÚRGICA SELECCIONADA, SUBLUXACION O LUXACION DEL LENTE INTRAOCULAR, AFAQUIA, (Ausencia del Cristalino) DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA, OPACIDAD DE LA CAPSULA POSTERIOR, POSIBILIDAD DE REINTERVENCIONES, RUPTURA DE LA CAPSULA POSTERIOR O DE LOS LIGAMENTOS QUE LA SOSTIENEN, EDEMA MACULAR Y TODOS LOS RIESGOS PREVISTOS Y NO PREVISTOS.

Documento: Consentimiento informado del 13 de enero de 2016.

Transcripción esencial: “...Y que los posibles riesgos previstos y complicaciones frecuentes más usuales son: Riesgos anestésicos, endoftalmitis (infección), hemorragia, edema o descompensación corneal, defectos refractivos (hipermetropía, miopía o astigmatismo), necesidad de una sutura dependiendo de la técnica quirúrgica seleccionada, subluxación o luxación del lente intraocular,

¹¹ Revista Cubana Oftalmología v.14 n.2 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2001.

*afaquia (Ausencia de cristalino), **DESPRENDIMIENTO DE RETINA**, opacidad de la capsula posterior, posibilidad de reintervenciones, ruptura de la capsula posterior o de los ligamentos que la sostienen, edema macular...*”

Es por lo anterior que, debe de tenerse en cuenta que las actuaciones desplegadas por el CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN y su personal médico, fueron oportunas y diligentes, pues tal como se observa en la historia clínica, el paciente fue sometido de manera oportuna a los tratamientos de su padecimiento y, una vez realizado procedimiento de faquectomía continuó en controles y, tiempo después, al presentar molestias fue atendido de manera urgente y se le realizaron todos los exámenes y procedimientos necesarios para la preservación de su salud visual. Por lo tanto, al no encontrarse en este proceso prueba alguna o elemento de juicio suficiente que permita atribuir responsabilidad a la E.P.S SANITAS S.A.S, al CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN y a su personal médico, pues lo sucedido es la materialización de un riesgo inherente de la cirugía de catarata, queda completamente desvirtuado el elemento Culpa que compone los pilares sobre los cuales se erige la responsabilidad, pues es claro que no existió reproche en el actuar médico, sino que se materializó un riesgo inherente de la cirugía de catarata y que además fue previamente informado y aceptado por el hoy demandante, por lo que no existe responsabilidad alguna endilgable al extremo pasivo.

En conclusión, las demandadas y su personal médico pusieron a disposición del señor Gonzalo Salvador Pantoja toda su fuerza profesional, brindándole atenciones médicas con premura, realizándole los respectivos exámenes y ayudas diagnósticas y una vez dado su diagnóstico, realizando los tratamientos indicados en la lex artis y literatura médica para la recuperación de la salud del paciente, situación que deja probada la diligencia, oportunidad y pericia en el actuar de la parte pasiva de esta litis; quedando claro que la pérdida de agudeza visual del señor Pantoja no se debió a una negligencia o a una falla médica, sino a la materialización de un riesgo inherente al procedimiento realizado al demandante, esto es, la Faquectomía con colocación de lente.

4. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DEL DAÑO MORAL.

No hay lugar a reconocimiento alguno por concepto de daños morales, dado que no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto. Aunado a ello, sin que lo aquí expuesto constituya aceptación alguna de responsabilidad, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante.

En términos generales, existe un criterio unánime que explica que la reparación de los daños causados como consecuencia de un hecho dañoso tiene un carácter exclusivamente indemnizatorio y no puede ser fuente de enriquecimiento para la parte demandante. En otras palabras, no existe duda alguna que la reparación de los perjuicios tiene la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior, esto es, al estado previo a la causación del daño, sin que esto signifique que la parte actora pueda enriquecerse por el reconocimiento de dicha indemnización.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en los mismos términos al establecer:

“Ciertamente puede decirse cuando el artículo 2341 del Código Civil prescribe que el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, se adopta, en armonía con el inciso 2 del artículo 1649 del Código Civil, el principio según el cual la prestación de la obligación resarcitoria llamada indemnización, tiene como límite cuantitativo aquel que, según su función de dejar indemne (sin daño), alcance a reparar directa o indirectamente el perjuicio ocasionado, para el restablecimiento, en sus diferentes formas, de la misma situación patrimonial anterior (...)”

En otras palabras, es improcedente jurídicamente conceder una indemnización que no solo tenga la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior al acaecimiento del hecho dañoso, sino que

también tenga el propósito de enriquecer a la parte actora. Lo anterior, por cuanto como se ha explicado, la indemnización de perjuicios no puede ser utilizada como herramienta para enriquecer a la víctima, sino para repararle efectivamente los daños que haya padecido.

Renglón seguido, la estimación que realizan el demandante por concepto de daño moral asciende a 100 SMMLV, lo que significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de estos. Lo anterior, considerando que al plenario no fueron aportadas pruebas que lograran comprobar la responsabilidad de las demandadas y, en consecuencia, su obligación de indemnizar a los accionantes por los perjuicios inmateriales presuntamente padecidos.

Ahora, en el hipotético e improbable caso que dicho perjuicio deba ser reconocido, debe tenerse en cuenta que la Corte Suprema de Justicia a través de sus múltiples pronunciamientos ha dejado decantados los límites máximos de reconocimiento de perjuicios, como lo es en el caso del daño moral. En tal sentido, es importante señalar que los perjuicios morales solicitados por la parte demandante resultan equivocados y exorbitantes. Puesto que, siguiendo con los lineamientos jurisprudenciales fijados por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia para la tasación de los perjuicios morales en casos análogos, la Corte ha fijado como baremo indemnizatorio el tope de CUARENA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$40.000.000) para la víctima directa del daño:

“(…) Tasación del daño moral) para la víctima directa en cuarenta millones de pesos (\$40.000.000), por los perjuicios ocasionados por la extracción de su ojo izquierdo, como consecuencia de culpa médica. Responsabilidad médica contractual...”¹² - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte demandante. Pues, en primer lugar, solicitar 100 salarios mínimos en favor de la víctima directa de los daños, resulta exorbitante, dado que el tope indemnizatorio fijado por la

¹² Sentencia SC21828-2017 del 19 de diciembre de 2017.

jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia corresponde a CUARENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$40.000.000). En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

En conclusión, no está acreditada de ninguna forma la obligación de indemnizar, en el entendido que la suma solicitada por la parte demandante por concepto de daño moral y su reconocimiento significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de esta. Lo previamente expuesto, por cuanto no se ha probado que el extremo pasivo le haya generado algún tipo de perjuicio moral a la parte demandante, por lo que no tendría razón para resultar condenado a pagar un perjuicio que no causó. De contera que solo en el improbable caso que el Juez considere que se debe reconocer esta tipología de daño, corresponderá al arbitrio del mismo determinar el valor del daño moral, teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente. Además, teniendo como parámetro y límite los baremos dispuestos por la Corte Suprema de Justicia.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

5. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO FISIOLÓGICO.

Frente a esta tipología de perjuicio pretendida por la parte actora, es necesario señalar que el daño fisiológico no corresponde a una tipología de perjuicios reconocida por la Corte Suprema de Justicia por lo que no habría lugar a su reconocimiento. Asimismo, se debe tener presente que este perjuicio que busca indemnizarse tiene como propósito resarcir el mismo concepto que el daño a la vida en relación. Por lo tanto, acceder a estas pretensiones significaría un doble reconocimiento del mismo perjuicio, lo que conllevaría a un enriquecimiento sin justa causa en detrimento del patrimonio de la parte accionada.

Al respecto se puede observar que la H. Corte Suprema de Justicia ha indicado lo siguiente:

“Tiene dicho la jurisprudencia de esta Corte que los daños extrapatrimoniales no se

circunscriben al daño moral, pues dentro del conjunto de bienes no pecuniarios que pueden resultar afectados mediante una conducta antijurídica se encuentran comprendidos intereses distintos a la aflicción, el dolor o la tristeza que un hecho dañoso produce en las víctimas.

*En ese orden, **son especies de perjuicio no patrimonial, además del moral, el daño a la vida de relación y la lesión a bienes jurídicos de especial protección constitucional o convencional***¹³. (negrilla y subrayado fuera del texto original).

Siendo preciso advertir que el derecho a la salud no hace parte de aquellos bienes jurídicos de especial protección constitucional o convencional, pues, en Sentencia SC10297-2014 del 05 de agosto de 2014 la Corte Suprema de Justicia con ponencia del Magistrado Ariel Salazar Ramírez reconoció que los bienes jurídicos de especial protección constitucional son la libertad, la dignidad, la honra y el buen nombre. Es decir, que esta tipología de perjuicios se encuentra deferidas al ámbito de los derechos personalísimos, así lo expreso la corte en tal fallo al señalar que:

En este contexto, son especies de perjuicio no patrimonial –además del daño moral– el daño a la salud, a la vida de relación, o a bienes jurídicos de especial protección constitucional tales como la libertad, la dignidad, la honra y el buen nombre, que tienen el rango de derechos humanos fundamentales.

Así fue reconocido por esta Sala en providencia reciente, en la que se dijo que ostentan naturaleza no patrimonial: “...la vida de relación, la integridad sicosomática, los bienes de la personalidad –verbi gratia, integridad física o mental, libertad, nombre, dignidad, intimidad, honor, imagen, reputación, fama, etc.–, o a la esfera sentimental y afectiva...” (Sentencia de casación de 18 de septiembre de 2009) [Se subraya]

¹³ Corte Suprema de Justicia. SC9193-2017 del 29 de marzo de 2017. M.P.: Ariel Salazar Ramírez

Por tanto, tratándose de tipologías de perjuicios que no han sido reconocidas por la Corte Suprema de Justicia, las mismas están llamadas a su fracaso, máxime cuando quiera que estas tipologías de perjuicio comportarían la modalidad de perjuicio que aquella por concepto de daño a la vida en relación, por lo que, dicho de otro modo, el extremo actor pretende el reconocimiento en tres oportunidades de una misma tipología de perjuicios.

Solicito se declare probada esta excepción.

6. IMPROCEDENCIA DEL DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN

Es menester resaltar que es jurídicamente improcedente condenar al extremo pasivo de este proceso al pago de suma alguna a título de daño a la vida de relación, toda vez que este concepto no tiene ninguna viabilidad jurídica. En primer lugar, debe resaltarse que el daño a la vida en relación es una tipología de perjuicio que ha sido desarrollada únicamente en favor de la víctima directa del daño, en tanto que su naturaleza es justamente indemnizarle a ella por la privación de poder realizar aquellas actividades que hacen agradable su existencia. De modo que es improcedente dicho reconocimiento a cualquier otro reclamante distinto de la víctima directa del daño, que es quien a la final sufre las consecuencias en su capacidad de relacionamiento con el mundo exterior.

Lo anterior, ha sido reafirmado por la Corte Suprema de Justicia en reiterada jurisprudencia, en la que se ha indicado que no resulta viable condenar al pago de suma alguna a título de daño a la vida de relación a una persona diferente a la víctima. Como se lee en la Sentencia del 29 de marzo de 2017 proferida por dicha Corporación, en la que se indicó:

“b) Daño a la vida de relación:

Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la

integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales".²⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De lo anterior se colige que la etiología de dicho perjuicio está estructurada para ser declarado únicamente en cabeza de la víctima directa. De modo que cualquier otra reclamación en cabeza de persona distinta de la víctima directa del daño está llamada a fracasar.

Por otro lado, dado que no existe responsabilidad del extremo pasivo dentro del caso bajo estudio, puesto que se materializó un riesgo inherente al tratamiento al que fue sometido el señor Gonzalo Salvador Pantoja y que además le fue informado previamente y este aceptó, no es posible entonces indemnizarle por ello, pues se trata de un daño no indemnizable y además, dicha circunstancia desvirtúa la existencia de culpa alguna en el actuar médico, lo que derrumba el argumento de la responsabilidad que pretende endilgar la parte actora y, no existiendo culpa, en consecuencia no existe responsabilidad y producto de la inexistencia de esta última tampoco existe razón por la cual el demandante deba ser indemnizado por esta tipología de daño.

En conclusión, así señor Gonzalo Salvador Pantoja no le asiste derecho alguno para ser indemnizado por daño a la vida de relación, pues el desprendimiento de retina sufrido por el mencionado solo es la materialización de un riesgo inherente a la cirugía de catarata y por ende un daño que no puede ser indemnizado. Aunado a ello, tal circunstancia desvirtúa la existencia de culpa en el actuar médico y sin dicho elemento no existe responsabilidad en cabeza del extremo pasivo y por ende, tampoco obligación indemnizatoria.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

7. GENÉRICA O INNOMINADA.

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO II

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

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL HECHO 1: Es cierto que la E.P.S SANITAS S.A.S ha sido vinculada a proceso de responsabilidad civil que cursa actualmente el Juzgado Primero Civil del Circuito de Santa Marta.

AL HECHO 2: Es cierto, conforme al escrito de demanda presentado por el apoderado de los demandantes.

AL HECHO 3: Parcialmente cierto. Es de aclarar al Despacho que las certificaciones allegadas por parte de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - E.P.S. SANITAS S.A.S., atienden a un único seguro, materializado en la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 y no a diferentes Pólizas como afirma la llamante en garantía, en tanto los documentos allegados conciernen a anexos de la Póliza No. AA195705, a través de los cuales se han efectuado ajustes, renovaciones y prorrogas a esta última.

No obstante, desde este momento el Despacho deberá tener en cuenta que la referida Póliza no podrá ser afectada por los hechos que se debaten en este litigio, por cuanto, para que opere la obligación indemnizatoria de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., es totalmente necesario

que se acredite la realización del riesgo asegurado en la Póliza No. AA195705, circunstancia que en este caso no ha sucedido de acuerdo con lo dispuesto en la contestación de la demanda.

AL HECHO 4: Me atengo a lo que resulte probado dentro de la práctica probatoria que se realice dentro del presente litigio.

AL HECHO 5: No es cierto tal como está escrito, pues no es cierto que la E.P.S Sanitas S.A.S. tenga derecho a las coberturas del seguro con ocasión a la modalidad de cobertura porque: **(i)** En el evento en que se acredite que la primera reclamación ocurrió de manera previa o posterior a las vigencias de la póliza, la misma no prestará cobertura temporal y **(ii)** Porque en todo caso, no se ha realizado el riesgo asegurado y eso significa que no puede afectarse la póliza porque no existe siniestro en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio.

AL HECHO 6: Lo esgrimido en el acápite no es un hecho, sino que se trata de apreciaciones meramente subjetivas, jurídicas y contractuales realizadas por la llamante en garantía. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

En todo caso, en el evento en que se demuestre que la primera reclamación al asegurado ocurrió fuera de los límites temporales de la póliza, no habrá lugar a afectarla por falta de cobertura temporal.

AL HECHO 7: No es cierto. LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no se encuentra llamada a responder por las condenas a las que haya lugar o en su defecto reembolsar dineros con cargo a la póliza, por cuanto, dicha póliza no puede ser afectada para el caso concreto al no haberse acreditado la realización del riesgo asegurado.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: Respecto a esta numeral, es de indicar que no se trata propiamente de una pretensión frente al cual se pueda manifestar alguna posición, sino que por el contrario se trata de una consecuencia procesal del artículo 64 del Código General del Proceso. Ahora bien, si con la admisión del llamamiento en garantía a mi procurada, se pretende que la misma indemnice a quienes integran la parte activa dentro del presente litigio, ante una eventual condena en contra de las demandadas, debe aclararse en todo caso que para que ello ocurra, deberá primero acreditarse la responsabilidad del asegurado y así mismo, verificarse que las demás condiciones pactadas en el contrato de seguro, en virtud del cual se formula el presente llamamiento se cumplan.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a la pretensión elevada por el llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto según las pruebas aportadas al proceso no se dejó acreditado el nexo causal, pues no se ha demostrado que existió una negligencia o falla médica y que esta haya sido consecuencia de alguna conducta imputable a las demandadas, por lo que no hay lugar a resolver sobre la relación contractual de las partes, el seguro en sí mismo y su clausulado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO a la pretensión elevada por el llamante en garantía debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto si bien LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. es la aseguradora que expidió la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 que ampara los perjuicios imputables a la asegurada, E.P.S. SANITAS S.A.S., lo cierto es que en este caso no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado y como consecuencia no podrá existir declaración alguna en contra de mi representada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4: ME OPONGO, a la prosperidad de esta pretensión por cuanto no hay lugar a que se afecte la póliza, esto puesto que no se realiza el riesgo asegurado, pues este

obedece a que exista una falla médica y, conforme a lo mencionado a lo largo de la contestación de la demanda y lo concluido del análisis de las pruebas que respaldan el escrito bajo estudio, no es posible colegir que la perdida parcial de la visión del señor GONZALO SALVADOR PANTOJA se derivara de actuación alguna de la asegurada E.P.S SANITAS S.A.S o del CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL-COFIN, como adscrito a la EPS mencionada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 5: ME OPONGO a la pretensión elevada por la llamante en garantía, que peticiona que a cargo de la Póliza número AA195705 con mi representada se cubra cualquier el valor de la asistencia jurídica, en tanto que ese no es el objeto del litigio por el cual se llama en garantía a mi procurada. Para pretender cualquier tipo de reconocimiento por la señalada asistencia jurídica tiene que adelantarse dicha pretensión a través de un proceso judicial distinto al que nos ocupa, el cual se reitera es de responsabilidad civil extracontractual y nada tiene que ver con el reembolso de gastos por defensa judicial. Se reitera, no puede el llamante en garantía valerse de este proceso judicial, para intentar resolver en el mismo litigio controversias que definitivamente serían propias de otro trámite. Recuérdese que la etiología de la figura del llamamiento en garantía se circunscribe a exigir de otro la indemnización que se sufra o el reembolso del pago que tuviere que hacer. Sin embargo, es claro que la parte demandante no está mencionando en sus pretensiones ninguna cobertura por gastos de defensa, razón por la que claramente no puede, por sustracción de materia, la entidad de salud exigir esa cobertura vía llamamiento en garantía, pues excede de lo permitido por el artículo 64 del C.G.P.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA AA00195705.

No existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de la Póliza No. AA195705, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en el contrato de seguro,

esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, pues recordemos que esta circunstancia no ocurre en este caso, en tanto que no existe un hecho dañoso imputable al asegurado, es decir, no hay una falla en las actuaciones desplegadas por la E.P.S SANITAS S.A.S, (quien es la asegurada del caso a estudio) o de su I.P.S adscrita, ya que conforme a la historia clínica anexada como material probatorio de la demanda, se observa la debida diligencia en todas las actuaciones de las mencionadas.

Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal:

“(…) Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervisión legal.”

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.” - (Subrayado por fuera de texto)

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se explica que al suscribir el contrato asegurativo respectivo, la aseguradora decide otorgar

determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo.

De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención

específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)”.
(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, como se observó en el aparte precitado.

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto no hubo falla médica atribuible a EPS SANITAS S.A., por cuanto, como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, se actuó de manera oportuna y diligente frente a la atención médica requerida por el señor PANTOJA. La Entidad Promotora de Salud durante la prestación del servicio de salud que brindó a la paciente, cumplió con los protocolos, guías, exámenes y tratamientos, realizando así un tratamiento plenamente diligente, tal como se expuso en la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda.

Así mismo, la E.P.S SANITAS S.A actuó de manera diligente y cuidadosa en el transcurso de afiliación del señor GONZALO SALVADOR PANTOJA por cuanto se cumplieron todas las funciones que estaban a su cargo para garantizar la salud de la afiliada. Puesto que se le autorizaron los servicios, los exámenes médicos prescritos por los galenos, las intervenciones quirúrgicas a las cuales fue remitido que requirió, sin imponer el más mínimo obstáculo para que efectivamente se le prestaran los servicios de salud correspondientes y finalmente, se le brindaron todos los medios para una debida, diligente y oportuna atención, apegada siempre a los más altos estándares de diligencia y cuidado médico. Aunado a ello, el desprendimiento de retina padecido por el demandante es la materialización de un riesgo inherente a la cirugía de cataratas, el cual se puede presentara incluso hasta 11 años después de realizado dicho procedimiento y además es el riesgo

más común y de mayor consumación en los pacientes sometidos a este tipo de cirugía. Por todo lo anterior, no estando demostrada la supuesta negligencia en la prestación del servicio médico por parte de la demandada, no podrá en ninguna circunstancia afectarse las pólizas en cuestión y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada. Dicho de otra manera, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de La Equidad Seguros OC.

En conclusión, la prestación del servicio de salud que brindó la entidad asegurada a la paciente se adoptó bajo los principios de la lex artis y a la literatura médica, puesto que se brindaron los servicios y tratamientos necesarios para lograr la estabilidad del paciente, tal como se expuso en la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda. Así las cosas, y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de la entidad de salud, no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla médica en cabeza de la EPS SANITAS SA, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

2. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. AA195705.

Sin perjuicio de las excepciones precedentes, se plantea que dentro de las condiciones particulares de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 suscrita entre mi representada y E.P.S. SANITAS S.A.S., se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En efecto, en ella se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del

negocio asegurativo.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del 1056 Código de Comercio), 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. 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. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo, mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple

transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes” (Subrayado y negrilla fuera del texto del texto original).

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 13 de diciembre de 2018, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro, no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «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” 19(Subrayado y negrilla fuera del texto del texto original).

Así las cosas, según la jurisprudencia previamente expuesta, se evidencia como 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 necesario señalar que en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas No. AA195705., Equidad Seguros Generales O.C. en sus condiciones generales señalen una serie de exclusiones, que en caso de configurarse alguna de ellas, no podrá

condenarse mi prohijada.

“C. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

QUEDA EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA LA PARTE ESPECÍFICA DE UNA *PÉRDIDA*:

1. *ACTIVIDADES AJENAS*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL EJERCICIO DE ACTIVIDADES AJENAS AL ÁMBITO LEGAL DE LOS *SERVICIOS PROFESIONALES DEL ASEGURADO*.

2. *ACTOS INTENCIONADOS Y BENEFICIOS INDEBIDOS*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A:

(a) UNA VENTAJA PERSONAL, PECUNIARIA O EN ESPECIE, O UNA REMUNERACIÓN A LA QUE EL *ASEGURADO* NO TUVIERA LEGALMENTE DERECHO O PROVOCARA UN ENRIQUECIMIENTO INJUSTO;

(b) MALA FE O UN ACTO U OMISIÓN DELIBERADAMENTE DESHONESTO, ANTIJURÍDICO, CRIMINAL, DOLOSO O FRAUDULENTO, O INCUMPLIMIENTO INTENCIONADO DE LA LEGISLACIÓN O REGULACIÓN COMETIDO POR UN *ASEGURADO*.

ESTA EXCLUSIÓN SÓLO SERÁ DE APLICACIÓN EN EL CASO DE QUE DICHAS CONDUCTAS SEAN ASÍ ESTABLECIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN FIRME DE UNA *AUTORIDAD ADMINISTRATIVA*, JUDICIAL, ARBITRAL O ADMITIDAS POR ESCRITO POR EL *ASEGURADO*.

3. *AMIANTO Y CONTAMINACIÓN*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A, DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

(a) AMIANTO O CUALQUIER OTRO MATERIAL QUE CONTENGA AMIANTO BAJO CUALQUIER FORMA O CANTIDAD; O

(b) LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO, PRESENCIA, APARICIÓN O DISPERSIÓN DE CUALQUIER HONGO, MOHO, ESPORAS O MICOTOXINAS DE CUALQUIER TIPO YA SEA DE HECHO, EN POTENCIA, SUPUESTAMENTE, O SU PRESUNTA AMENAZA; O

(c) CUALQUIER ACCIÓN EMPRENDIDA POR CUALQUIERA DE LAS PARTES COMO RESPUESTA A LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO PRESENCIA, APARICIÓN O DISPERSIÓN DE CUALQUIER HONGO, MOHO, ESPORAS O MICOTOXINAS, DE CUALQUIER TIPO YA SEA DE HECHO, EN POTENCIA, SUPUESTAMENTE, O SU PRESUNTA AMENAZA. SE INCLUYEN ENTRE ÉSTAS ACCIONES: LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES, PRUEBAS, DETECCIONES, CONTROLES, TRATAMIENTOS, APLICAR REMEDIOS O ELIMINAR DICHOS HONGOS, MOHOS, ESPORAS O MICOTOXINAS.

(d) CUALQUIER ORDEN GUBERNAMENTAL, REGULACIÓN, REQUERIMIENTO, DIRECTIVA, MANDATO O DECRETO QUE ALEGUE CUALQUIERA DE LAS PARTES COMO RESPUESTA A LA FORMACIÓN, CRECIMIENTO, PRESENCIA, APARICIÓN O DISPERSIÓN DE CUALQUIER HONGO, MOHO, ESPORAS O MICOTOXINAS DE CUALQUIER TIPO YA SEA DE HECHO, EN POTENCIA, SUPUESTAMENTE, O SU PRESUNTA AMENAZA. SE INCLUYEN ENTRE

ÉSTAS ACCIONES: LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES, PRUEBAS, DETECCIONES, CONTROLES, TRATAMIENTOS, APLICAR REMEDIOS O ELIMINAR DICHOS HONGOS, MOHOS, ESPORAS O MICOTOXINAS.

(e) CUALQUIER HECHO ORIGINADO, DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, POR CASOS RELACIONADOS DE ALGÚN MODO CON VERTIDOS, DERRAMES DE RESIDUOS, *CONTAMINACIÓN* O DAÑOS AL MEDIO AMBIENTE DE CUALQUIER NATURALEZA

(f) ELIMINACIÓN, TRASLADO O LIMPIEZA DE CUALQUIER *CONTAMINACIÓN*.

(g) LA RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA LEY 1333 DE 2009 DE RESPONSABILIDAD AMBIENTAL Y DEMÁS NORMAS APLICABLES A LAS INFRACCIONES O DAÑOS AL MEDIOAMBIENTE.

4. *ANTIMONOPOLIO Y COMPETENCIA*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER VIOLACIÓN REAL O PRESUNTA DE LAS LEYES ANTIMONOPOLIO, RESTRICCIÓN DE COMERCIO, COMPETENCIA DESLEAL, PRÁCTICAS COMERCIALES FALSAS, ENGAÑOSAS O DESLEALES, VIOLACIÓN DE LAS LEYES DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR O PUBLICIDAD FALSA O ENGAÑOSA.

5. *ASEGURADO CONTRA ASEGURADO*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER *RECLAMACIÓN* PRESENTADA POR O EN NOMBRE DE O A INSTANCIAS DE CUALQUIER *ASEGURADO* O SUCESOR O CESIONARIO DE CUALQUIER *ASEGURADO*. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICA CUANDO UN EMPLEADO ES PACIENTE BAJO LA COBERTURA A.1. (RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL).

6. *BANCOS DE SANGRE Y DE TEJIDO HUMANO*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA GESTIÓN POR EL *ASEGURADO* DE BANCOS DE SANGRE O BANCOS DE TEJIDO HUMANO, SALVO QUE LOS DECLARE EXPRESAMENTE EL *ASEGURADO* COMO PARTE DE SUS *SERVICIOS PROFESIONALES*.

7. *BIENES CONFIADOS*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA PÉRDIDA POR DAÑOS CAUSADOS A BIENES CONFIADOS O PUESTOS AL CUIDADO O CUSTODIA DEL *ASEGURADO*. SIN EMBARGO, ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA B.6 (GASTOS POR DAÑOS A BIENES DE EMPLEADOS/PACIENTES).

8. *CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA EXISTENCIA, EMISIÓN O

DISPERSIÓN DE CUALQUIER CAMPO ELECTROMAGNÉTICO, RADIACIÓN ELECTROMAGNÉTICA O ELECTROMAGNETISMO QUE AFECTE DE MANERA REAL O PRESUNTA, A LA SALUD, SEGURIDAD O CONDICIÓN DE CUALQUIER PERSONA O AL MEDIO AMBIENTE, O QUE AFECTE AL VALOR, LAS POSIBILIDADES DE VENTA, LA CONDICIÓN O EL USO DE CUALQUIER BIEN.

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL INCUMPLIMIENTO, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LA OBLIGACIÓN DE OBTENER EL CONSENTIMIENTO DEL *PACIENTE* EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY 23 DE 1981.

10. DAÑOS CORPORALES O DAÑOS MATERIALES

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A:

i. DAÑOS FÍSICOS, LA ENFERMEDAD, INCAPACIDAD, DOLENCIA O MUERTE DE CUALQUIER PERSONA FÍSICA, INCLUYENDO LA ANGUSTIA MENTAL O EL ESTRÉS EMOCIONAL QUE RESULTE DE LOS MISMOS; O

ii. DAÑOS FÍSICOS O LA DESTRUCCIÓN DE CUALQUIER BIEN TANGIBLE, INCLUYENDO LA PÉRDIDA DE USO DEL MISMO. A EFECTOS DE ESTA EXCLUSIÓN, LOS BIENES TANGIBLES NO INCLUYEN INFORMACIÓN ELECTRÓNICA.

SIN EMBARGO, ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ A:

(a) UN ACTO INCORRECTO DE MALA PRAXIS O ACCIDENTE DE UN *PACIENTE* CUBIERTO BAJO LA COBERTURA A1 (*RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL*) Y A LOS *DANOS AL BUEN NOMBRE* CUBIERTOS BAJO LA EXTENSION B4.

(b) LA COBERTURAS A4 (*RESPONSABILIDAD CIVIL POR INTOXICACIÓN ALIMENTARIA*);

(c) *DAÑOS* CUBIERTOS BAJO LA COBERTURA A2 (*RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL*)

11. DAÑOS GENÉTICOS.

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A DAÑOS GENÉTICOS.

12. DAÑOS ESTÉTICOS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A DAÑOS MERAMENTE ESTÉTICOS POR NO HABER OBTENIDO LA FINALIDAD PROPUESTA EN OPERACIONES DE CIRUGÍA NO REPARADORA O TRATAMIENTO, ASÍ COMO LA PERCEPCIÓN INSATISFACTORIA DEL RESULTADO POR PARTE DEL PACIENTE.

13. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER ACTO INCORRECTOS DE MALA PRAXIS, ACCIDENTE DE UN PACIENTE, INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, ACCIDENTE, VULNERACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL O EVENTO ASEGURADO OCURRIDOS O COMETIDOS FUERA DE LOS PAÍSES INDICADOS EN LA SECCIÓN DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA CARÁTULA.

14. DELIMITACIÓN JURISDICCIONAL

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER RECLAMACIÓN INTERPUESTA EN TRIBUNALES U ORGANISMOS COMPETENTES DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS FUERA DE LOS PAÍSES INDICADOS EN LA SECCIÓN DELIMITACIÓN JURISDICCIONAL DE LA CARÁTULA.

15. DISCRIMINACIÓN Y ABUSO

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A DISCRIMINACIÓN DE CUALQUIER TIPO, HUMILLACIÓN O ACOSO SEXUAL, MOBBING, ACOSO EN EL TRABAJO O CUALQUIER INFRACCIÓN DE CUALQUIER NORMATIVA LABORAL O DE SEGURIDAD SOCIAL.

16. EEUU

EN EL CONTEXTO DE UN RESOLUCIÓN, LAUDO O ACUERDO DICTADO EN PAÍSES QUE FUNCIONEN CON LAS LEYES DE EEUU O CANADA (O DE UNA RESOLUCIÓN DICTADA EN CUALQUIER LUGAR DEL MUNDO PARA HACER VALER ESA RESOLUCIÓN, LAUDO O ACUERDO, YA SEA TOTAL O PARCIALMENTE).

17. *ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA Y PANDEMIA*

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE, EN TODO O EN PARTE, A CUALQUIER REAL, ALEGADA O SOSPECHADA:

(A) TRANSMISIÓN DE CUALQUIER:

i. *ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA*; O

ii. *ENFERMEDAD CONTAGIOSA, QUE CONSTITUYA UNA PANDEMIA,*

POR (I) UN *ASEGURADO*, (II) UN *CONTRATISTA INDEPENDIENTE* QUE PRESTA SERVICIOS A, PARA O EN NOMBRE DE UN *ASEGURADO*, (III) UN *PACIENTE*, O (IV) UN VISITANTE, A CUALQUIER OTRA PERSONA;

(B) LIMITAR O DENEGAR LA ATENCIÓN MÉDICA DEBIDO A LA FALTA, ESCASEZ, DISPONIBILIDAD LIMITADA, O POR SEGUIR LAS DIRECTRICES IMPUESTAS POR EL GOBIERNO; O LA IMPOSIBILIDAD DE CONSEGUIR, OBTENER O CONSERVAR CUALQUIER MEDICAMENTO, PERSONAL, EQUIPO O SUMINISTROS Beazley | Póliza | Página 9 de 36

QUE REAL O SUPUESTAMENTE OCURRAN EN RELACIÓN CON O COMO RESULTADO DE CUALQUIER *ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O PANDEMIA*; SIN EMBARGO, CON RESPECTO A CUALQUIER *RECLAMACIÓN* QUE SURJA DE O CONCERNIENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO PRESTADO O NO PRESTADO A UN *PACIENTE* BAJO EL CUIDADO DE UN *ASEGURADO*, ESTA SUBSECCIÓN (B) SE APLICARÁ ÚNICAMENTE CON RESPECTO A CUALQUIER *PACIENTE* QUE SE SOSPECHE QUE TIENE O HA SIDO DIAGNOSTICADO DE CUALQUIER *ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA QUE CONSTITUYA UNA PANDEMIA*;

(a) EL USO, CONTRATACIÓN, RETENCIÓN O SUPERVISIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS QUE CAREZCAN O SUPUESTAMENTE CAREZCAN DE LICENCIA, CREDENCIAL, PRIVILEGIOS O REGISTRO EN INCUMPLIMIENTO DE LAS REGULACIONES U OTRAS LEYES VIGENTES EN EL MOMENTO DEL SUPUESTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OCURRENCIA EN RELACIÓN CON CUALQUIER *ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O PANDEMIA*;

(b) LA RESPONSABILIDAD CIVIL O CUALQUIER OTRO TIPO DE RESPONSABILIDAD DERIVADA, O LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DE CUALQUIER *ASEGURADO* PARA O CON CUALQUIER OTRO *ASEGURADO*, CO-ACUSADO/CO-DEMANDADO, ENTIDAD MERCANTIL, NEGOCIO, FABRICANTE, PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, PERSONA O ENTIDAD GUBERNAMENTAL A LA QUE SE LE HAYA CONCEDIDO, GOCE, RECLAME O AFIRME LA *INMUNIDAD*; O

(c) NO ACTUAR DE BUENA FE, CON NEGLIGENCIA GRAVE, O DOLO QUE RESULTE EN LA PÉRDIDA DE LA *INMUNIDAD*. SIN EMBARGO, ESTA SUBSECCIÓN (E) NO SE APLICARÁ A LOS *GASTOS DE DEFENSA* RELACIONADOS CON CUALQUIER *RECLAMACIÓN* QUE TENGA RELACIÓN CON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO HASTA QUE SE DICTE UNA RESOLUCIÓN FIRME, O UNA DECISIÓN DE ARBITRAJE VINCULANTE O CONDENA CONTRA EL *ASEGURADO*, O UNA ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ESCRITO DEL *ASEGURADO* ASUMIENDO DICHA CONDUCTA, O BIEN UNA DECLARACIÓN DE "*NO LO CONTENDERÉ*" O DE QUE NO ACEPTA NI RECHAZA LA RESPONSABILIDAD DE LOS HECHOS QUE SE LE DEMANDAN O IMPUTAN, EN CUYO MOMENTO EL *ASEGURADO* DEBERÁ REEMBOLSAR AL *ASEGURADOR* TODOS LOS *GASTOS DE DEFENSA* INCURRIDOS Y EL *ASEGURADOR* NO TENDRÁN NINGUNA OTRA RESPONSABILIDAD POR *GASTOS DE DEFENSA*.

18. ESTADO DE LA CIENCIA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE NO SE HUBIESEN PODIDO PREVER O EVITAR SEGÚN EL ESTADO DE

LOS CONOCIMIENTOS DE LA CIENCIA O DE LA TÉCNICA EXISTENTES EN EL MOMENTO DE PRODUCCIÓN DE AQUELLOS Y EN GENERAL CUALQUIER OTRA DAÑO DERIVADO DE LOS DENOMINADOS “RIESGOS DE DESARROLLO” O DEL ESTADO DE LA CIENCIA.

19. FACULTATIVOS Y ENFERMEROS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A ENFERMEROS CONTRATADAS POR EL ASEGURADO O QUE ACTÚEN EN NOMBRE DEL ASEGURADO SIN PERTENECER AL COLEGIO DE ENFERMERÍA CORRESPONDIENTE O FACULTATIVOS QUE NO CUENTEN CON LA TITULACIÓN PERTINENTE AUTORIZADA POR EL ÓRGANO LEGISLATIVO, REGULADOR O ADMINISTRATIVO COMPETENTE, QUE NO PERTENEZCAN AL COLEGIO PROFESIONAL CORRESPONDIENTE, SI SU COLEGIACIÓN FUERA OBLIGATORIA POR LEY O FACULTATIVOS QUE NO CUENTEN CON SEGURO OBLIGATORIO PARA CUBRIR SUS PROPIOS ERRORES, OMISIONES O NEGLIGENCIA PROFESIONAL.

20. FECHA RETROACTIVA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER EVENTO ASEGURADO, ACCIDENTE DE UN PACIENTE, ACCIDENTE, ACTO INCORRECTO DE MALA PRAXIS, INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, VULNERACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL O CIRCUNSTANCIA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA DEL ORGANISMO HUMANO COMETIDAS O SUCEDIDAS TOTAL O PARCIALMENTE ANTES DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD.

21. FENÓMENOS NATURALES

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A FENÓMENOS NATURALES, TALES COMO TERREMOTO, TEMBLORES DE TIERRA, DESLIZAMIENTO O CORRIMIENTO DE TIERRAS, TEMPESTADES, HURACANES, RIADAS Y OTROS EVENTOS DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO.

22. GUERRA Y TERRORISMO

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LOS SIGUIENTES ACONTECIMIENTOS; INDEPENDIEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O ACONTECIMIENTO QUE CONFLUYA SIMULTÁNEAMENTE O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA AL DAÑO PRODUCIDO:

(d) GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (SEA O NO DECLARADA LA GUERRA), GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONMOCIÓN CIVIL EN LAS PROPORCIONES DE UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO; O

(e) CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO.

UN ACTO DE TERRORISMO SIGNIFICA, CON CARÁCTER GENERAL Y SIN LIMITACIÓN DE SU SIGNIFICADO, UN ACTO LLEVADO A CABO CON EL EMPLEO DE FUERZA O LA VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA, DE CUALQUIER PERSONA O GRUPO DE PERSONAS, ACTUANDO SÓLO O COMO PARTE DE CUALQUIER ORGANIZACIÓN U ORGANIZACIONES O GOBIERNO O GOBIERNOS, DIRIGIDO O PRETENDIDAMENTE DIRIGIDO A LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS POLÍTICOS, RELIGIOSOS, IDEOLÓGICOS O SIMILARES CON LA INTENCIÓN DE INFLUIR EN CUALQUIER GOBIERNO Y/O PODER PÚBLICO, O EN CUALQUIER SECCIÓN, A TRAVÉS DEL MIEDO.

TAMBIÉN SE EXCLUYE LA *PÉRDIDA*, EL DAÑO, EL COSTE O GASTO, DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER ACCIÓN TOMADA PARA EL CONTROL, PREVENCIÓN, SUPRESIÓN O SIMILAR EN RELACIÓN CON LOS PUNTOS A Y B ANTERIORES.

23. INFIDELIDADES

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A FALTAS EN CAJA, ERRORES EN PAGOS O INFIDELIDADES DEL *ASEGURADO*, PÉRDIDA O EXTRAVÍO DE DINERO, CHEQUES, PAGARÉS, LETRAS DE CAMBIO, SIGNOS PECUNIARIOS Y EN GENERAL VALORES Y EFECTOS AL PORTADOR O A LA ORDEN.

24. INFRAESTRUCTURA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER FALLO O MAL FUNCIONAMIENTO DE CUALQUIER INFRAESTRUCTURA O SERVICIO ELÉCTRICO O DE TELECOMUNICACIONES QUE NO ESTÉN BAJO EL CONTROL DEL ASEGURADO.

25. INSOLVENCIA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A, DIRECTA O INDIRECTAMENTE LA INSOLVENCIA, CONCURSO DE ACREEDORES, QUIEBRA, LIQUIDACIÓN O ADMINISTRACIÓN JUDICIAL DEL ASEGURADO.

26. INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO QUE NO SEA MANIPULADO, UTILIZADO Y ALMACENADO SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE O QUE NO HAYA SIDO ESTERILIZADO ANTES DE CADA USO CON APARATOS ESTERILIZADOS APROBADOS EXPRESAMENTE POR EL FABRICANTE Y SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DEL MISMO Y DEL MINISTERIO DE SANIDAD U ORGANISMO EQUIVALENTE.

27. LEGIONELOSIS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LEGIONELOSIS OCACIONADA POR LA FALTA DE MANTENIMIENTO DE LAS *INSTALACIONES DEL ASEGURADO*.

28. LIBROS Y REGISTROS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA FALTA POR EL ASEGURADO DE LLEVAR UNOS REGISTROS COMPLETOS Y DETALLADOS DE TODOS LOS *SERVICIOS PROFESIONALES* Y DE LOS APARATOS UTILIZADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS Y DE CONSERVAR LOS CITADOS REGISTROS DURANTE UN PLAZO DE 10 AÑOS A CONTAR DESDE LA FECHA DE

TRATAMIENTO Y, CUANDO SE TRATE DE UN MENOR DE EDAD, DURANTE UN PLAZO MÍNIMO DE 10 AÑOS DESDE QUE EL MENOR ALCANCE LA MAYORÍA DE EDAD.

29. NUCLEAR

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A:

(a) PÉRDIDA, DAÑO O DESTRUCCIÓN MATERIAL O CUALQUIER OTRA FORMA DE DAÑO, GASTO O COSTE QUE DE CUALQUIER MANERA ESTÉ RELACIONADO O DERIVE DE, O SEA CONSECUENCIA DE:

i. RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE CUALQUIER ENERGÍA O COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO O DESHECHO NUCLEAR O DE LA COMBUSTIÓN DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O ENERGÍA NUCLEAR;

ii. LAS PROPIEDADES RADIOACTIVAS, TÓXICAS, EXPLOSIVAS, U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER MONTAJE EXPLOSIVO NUCLEAR O COMPONENTE NUCLEAR DE LOS MISMOS;

iii. EL USO SIN AUTORIZACIÓN DE APARATOS DE FUENTES RADIOACTIVAS O EN INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SEGURIDAD DICTADAS POR LAS AUTORIDADES O EL MAL FUNCIONAMIENTO DEL APARATO O INSTALACIÓN, POR UN DEFECTO DE DISEÑO, CONSTRUCCIÓN O MANTENIMIENTO. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ A CUALQUIER *RECLAMACIÓN* CUBIERTA BAJO LA COBERTURA A.1 (RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL) PERO ÚNICAMENTE POR *DAÑOS PERSONALES* CAUSADOS POR APARATOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PRODUCTORES DE RAYOS X.

(b) CUALQUIER FORMA DE RESPONSABILIDAD DE CUALQUIER NATURALEZA DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE CAUSADA POR, O CONTRIBUIDA POR, O RESULTANTE DE

i. RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE CUALQUIER ENERGÍA O COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO O DESHECHO NUCLEAR O DE LA COMBUSTIÓN DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O ENERGÍA NUCLEAR.

ii. LA EXPLOSIÓN TÓXICA RADIOACTIVA O CUALQUIER OTRA PROPIEDAD PELIGROSA O NOCIVA DE CUALQUIER EXPLOSIÓN DE CUALQUIER

INSTALACIÓN, APARATO, ELEMENTO O COMPONENTE NUCLEAR.

30. OPERACIONES FINANCIERAS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA INTERVENCIÓN EN OPERACIONES FINANCIERAS DE CUALQUIER CLASE, DE TÍTULOS O CRÉDITOS, MEDIACIÓN O REPRESENTACIÓN EN NEGOCIOS PECUNIARIOS, CREDITICIOS, INMOBILIARIOS O SIMILARES, O DERIVADAS DE DEPRECIACIONES O MINUSVALÍAS DE LAS INVERSIONES REALIZADAS COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIA EVOLUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO NATURAL DEL MERCADO DE VALORES, ASÍ COMO FRUSTRACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DEL RENDIMIENTO DE LAS INVERSIONES AUNQUE HAYAN SIDO EXPRESAMENTE GARANTIZADAS.

31. PATENTES

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA INFRACCIÓN DE PATENTES.

32. PRODUCTOS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA FABRICACIÓN, ELABORACIÓN, ALTERACIÓN, REPARACIÓN, SUMINISTRO, INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO O TRATAMIENTO DE CUALESQUIERA BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, SUMINISTRADOS O DISTRIBUIDOS POR EL ASEGURADO O POR ALGUNA COMPAÑÍA SUBCONTRATADA POR EL ASEGURADO O DE OTRA FORMA RELACIONADA CON EL ASEGURADO.

33. RECLAMACIONES Y CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER:

(a) RECLAMACIÓN, EVENTO ASEGURADO, ACTOS INCORRECTOS DE MALA PRAXIS, ACCIDENTE DE UN PACIENTE, INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, ACCIDENTE, O VULNERACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL, O CIRCUNSTANCIA, CONOCIDOS POR CUALQUIER PERSONA RESPONSABLE, CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA

PÓLIZA QUE RAZONABLEMENTE PUDIERAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN;

(b) RECLAMACIÓN POR ACTO INCORRECTO DE MALA PRAXIS, INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, ACCIDENTE DE UN PACIENTE, ACCIDENTE, ACTOS DIFAMATORIOS O VULNERACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL, EVENTO ASEGURADO O CIRCUNSTANCIA QUE HAYA SIDO NOTIFICADA AL AMPARO DE CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO ANTERIOR A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA PÓLIZA O DEL CUAL ESTA PÓLIZA SEA UNA RENOVACIÓN O UNA SUSTITUCIÓN O CUALQUIER ACTO, HECHO O ASUNTO QUE CONSTITUYA UN EVENTO ÚNICO JUNTO A LA CITADA RECLAMACIÓN, EVENTO ASEGURADO O CIRCUNSTANCIA.

34. REGULACIONES Y NORMAS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA FALTA DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ASEGURADO DE LAS NORMAS, REGLAMENTOS Y LEYES LOCALES O INTERNACIONALES EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN O SEGURIDAD Y SALUD DE LOS ALIMENTOS O FÁRMACOS, O EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON FÁRMACOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, PRODUCTOS BIOLÓGICOS O PRODUCTOS RADIOACTIVOS QUE HAYAN SIDO DESAUTORIZADOS O NO APROBADOS POR LOS ORGANISMOS COMPETENTES.

35. RESPONSABILIDAD CIVIL DE ADMINISTRADORES Y DIRECTIVOS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LAS RESPONSABILIDADES DERIVADAS DE LA CONDICIÓN DEL ASEGURADO COMO ADMINISTRADOR O DIRECTIVO DE CUALQUIER SOCIEDAD O CORPORACIÓN.

36. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A (I) CUALQUIER OBLIGACIÓN CONTRACTUAL POR LA QUE EL ASEGURADO HAYA ASUMIDO EL PAGO DE UNA CLÁUSULA PENAL O PENALIZACIÓN NO COMPENSATORIA; (II)

CUALQUIER RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL QUE EXCEDA DE LA LEGAL SALVO QUE EL ASEGURADO HUBIERA RESULTADO RESPONSABLE INCLUSO EN AUSENCIA DE DICHO CONTRATO; (III) LA ACEPTACIÓN POR EL ASEGURADO DE DAÑOS CONTRACTUALMENTE PREDETERMINADOS; O (IV) CUALQUIER GARANTÍA O AVAL DEL ASEGURADO.

ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ AL INCUMPLIMIENTO POR EL ASEGURADO DEL DEBER DE PRESTAR SUS SERVICIOS CON LA DILIGENCIA LEGALMENTE EXIGIBLE. SIN EMBARGO, EN ESTE CASO, LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SE VERÁ LIMITADA A AQUELLAS CANTIDADES POR LAS QUE EL ASEGURADO HUBIERA SIDO RESPONSABLE EN EL SUPUESTO DE QUE NO EXISTIERA LA CITADA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL, CLÁUSULA PENAL, PENALIZACIÓN NO COMPENSATORIA, DAÑOS CONTRACTUALMENTE PREDETERMINADOS O GARANTÍA O AVAL.

37. RESPONSABILIDAD COMO PRESTAMISTA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA CONCESIÓN O NO CONCESIÓN DE CUALQUIER PRÉSTAMO, ARRENDAMIENTO O AMPLIACIÓN DE CRÉDITO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO O CUALQUIER COBRO, EMBARGO, EJECUCIÓN O RECUPERACIÓN EN RELACIÓN CON UN PRÉSTAMO, ARRENDAMIENTO O AMPLIACIÓN DE CRÉDITO.

38. SEGUROS OBLIGATORIOS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A POR RESPONSABILIDADES QUE DEBAN SER OBJETO DE COBERTURA DE UN SEGURO DE SUSCRIPCIÓN OBLIGATORIA.

39. SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LOS SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN MÉDICA O GUARDEN CUALQUIER TIPO DE RELACIÓN

CON ENSAYOS MÉDICOS O ENSAYOS DE FÁRMACOS PARA LOS QUE SE REQUIERA LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO OBLIGATORIO TAL Y COMO SE ENCUENTRA REGULADO EN EL REAL DECRETO 1090/2015, DE 4 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE REGULAN LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON *MEDICAMENTOS*, LOS COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON *MEDICAMENTOS* Y EL REGISTRO ESPAÑOL DE ESTUDIOS CLÍNICOS O EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN CADA MOMENTO.

40. SUPERFICIES MÉDICAS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A SUPERFICIES CON LA QUE PUEDA ESTAR EN CONTACTO UN APARATO, O QUE HAYA ESTADO EN CONTACTO CON FLUIDOS CORPORALES (HUMANOS O ANIMALES) O CON TEJIDOS (HUMANOS O ANIMALES) Y QUE NO HAYAN SIDO DESINFECTADAS O ESTERILIZADA SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE Y DEL MINISTERIO DE SANIDAD U ORGANISMO COMPETENTE.

41. UNIÓN TEMPORAL DE EMPRESAS

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A LA PARTICIPACIÓN, OPERACIÓN O EXISTENCIA DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL DE EMPRESAS O NEGOCIOS EN LOS QUE EL *ASEGURADO* TENGA UN INTERÉS, A MENOS QUE EL *ASEGURADOR* HAYA PREVIAMENTE ACEPTADO Y AUTORIZADO POR ESCRITO AL *ASEGURADO* LA PARTICIPACIÓN EN DICHO CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, EMITIENDO A TAL EFECTO UN SUPLEMENTO A LA PRESENTE PÓLIZA.

42. DAÑOS CIBERNÉTICOS

DERIVADA DE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, POR, QUE RESULTE DE, O QUE SURJA, ESTÉ BASADO EN O SEA ATRIBUIBLE A CUALQUIER ACTUACIÓN CIBERNÉTICA, INCIDENTE CIBERNÉTICO, O VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS, INCLUYENDO CUALQUIER ACCIÓN REALIZADA PARA CONTROLAR, EVITAR, SUPRIMIR O REMEDIAR CUALQUIER ACTUACIÓN CIBERNÉTICA, INCIDENTE CIBERNÉTICO, O VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS.

43. RESULTADO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE A CUALQUIER MANIFESTACIÓN, PROMESA O GARANTÍA, ESCRITA U ORAL, CON RESPECTO AL FUNCIONAMIENTO, RENDIMIENTO, ACTUACIÓN O RESULTADO ESPERADO EN LA PRESTACIÓN DE *SERVICIOS PROFESIONALES*.

44. DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS A TERCEROS POR ESCAPES O DESBORDAMIENTO DERIVADA DE, *DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS A TERCEROS POR ESCAPES Y DESBORDAMIENTOS* COMO CONSECUENCIA DEL MAL ESTADO NOTORIO DE LAS *INSTALACIONES* QUE SE HALLEN AL CUIDADO DEL ASEGURADO.

45. MULTAS, SANCIONES, TRIBUTOS, IMPUESTOS Y OTROS. QUE CORRESPONDA A MULTAS, SANCIONES, TRIBUTOS, IMPUESTOS, DEUDAS ADUANERAS, ARANCELES, TASAS O CUALQUIER EXACCIÓN PARAFISCAL;

46. REPARACIÓN NO COMPENSATORIA, PUNITIVA, MÚLTIPLE, EJEMPLARIZANTE O AGRAVADA.

QUE CORRESPONDA A UNA REPARACIÓN NO COMPENSATORIA, PUNITIVA, MÚLTIPLE, EJEMPLARIZANTE, O AGRAVADA (EXCEPTO EJEMPLARIZANTES O AGRAVADAS QUE SE HAYAN IMPUESTO EN UNA ACCIÓN DE DIFAMACIÓN, ANGUSTIA EMOCIONAL, INJURIAS O CALUMNIAS);

47. COSTES GENERALES O FIJOS DE LA SOCIEDAD.

QUE CORRESPONDA A COSTES GENERALES O FIJOS DE LA SOCIEDAD, SALARIOS, SALARIOS, DIETAS, VENTAJAS PERCIBIDAS, RETRIBUCIONES, HONORARIOS, HORAS EXTRA O REMUNERACIONES DE EMPLEADOS O DE CUALQUIER ASEGURADO O INDEMNIZACIONES POR DESPIDO

48. CONTRIBUCIONES, RECARGOS, APORTACIONES Y OTROS PAGOS.

QUE CORRESPONDA A CONTRIBUCIONES, RECARGOS, APORTACIONES O PAGO A LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, ORGANISMOS ANÁLOGOS O SIMILARES DE CUALQUIER NIVEL ADMINISTRATIVO ESTATAL, AUTONÓMICO, PROVINCIAL O LOCAL, O QUE LO SUSTITUYA.

49. *HONORARIOS, COMISIONES U OTRA COMPENSACIÓN ECONÓMICA POR SERVICIOS PROFESIONALES.*

QUE CORRESPONDA A HONORARIOS, COMISIONES U OTRA COMPENSACIÓN ECONÓMICA POR SERVICIOS PROFESIONALES.

50. *IMPORTES NO ASEGURABLES POR LA LEY. QUE CORRESPONDA A IMPORTES NO ASEGURABLES POR LEY.*

51. *SERVICIOS PROFESIONALES COMO FIDEICOMISARIO, ADMINISTRADOR, ENTRE OTROS. DERIVADA DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DEL ASEGURADO COMO FIDEICOMISARIO, ADMINISTRADOR O FIDUCIARIO DE PENSIONES DE LA SOCIEDAD, PROGRAMA DE BENEFICIOS O REMUNERACIÓN DE EMPLEADOS O "PROFIT-SHARING" (PARTICIPACIÓN EN LAS GANANCIAS).*

52. *LOS GASTOS DE DEFENSA DE REMUNERACIÓN AL ASEGURADO*

QUE CORRESPONDAN A LA REMUNERACIÓN DE NINGÚN ASEGURADO, EL COSTE DE SU TIEMPO, O EL COSTE O GASTO GENERAL DE CUALQUIER SOCIEDAD.

53. *SANCIONES COMERCIALES*

CUYO PAGO EXPONGA AL ASEGURADOR A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN APLICABLE CONFORME A LAS

RESOLUCIONES EMITIDAS POR NACIONES UNIDAS O A AQUELLAS SANCIONES QUE, EN MATERIA COMERCIAL O ECONÓMICA, PUDIERAN SER IMPUESTAS POR LA NORMATIVA Y LEGISLACIÓN DE LA U.E., EL REINO UNIDO, LA LEGISLACIÓN NACIONAL O DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

54. PROPIEDAD INTELECTUAL E INDUSTRIAL

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER DERECHO DE PROPIEDAD INTELECTUAL O INDUSTRIAL, O APROPIACIÓN INDEBIDA DE SECRETOS COMERCIALES.

55. TABACO Y DROGAS ILEGALES

DERIVADA DE, BASADA EN O ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE TABACO, E-CIGARRETES Y DROGAS ILEGALES..”

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza de LA EQUIDAD SEGUROS GENENRALES O.C., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación del Contrato de Seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

3. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del Código de Comercio, LA EQUIDAD SEGUROS GENENRALES O.C., podrá proponer a los beneficiarios, la excepciones que pueda alegar en contra del tomador y el asegurado cuando son personas distintas, por tanto, en caso de un fallo en contra este deberá ajustarse de acuerdo con las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro, y dicha condena no podrá exceder los parámetros acordados por los

contratantes.

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de los demandantes contra E.P.S. SANITAS S.A.S., tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza No. AA195705, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales

4. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DE LOS CONTRATOS DE SEGURO

Es improcedente que La Equidad Seguros OC sea condenada al pago de las sumas peticionadas por el extremo activo, toda vez que el contrato de seguro tiene un carácter meramente indemnizatorio y reconocer dichos emolumentos económicos va en contra vía con la finalidad del contrato de seguro. Pues está claro que en este caso la E.P.S Sanitas S.A.S. no tiene ninguna obligación indemnizatoria por el supuesto error médico que tuvo como resultado la pérdida parcial de la visión del señor GONZALO SALVADOR PANTOJA.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo, de modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

“Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición,

corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.”

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente: “Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso” ¹⁴(Subrayado y negrilla fuera de texto).

Así las cosas, el carácter de los seguros de daños, y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización, es decir no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento.

Debe recordarse que tal como se expuso en el capítulo de contestación de la demanda, y sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna, los perjuicios alegados por el extremo actor por concepto de daño moral es improcedente, y su reconocimiento significa un enriquecimiento injustificado en beneficio de esta, por cuanto: **(i)** no existe responsabilidad en cabeza de la parte pasiva dentro del presente asunto y, **(ii)** la tasación que se realiza es exorbitante y desatiende los pronunciamientos de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL, en igual medida es improcedente la tasación que se realiza frente al Daño Fisiológico, pues es una tipología de perjuicios que no se encuentra reconocida por la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL. Así mismo, frente al daño a la vida de relación se tiene que **(i)** la parte actora no acredita ni justifica

¹⁴ Corte Suprema de Justicia Sala civil- sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita a solicitar un monto, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido y; **(ii)** en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, lo cual, conforme a la valoración probatoria que soporta esta pretensión, resulta carente de sustento en todo sentido, pues del acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la parte demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso

En el caso de marras no es viable el reconocimiento y pago de suma alguna, por cuanto no está demostrada la ocurrencia del riesgo amparado, responsabilidad civil profesional médica. Razón por la cual, de pagar suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro, y eventualmente enriqueciendo a los accionantes.

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

5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA No. AA195705.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza No. AA195705 que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor

a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

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

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

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

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

*enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización*¹⁵ – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,530,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00

Documento: Póliza no. AA939629.

Transcripción esencial: “VALOR ASEGURADO, Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares \$4.530.000.000.00”.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no puede ser condenada por un mayor valor que el expresamente establecido en la Póliza. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al Despacho, declarar probada la presente excepción.

6. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

7. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$150.000.000.

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el deducible pactado en el contrato de seguro que para el caso concreto corresponde al diez por ciento (10%) de la pérdida, mínimo \$150.000.0000:

Deducible

1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada pérdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada pérdida.
Reclamos Pagaderos en COP\$

Documento: Póliza no. AA195705, certificado No. AA941416

Transcripción esencial: “-Pago de perjuicios 10%, minimo COP 150.000.000”.

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

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

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”¹⁶ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Juzgador descunte del importe de la indemnización, la suma pactada como deducible que para el caso concreto corresponde al diez por ciento (10%) de la pérdida, mínimo \$150.000.0000. Lo anterior, como consta en la respectiva póliza de seguro.

¹⁶ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

Así las cosas, en el improbable y remoto evento en que el Despacho decidiera desconocer todo lo anteriormente indicado respecto de las razones por las cuales resulta jurídicamente improcedente afectar la póliza de Seguro. Deberá tener en cuenta, los porcentajes de deducible plasmados en la imagen anterior, tomada de la póliza de seguro, en la que se indica con precisión que, para la cobertura de responsabilidad civil profesional médica, el deducible será el diez por ciento (10%) de la pérdida, mínimo \$150.000.0000.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito a usted Señora Juez, decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en curso del proceso, y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de mi procurada y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria, incluyendo la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro (artículo 1081 del Código de Comercio).

CAPÍTULO III

1. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705 y su condicionado general.

- 1.2. Derecho de petición enviado al centro de protección al ciudadano de la ciudad de Bucaramanga.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **GONZALO SALVADOR PANTOJA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **GONZALO SALVADOR PANTOJA** podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- 2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al Doctor **RAFAEL MAZENET**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El doctor **RAFAEL MAZENET** podrá ser citado en el correo rmazeneta@gmail.com.
- 2.3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal del CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL COFIN, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal de dicha entidad podrá ser citado en el correo cofinsantamarta@gmail.com.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda, del llamamiento en garantía y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de las Pólizas de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. AA195705.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora **CINDY LORENA LOZANO LONDOÑO**, Medica Auditora de E.P.S. SANITAS S.A.S., con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención brindada al señor GONZALO SALVADOR PANTOJA PLATA. La testigo podrá ser citada en la siguiente dirección: Autopista Norte No. 109 - 20, de la ciudad de Bogotá. o al correo electrónico: cinllozano@epssanitas.com.
- 4.2. Solicito se sirva citar al doctor **RAFAEL IGNACIO GUIDO PONCE**, Médico Oftalmólogo quien labora en la CLINICA OFTALMOLÓGICA INTEGRAL-COFIN., con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre la atención, diagnóstico, cirugía practicada al señor GONZALO SALVADOR PANTOJA, así como sobre la pertinencia del tratamiento prescrito de acuerdo con la ciencia médica. El testigo podrá ser citado en la dirección AV. El Libertador No. 26-86 de Santa Marta-Magdalena o al correo rguido01@yahoo.es

- 4.3. Solicito se sirva citar a la doctora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en el llamamiento en garantía, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente al llamamiento.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL SEÑOR GONZALO SALVADOR PANTOJA** para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Todas y cada una de las reclamaciones que el demandante haya presentado ante la EPS SANITAS S.A.S solicitando el reconocimiento de los perjuicios causados por los hechos descritos en la demanda.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las fechas y la realidad de las reclamaciones que el señor Gonzalo Salvador Pantoja realizó a la E.P.S SANITAS S.A.S. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y se trata de documentos que por su naturaleza obran en manos del demandante.

6. PRUEBA POR OFICIOS

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **CENTRO DE PROTECCIÓN AL CIUDADANO DE BUCARAMANGA**, para que, con

destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de todo el expediente de la solicitud de conciliación No. 6663 de 2019 convocada por el demandante.

ANEXOS

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S. a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá.
3. Certificado de existencia y representación legal de la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S., en donde figura el suscrito como Representante Legal.
4. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

NOTIFICACIONES

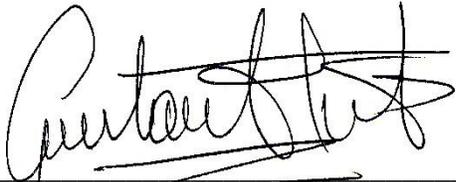
La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Las demandadas y llamantes en el lugar indicado en los llamamientos en garantía.

Mi representada, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en la Carrera 9 A No. 99 – 07, Torre 3 Piso14, en la ciudad de Bogotá D.C. o al **Correo electrónico:** notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop

El suscrito en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201de la ciudad de Bogotá D.C. o al **Correo electrónico:** notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

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