

Señores:

JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA

Dr. Erik Wilmar Herreño Pinzón

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: CLERIA MÁLAGA CUERO Y OTROS
DEMANDADO: CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S. Y OTROS.
RADICACIÓN: 76-109-31-03-003-2023-00046-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando calidad de apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, con NIT 860.524.654.-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, representada legalmente para asuntos judiciales por **MARÍA YASMITH HERNÁNDEZ MONTOYA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 38.264.817 de Ibagué, con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@solidaria.com.co; como se acredita con el poder que se aporta con este escrito; encontrándome dentro del término legal oportuno para hacerlo, con el debido respeto me dirijo a Usted señor Juez, con el fin de, en primer lugar, **CONTESTAR LA DEMANDA** de Responsabilidad Civil Médica promovida por **CLÉRIGA MÁLAGA CUERO Y OTROS** en contra de la **CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S.** y otros, y acto seguido, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado a mi procurada por la mencionada clínica, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

Es necesario precisar que el presente escrito se dividirá en dos capítulos: en el primero de ellos se hará la contestación a la demanda la cual da inició a este proceso, y en el segundo se hará la contestación al llamamiento en garantía realizado por la Clínica Santa Sofía del Pacífico.

CAPITULO I
CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS DENOMINADOS “HECHOS RELACIONADOS CON LA FALLA EN EL SERVICIO ELVIA MARÍA QUINTERO MÁLAGA”

AL PRIMERO: A mi procurada no le consta lo manifestado en este numeral frente a la afiliación de Elvia María Quintero al sistema de seguridad social, así como tampoco le consta la escisión de EMSSANAR, de modo que deberá probarse lo afirmado según el principio de la carga de la prueba predicable de la parte actora acorde con el Art. 167 del C.G.P.

AL SEGUNDO: A mi procurada no le consta lo manifestado en este numeral, de modo que deberá probarse lo afirmado según el principio de la carga de la prueba predicable de la parte actora acorde con el Art. 167 del C.G.P.

AL TERCERO: A mi representada no le consta lo aquí manifestado ya que obedece a una actividad distinta a la de su objeto social, por lo tanto, la parte demandante deberá probar lo afirmado conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General de Proceso.

AL CUARTO: A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho, motivo por el cual la parte demandante deberá probarlo conforme a la carga que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso. No obstante lo anterior, llama la atención que se señale que la señora Elvia María Quintero ingresó a la Clínica Santa Sofía con 41,3 semanas de embarazo, etapa en la cual se generan mayores dificultades para la madre y el hijo que está por nacer siendo incluso recomendable inducir el parto: “(...) Cuando alcance entre 41 y 42 semanas, los riesgos en la salud para usted y su bebé se volverán aún mayores. Su proveedor probablemente querrá inducir el parto. En las mujeres mayores, especialmente de más de 40 años, la inducción del parto se puede recomendar ya a las 39 semanas”¹, por lo tanto, es pertinente que se considere dicha situación en el momento que su juzgado proceda a realizar el análisis de la responsabilidad de la Clínica Santa Sofía pues los mismos demandantes están admitiendo que para el momento de ingreso a dicha entidad, el estado de la señora Elvia María Quintero era delicado.

AL QUINTO: A mi representada no le consta lo mencionado en este hecho ya que no guarda relación con su objeto social, motivo por el cual la parte demandante deberá probar lo aquí afirmado conforme al artículo 167 del Código General del Proceso. Ahora bien, vale la pena señalar cómo lo mencionado en este hecho concuerda con lo anteriormente expuesto en tanto la señora Elvia María Quintero ingresó a la clínica en una etapa de embarazo en la cual podían presentarse dificultades y en la cual es recomendable inducir el parto, procedimiento que se intentó realizar por los médicos de la clínica conforme se narra en este hecho y se confirma en la contestación de la demanda por parte de Clínica Santa Sofía.

¹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000515.htm>

AL SEXTO: A mi procurada no le consta que las complicaciones de la señora Elvia María Quintero y su hijo hayan empezado con el parto, de modo que, solicito su acreditación fáctica en virtud del principio de la carga de la prueba predicable de la parte actora acorde con el Art. 167 del C.G.P.

AL SÉPTIMO: A mi procurada no le consta de forma directa lo afirmado en este hecho, comoquiera que en su calidad de aseguradora no intervino ni tuvo injerencia en el servicio prestado a la señora Elvia María Quintero. En el mismo sentido, no le consta ninguna de las complicaciones que enumera la parte demandante extraídas de la historia clínica, sin embargo, procederé a pronunciarme frente a cada una de ellas de la siguiente forma:

7.1. A la compañía que represento no le consta la cita extraída de la historia clínica relacionada con la anotación realizada a las 4:08 el día 19/07/2018, por lo tanto, corresponde a la parte demandante probar lo pertinente conforme a lo establecido al artículo 167 del Código General del Proceso.

7.2. A mi representada no le consta lo mencionado en la anotación extraída de la historia clínica por lo cual la parte demandante deberá probar dichos sucesos conforme lo ordena la norma procesal.

7.3. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 08:22, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.4. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 12:59, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.5. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 12:25, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.6. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 15:27, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.7. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 16:52, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.8. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 17:14, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.9. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 20/07/2018 a las 03:14, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.10. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 20/07/2018 a las 04:03, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.11. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 08:24, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.12. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 10:47, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

7.13. A mi representada no le consta lo que menciona el extracto de la historia clínica que data del 19/07/2018 a las 14:30, por lo cual la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL OCTAVO: A mi prohijada no le consta que el traslado de la paciente a un hospital de mayor complejidad se haya retrasado debido a que la ambulancia dispuesta para el efecto no se encontraba equipada de forma adecuada, por lo cual la parte demandante deberá probar lo afirmado. Ahora bien, es claro que este hecho contiene apreciaciones subjetivas realizadas por la parte actora en tanto de forma descuidada manifiesta la existencia de negligencia médica y falta del servicio en el traslado lo cual empeoró la condición de la paciente, afirmaciones que de ninguna forma corresponden a hechos y que, además de ser erróneas pues no cuentan con sustento alguno que las acredita, me eximen de pronunciarme frente a las mismas.

AL NOVENO: A mi procurada no le consta lo afirmado en este hecho, por ser ajeno al conocimiento de mí representada, quien en su calidad de aseguradora no tuvo intervención alguna en la atención brindada a la paciente, ni el traslado a la clínica Valle de Lili, motivo por el cual, las afirmaciones de la parte actora deberán ser probadas por esta. Vale la pena resaltar que, conforme al hecho narrado por la demandante, y si el mismo fuere considerado cierto en la etapa procesal subsiguiente que corresponda, el fallecimiento de la paciente no se dio en la Clínica Santa Sofía y tuvo lugar 2 meses después de su traslado, luego, es posible que en ese lapso y en el lugar que fue recibida hayan podido suceder situaciones que llevaran al deceso de la paciente y en las cuales la Clínica SANTA Sofía no intervino de forma alguna.

FRENTE A LOS DENOMINADOS “HECHOS RELACIONADOS CON EL HIJO DE LA SEÑORA ELVIA MARÍA QUINTERO MÁLAGA”

AL DÉCIMO: Lo mencionado en este hecho no le consta a mi representada pues no guarda relación alguna con su objeto social y, en todo caso, no tuvo intervención alguna en la atención brindada al recién nacido. Por lo tanto, o aquí afirmado deberá ser probado por la parte demandante.

AL DÉCIMO PRIMERO: Lo mencionado en este hecho no le consta a mi representada pues no guarda relación alguna con su objeto social y, en todo caso, no tuvo intervención alguna en la atención brindada al recién nacido. Por lo tanto, lo aquí afirmado deberá ser probado por la parte demandante. Ahora bien, es claro que este hecho contiene apreciaciones subjetivas realizadas por la parte actora en tanto de forma descuidada y ligera manifiesta la existencia de negligencia por parte de la clínica con motivo de que la ambulancia para el traslado del menor no contaba con los implementos necesarios. Al ser simplemente un juicio de valor y no un hecho, me exime de pronunciarme frente al mismo.

AL DÉCIMO SEGUNDO: A mi procurada no le consta de forma directa lo afirmado en este hecho, comoquiera que en su calidad de aseguradora no intervino ni tuvo injerencia en el servicio prestado al hijo de la señora Elvia María Quintero. En tal sentido, la parte demandante deberá probar lo afirmado.

12.1 A mi representada no le consta las complicaciones que la parte demandante extrae de la historia clínica, por lo cual le corresponde al accionante probarlas conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

FRENTE A LOS DENOMINADOS “HECHOS RELACIONADOS CON LOS PERJUICIOS”

AL DÉCIMO TERCERO: Este hecho contiene distintas afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- A mi representada no le consta que la señora Elvia María Quintero haya sostenido una relación con el señor Elioar Minotta Pineda con quien tuvo tres hijos, que se pruebe.
- A mi representada no le consta que la señora Elvia María Quintero se separó para después formar un segundo vínculo con el señor José Andrés Muñoz Escobar con quien tuvo un cuarto hijo el cual sobrevivió únicamente cinco días. Que se pruebe.
- A mi representada no le consta que la señora Elvia María haya ingresado el 18 de septiembre de 2018 a la Clínica Santa Sofía por estar en mal estado de salud, por lo cual deberá probarse. Pese a lo anterior, llama la atención la clara contradicción de lo aquí narrado con lo señalado en el hecho noveno de la demanda en el cual se afirma que el día 20 de julio de 2018 la señora Elvia María fue trasladada a la Clínica Valle de Lili donde finalmente falleció el día 25 de

septiembre de 2018.

AL DÉCIMO CUARTO: A mi representada no le consta lo mencionado en este hecho pues no tuvo injerencia alguna en la atención médica de la señora Elvia María o su hijo. La parte demandante deberá probar lo afirmado.

AL DÉCIMO QUINTO: A mi representada no le consta lo manifestado por la parte demandante al tratarse de un hecho ajeno a su control o intervención, por lo tanto, la parte demandante deberá probarlo conforme a lo dispuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL DÉCIMO SEXTO: A mi procura no le consta lo manifestado en este punto toda vez que tiene que ver con la esfera personal de los demandantes, en ese sentido, es la parte accionante quien deberá probar lo afirmado en este hecho.

AL DÉCIMO SÉPTIMO: A mi procura no le consta lo manifestado en este punto toda vez que tiene que ver con la esfera personal de los demandantes, en ese sentido, es la parte accionante quien deberá probar lo afirmado en este hecho.

AL DÉCIMO OCTAVO: Este hecho contiene diferentes afirmaciones frente a las cuales me referiré de la siguiente manera:

- A mi representada no le consta la dependencia emocional y las afectaciones psicológicas y emocionales que se relacionan en este hecho, por lo tanto, es deber de la parte demandante probar los mismos conforme a lo dispuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso.
- A mi representada no le consta la dependencia económica que se afirma la madre e hijos de la víctima tenían en relación con esta última, no obstante, vale la pena resalta que realizada la respectiva búsqueda sobre la afiliación de la señora Elvia María al Sistema de Seguridad Social en Salud, se registra su afiliación al régimen subsidiado:

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	31320892
NOMBRES	ELVIA MARIA
APELLIDOS	QUINTERO MALAGA
FECHA DE NACIMIENTO	******
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	BUENAVENTURA

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/01/2016	24/09/2018	CABEZA DE FAMILIA

Teniendo en cuenta dicha situación, es razonable inferir que la paciente no contaba con capacidad económica o ingresos regulares que le permitieran cotizar a salud en el régimen contributivo, por lo tanto, no podría decirse que la señora Elvia María ostentaba los recursos para responder a su vez por sus propias necesidades, las de su madre y las necesidades de sus hijos, adicionalmente, la parte demandante no allega prueba alguna que dé cuenta de los ingresos de la presunta víctima y de la supuesta ayuda económica brindada a sus familiares.

Por lo anterior, lo mencionado en relación con el sustento económico deberá ser probado por la parte demandante.

AL DÉCIMO NOVENO: A mi representada no le consta lo expresado en este hecho pues no tuvo injerencia alguna en el trámite del derecho de petición referido, si es que en verdad existió dicha solicitud, te tal forma que la parte demandante deberá probarlo conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL VIGÉSIMO: A mi representada no le consta lo aquí manifestado teniendo en cuenta que no fue citada a la audiencia de conciliación referenciada, no obstante, se puede verificar que la mencionada diligencia tuvo lugar el día 9 de diciembre de 2022 conforme al acta emitida por el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Frente a la pretensión DECLARATIVA: ME OPONGO a que se declare civilmente responsables a los aquí demandados, toda vez que, de acuerdo con la información que reposa en el expediente, el personal de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S. actuó diligentemente, empleando toda su pericia, destreza, experiencia y juicio clínico para atender a la señora Elvia María Quintero Málaga y a su hijo recién nacido para asistir el alumbramiento del menor que desde el inicio presentaba dificultades por tratarse de una gestación mayor a 40 semanas de embarazo, razón por la cual es imposible bajo cualquier circunstancia pretender endilgarle responsabilidad alguna, contrario a lo que, erróneamente, pretenden hacer ver los demandantes, por ello no es posible que las presuntas complicaciones y posterior fallecimiento que padecieron la señora Elvia Quintero y su hijo puedan atribuírsele a la pasiva de este proceso y mucho menos por una omisión o actuación negligente en la prestación del servicio de parto.

Frente a la pretensión CONDENATORIA: ME OPONGO a esta pretensión condenatoria con la cual se persigue el resarcimiento de supuestos perjuicios morales por ser consecuencia de la primera. Asimismo, me opongo a liquidación totalmente subjetiva y exagerada realizada en este acápite de la demanda al desconocer los límites establecidos por la jurisprudencia para la tasación de los perjuicios.

Con el fin de determinar la existencia y valor de los perjuicios morales la Corte Suprema de Justicia ha establecido determinados parámetros de obligatoria observación para el juez de conocimiento. Es así como en sentencia SC13925 – 2016 Radicación No. 2005-00174-01 se mencionó que para la tasación de dicho perjuicio es necesario apoyarse en las pruebas allegadas y practicadas en el proceso, pues solo de esta forma se puede identificar el grado de afectación causado a los demandantes, en este sentido la corte manifestó:

“...la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “lascircunstancias especiales que rodearon este proceso”

Posteriormente, mediante sentencia SC5686-2018 con ponencia de la Magistrada Margarita Cabello Blanco la Corte Suprema de Justicia, se manifiesta frente al concepto de perjuicio moral:

“Puede sostenerse, en consecuencia, que al paso que el perjuicio moral atiende a las consecuencias extrapatrimoniales internas de la víctima, el atinente a la vida de relación busca compensar todas aquellas alteraciones extrapatrimoniales, producto de lesiones corporales, psíquicas o de bienes e intereses tutelados que terminan porafectar negativamente el desenvolvimiento vital de la víctima en su entorno”.

Ahora bien, aunque la existencia de la responsabilidad civil alegada no ha sido probada, y que de igual forma no se ha demostrado el perjuicio moral y, en ese sentido, tampoco el grado de afectación psicológica de los demandantes, se debe considerar que, en caso de una hipotética condena, la tasación realizada por la parte demandante excede los límites establecidos por la jurisprudencia, en efecto, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sostenido el siguiente criterio: *“Bajo ese contexto, la tasación realizada por esta Corte en algunos eventos donde se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposo(a) o compañero(a) permanente de la persona fallecida o víctima directa del menoscabo, se ha establecido regularmente en \$60.000.000., lo cual implica prima facie que dicha cuantía podrá ser guía para su determinación.”*² Luego, no es viable que en caso de una eventual condena por este concepto se concedan los montos reclamados por la parte actora en tanto los límites fijados por el alto tribunal evitan que el resarcimiento de perjuicios se convierta en fuente de riqueza, prevención que sería inocua si se conceden los montos solicitados pues los mismos sobrepasan incluso los 150 SMLMV.

Frente a la pretensión de COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO: ME OPONGO a la presente pretensión del reconocimiento de costas y agencias en derecho, toda vez que, al no encontrar fundamentos jurídicos ni fácticos para endilgarle responsabilidad alguna a las demandadas, de ninguna manera puede pretenderse que prospere una condena adicional por los conceptos solicitados y, en esa medida, solicito en su lugar que se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

El juramento estimatorio se objeta teniendo en cuenta que este solo debe referirse en la demanda en tanto sea procedente, circunstancia que no aplica en el presente caso dada la naturaleza de las indemnizaciones solicitadas por la parte demandante.

Conforme a lo establecido en el artículo 206 del Código General del Proceso: *“Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlos razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente (...)”*, como se evidencia, el juramento estimatorio en efecto constituye un requisito exigido por la norma procesal el cual debe ser cumplido al momento de presentar la demanda o petición correspondiente. Pese a lo mencionado, el Código General del Proceso ha establecido la procedencia del juramento estimatorio con exclusión de supuestos concretos teniendo en cuenta que la naturaleza del mismo es la de servir de prueba del monto reclamado en tanto no sea objetado.

En concordancia con lo anterior, una de las circunstancias en las cuales no opera la estimación razonada de los perjuicios a través del mencionado mecanismo, es la relacionada con la solicitud

² Corte Suprema de Justicia, Sentencias SC15996-2016 y SC9193-2017

de indemnización de perjuicios inmateriales, de manera tal, que el mismo artículo antes citado excluye de forma taxativa los mentados perjuicios: “(...) *el juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales*”.

En este sentido se debe considerar que la demanda persigue exclusivamente el resarcimiento de los perjuicios morales, es decir, busca la indemnización de perjuicios de naturaleza extrapatrimonial concluyéndose de esta forma que el juramento estimatorio presentado en el escrito petitorio resulta totalmente improcedente y no tiene cabida en el caso que ocupa nuestra atención, por lo tanto, solicito a su Despacho no tener en cuenta el señalado juramento.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR LA CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S. QUIÉN EFECTÚA LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA

Solicito al Juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por la Clínica Santa Sofía del Pacífico, las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

2. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CABEZA DE LA CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S. COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO CARENTE DE CULPA Y REALIZADO POR EL EXTREMO PASIVO

Se fundamenta esta excepción, en el entendido de que la responsabilidad civil que aquí se persigue requiere de manera indispensable la acreditación de la culpa en cabeza de la demandada, y junto con ella la relación de causalidad entre el daño alegado por la parte actora y la conducta desplegada por la pasiva. Sin embargo, el actuar de la pasiva se ajustó a la *lex artis* al garantizar toda la atención médica y asistencial a la señora Elvia Quintero y a su hijo recién nacido, e igualmente puso a disposición de las mencionadas víctimas todos los medios adecuados para brindar el tratamiento requerido, siendo así atendidos con prontitud y dentro de los tiempos médicos estipulados, ordenando la práctica de procedimientos requeridos y necesarios para la atención constante del paciente conforme a los cánones médicos y dando de forma oportuna el respectivo tratamiento e intervenciones que fueron necesarias. Por estas razones, nos se encuentran constituidos los elementos de la responsabilidad civil médica impidiendo al juez de conocimiento conceder lo pretendido por la parte actora.

La responsabilidad civil médica reviste caracteres especiales. En principio, se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, según las cuales, para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que

consecuencia de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

- 1) **La culpa**, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. **Este elemento deberá ser probado por los demandantes.**
- 2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. **También compete a las demandantes su demostración.**
- 3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiriera la categoría de cierto e indemnizable.

Sin embargo, por ser la responsabilidad médica de especial envergadura, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, se ha determinado de forma vehemente que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento, por lo cual, 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.

En adición a lo anterior, es menester precisar también que, en medicina, la obligación de los galenos se reputa como una de medios y no como una de resultados; es decir, no puede garantizarse el bienestar o cura de los padecimientos sufridos por los pacientes, sino que se espera emplear todos los medios físicos, científicos, etc., para brindar un tratamiento perito, diligente y oportuno, acorde con los lineamientos de la *lex artis* y los protocolos médicos en la materia.

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 hacersele saber cuál es la responsabilidad médica (...)”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, al ser la prestación de servicios médicos una obligación de medio cuyo incumplimiento se estudia a través de la existencia del elemento culpa, se debe destacar que para el caso concreto dicho elemento no se encuentra demostrado sino que, por el contrario, desde el inicio y de forma pronta la clínica puso al servicio de los pacientes el personal médico necesario con el fin de combatir las consecuencias negativas del parto de la mejor forma posible y atendiendo a los criterios científicos aplicables, es así como en la primera nota de fisioterapia del día 19 de julio de 2018 registrada a las 4:36, se evidencia que ante las dificultades de salud del recién nacido se inicia terapia respiratoria y se toman otras medidas de manera pronta

2018-07-19	
22:36	Juan.taborda - JUAN SEBASTIAN TABORDA CASELLAS TERAPIA RESPIRATORIA - PACIENTE CON DX DE 1. RECIEN NACIDO POSTERMINO DE 41 SEMANAS POR BALLARD, SEXO MASCULINO CON PESO, TALLA Y PERIMETRO CEFALICO ADECUADOS PARA LA EDAD GESTACIONAL 2. ESTADO POSREANIMACION 3. ASFIXIA PERINATAL SEVERA 4. ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA SARNAT 3 5. SINDROME DE ASPIRACION DE LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO. ENCUENTRO EN INCUBADORA, ACTIVO, REACTIVO, BIEN PERFUINDIDO, CON TOT 3.5 CONECTADO A VENTILACION MECANICA EN MODO SIMV + PC 12 PS 8 PEEP 5 FV 30 TI 0.40 PIP 18 PAW 9. CON EPISODIOS DE CONVULSIONES POR LO QUE LE INICIAN FENOBARBITAL. A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. SV FC 155 SATO2 98%. SE REALIZA HIGIENE DE VIA AEREA OBTENIENDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES. POR TOT Y MODERADAS MUCOIDES POR BOCA. PACIENTE TOLERA MANEJO. QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CLINICA. VIGILAR CAMBIOS.
21:00	Juan.taborda - JUAN SEBASTIAN TABORDA CASELLAS SE ADMINISTRA 7 HORAS DE VENTILADOR MECANICO.
16:17	Juan.taborda - JUAN SEBASTIAN TABORDA CASELLAS TERAPIA RESPIRATORIA - PACIENTE CON DX DE 1. RECIEN NACIDO POSTERMINO DE 41 SEMANAS POR BALLARD, SEXO MASCULINO CON PESO, TALLA Y PERIMETRO CEFALICO ADECUADOS PARA LA EDAD GESTACIONAL 2. ESTADO POSREANIMACION 3. ASFIXIA PERINATAL SEVERA 4. ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA SARNAT 3 5. SINDROME DE ASPIRACION DE LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO. ENCUENTRO EN INCUBADORA, ACTIVO, REACTIVO, BIEN PERFUINDIDO, CON TOT 3.5 CONECTADO A VENTILACION MECANICA EN MODO SIMV + PC 12 PS 8 PEEP 5 FV 30 TI 0.40 PIP 17 PAW 9. CON EPISODIOS DE CONVULSIONES POR LO QUE LE INICIAN FENOBARBITAL. A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. SV FC 150 SATO2 99%. SE REALIZA HIGIENE DE VIA AEREA OBTENIENDO MODERADA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES. POR TOT Y MODERADAS MUCOIDES POR BOCA. GASES ARTERIALES PH 7.51 PO2 84.7 PCO2 20.4 SO2 97.2 CHCO3 16.2 BE -4.3 Pao2/FIO2 282.3. MODIFICO TI A 0.50. PACIENTE TOLERA MANEJO. QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION CLINICA. VIGILAR CAMBIOS.
11:04	Julieth.angulo - JULIETH VANESSA ANGULO GAMBOA TERAPIA RESPIRATORIA, PACIENTE CON DIAGNOSTICO CLINICO DE RECIEN NACIDO POSTERMINO DE 41 SEMANAS POR BALLARD, SEXO MASCULINO CON PESO, TALLA Y PERIMETRO CEFALICO ADECUADOS PARA LA EDAD GESTACIONAL 2. ESTADO POSREANIMACION 3. ASFIXIA PERINATAL SEVERA 4. ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA SARNAT 3 5. SINDROME DE ASPIRACION DE LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO. ENCUENTRO PACIENTE EN INCUBADORA CON TOT 3.5 CONECTADO A VENTILACION MECANICA CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS VENTILATORIOS DADO POR MODO SIMV+PC, FIO2 35, PEEP 5, FR 30, PICO 13, MEDI 5, ACOPLADO A LA VENTILACION MECANICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR PRESENTE, A LATERAPIARESPIRATORIA SE LE REALIZA MONITOREO RESPIRATORIO, POSICIONAMIENTO, TECNICAS DE HIGIENE EN LA VIA AEREA, SUCCION POR TOT OBTENIENDO SECRECIONES MUCOPURULENTAS ADHERENTES, SUCCION POR BOCA OBTENIENDO SECRECIONES HIALINAS, PACIENTE TOLERA QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDCION. SE ADMINSTRAN 7 HORAS DE VENTILACION MECANICA
04:36	Ileana.quinones - ILEANA QUINONES TERAPIA RESPIRATORIA PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE . RECIEN NACIDO POSTERMINO DE 41 SEMANAS POR BALLARD, SEXO MASCULINO CON PESO, TALLA Y PERIMETRO CEFALICO ADECUADOS PARA LA EDAD GESTACIONAL 2. ESTADO POSREANIMACION 3. ASFIXIA PERINATAL SEVERA 4. ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA SARNAT 3 5. SINDROME DE ASPIRACION DE LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO SE ATIENDE LLAMADO DE SALA DE PARTO , SE ENCUENTRA PRODUCTO SEXO MASCULINO A LAS HORAS. FLACIDO, SIN AUTOMATISMO RESPIRATORIO Y CON FRECUENCIA FRECUENCIA CARDIACA POR DEBAJO DE 100 LATIDOS POR MINUTO, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIADO, SE POSICIONA BAJA CUNA DE CALOR RADIANTE, SE INICIA INMEDIATAMENTE VENTILACION A PRESION POSITIVA CON DISPOSITIVO DE BOLSA MASCARA DURANTE PERIODO DE 30 SEGUNDOS CON POBRE RESPUESTA POR LO QUE SE PROCEDE A REALIZAR INTUBACION OROTRAQUEAL CON TOT Nº 3.5 EL CUAL QUEDA CON FUGA SE REINTUBA CON TOT 4.0 EL CUAL SE FEA A 10 CM EN ARCADE DENTAL SUPERIOR Y SE CONTINUA LA VPP A TRAVES DEL MISMO CON LO QUE SE LOGRA INCREMENTAR LA FRECUENCIA CARDIACA POR ENCIMA DE 100 PERMANECIENDO FLACIDO Y CON POBRE AUTOMATISMO RESPIRATORIO, SE TRASLADA INMEDIATAMENTE A UCI EN INCUBADORA SE CONECTA A VENTILACION MECANICA MODO SIMV+PS 8 FIO2 0.5 TI 0.40 FV 35 PC 12 PIP 20 FC 120PSMAT 98 REALIZO PERMEABILIZACION DE VIA AEREA SECRECIONES MUCOIDES MODERADAS POR TOT Y BOCA, PACIENTE MAS ACTIVO, SE TOMA GAS ARTERIAL PH 7.45 PCO2 18 HCO3 12 BE -8.3 PO2 187 ALCALOSIS RESPIRATORIA NORMOXEMIA DISMNUYO FVA 30 FIO2 HASTA 30 SAT 98 ADMINISTRO 7 HORAS DE OXIGENO POR VENTILADOR MECANICO

Dicha atención rigurosa y pertinente continuaría los días subsiguientes como se evidencia en las múltiples anotaciones de fisioterapia que se constatan en la historia clínica, lo que da cuenta de la diligencia de la clínica y de su proceder conforme a la *lex artis*, lo que a su vez permite deducir que no existió falla médica que dé cuenta de la existencia de un actuar culposo por parte de la demandada.

Ahora bien, frente a las condiciones de salud de la madre, se evidencia que la atención brindada

³ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, Mp. Alejandro Martínez Caballero.

por parte de la clínica fue pronta y consecuente con los síntomas padecidos pues fue reingresada de la sala de cirugías a UCI tan pronto presentó complicaciones realizando la respectiva sutura para detener el sangrado y el masaje cardiaco durante 6 minutos para restablecer el funcionamiento cardiaco después del paro sufrido, tal como se evidencia en la siguiente anotación de la historia clínica

HALLAZGO SUBJETIVO:
ACUDO LLAMADO DE UCI PCTE SE REALIZA ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL DONDE SE EVIDENCIA LIQUIDO EN CAVIDAD POSIBLE SANGRADO ACTIVO .

17:14 **SERVICIO: UCI ADULTO**
Elaborada por: plauto.figueroa - PLAUTO MARCO FIGUEROA PEREIRA
ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA
Avalada por:
ESPECIALIDAD:
Observacion de aval:
EVOLUCION UCI NOTA CONJUNTA DR CAICEDO MD APOYO.

PARTO VAGINAL DEL 18-07-2018 (HORA 23+15).
HEMORRAGIA POSTPARTO.
SHOCK HIPOVOLEMICO CLASE IV
POP DE HISTERECTOMIA SUBTOTAL + SALPINGOFORECTOMIA IZQUIERDA +CORRECCION DE DESGARRO EN CERVIX POR ATONIA UTERINA Y DESGARRO CERVICAL. 19-07-2018.

***ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):**
PACIENTE REINGRESA DE SALAS DE CIRUGIA, DONDE POR LAPARATOMIA SE EVIDENCIA SANGRADO DE CUPULA VAGINAL EL CUAL SE CORRIGIO CON PUNTO DE SUTURA NO ABSORBIBLE, CON LO CUAL SE CONSIGUIO CONTROL DE FUGA, SE REvisa CAVIDAD SE DEJAN 10 COMPRESAS PARA HEMOSTASIA, SE DEJA ABDOMEN ABIERTO AFRONTANDO PAREDES MUSCULARES CON VIAFLEX PARA 3CER TIEMPO QUIRURGICO EN 48 HORAS, SE INFORMA QUE PRESENTO PARADA CARDIACA DE APROXIMADAMENTE 6 MINUTOS, SE REALIZO MASAJE CARDIACO MAS ADRENALINA CON POSTERIOR MEJORIA, ACTUALMENTE PACIENTE SIN VASOPRESINA, CONTINUA CON NOREPINEFRINA EN INFUSION, TENDIENTE A LA HIPERTENSION, SE CONTINUA CON DESTETE DE DICHO VASOACTIVO, SE SOLICITAN GASES ARTERIALES, CON PH DE 7,1 PCO2 4,3 cHCO3 13,4 BEecf -16 PAFI 349 NA 141 CL 101 K 4,2 CON EVIDENTE MEJORIA, SE ORDENA PASO DE AMPOLLAS DE BICARBONATO, PARA CORRECCION DE ACIDOSIS METABOLICA. PACIENTE AUN CRITICA, ES COMENTADA CON SU EPS EMSSANAR, POR RIESGO DE MORTALIDAD MATERNA DEACUERDO A ORDEN DADA POR GINECOLOGIA. CONTINUAMOS MANEJO INTEGRAL. PACIENTE CON PRONOSTICO VITAL MUY RESERVADO, AVISAR CAMBIOS, GRACIAS.

De igual forma, la atención se siguió brindando de manera adecuada hasta el momento en que, conforme a los criterios científicos, el personal de la clínica ordenó la remisión de la paciente a una institución de salud de mayor complejidad, concretamente, a la Fundación Valle de Lili

10:47 **SERVICIO: UCI ADULTO**
Elaborada por: astrid.ibarra - ASTRID XIMENA IBARRA ARCOS
ESPECIALIDAD: GINECOLOGO
Avalada por:
ESPECIALIDAD:
Observacion de aval:
- PARTO VAGINAL DEL 18-07-2018 (HORA: 23+15).
- HEMORRAGIA POSTPARTO.
- SHOCK HIPOVOLEMICO CLASE IV.
- POP DE HISTERECTOMIA SUBTOTAL + SALPINGOFORECTOMIA IZQUIERDA + CORRECCION DE DESGARRO EN CERVIX POR ATONIA UTERINA Y DESGARRO CERVICAL. (19-07-2018).
- POP LAPARATOMIA PARA EMPAQUETAMIENTO DE CAVIDAD ABDOMINOPELVICA Y DRENAJE DE HEMOPERITONEO. (19-07-2018)

PLAN:
REMISION A CUARTO NIVEL.
MANEJO CONJUNTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

***ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):**
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN CONDICION CRITICA INESTABLE, DEPENDIENTE DE SOPORTE VENTILATORIO Y VASOPRESOR. COMPROMISO DE ESTADO ACIDO BASE CON ACIDOSIS METABOLICA. ALTERACION EN COAGULACION DADA POR TIEMPOS PROLONGADOS SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO. FUNCION RENAL COMPROMETIDA CON AZOADOS ELEVADOS, ANURICA.
HEMOGRAMA CON TROMBOCITOPENIA DE 64.000. CONTINUA MANEJO INTEGRAL EN UCI, EN TRAMITES DE REMISION A MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD POR MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. PRONOSTICO RESERVADO A EVOLUCION.

HALLAZGO OBJETIVO:
TA: 96/75 TAM : 81 FC: 96 X MIN. FR 12 X MIN. SAT 99%. PVC 99.
MUCOSAS HUMEDAS. CUELLO CON CATETER VENOSO CENTRAL YUGULAR DERECHO.
CARDIOPULMONAR SIN CAMBIOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. CUBIERTO CON APOSITOS Y VIAFLEX SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO. GENITOURINARIO: GENITALES EXTERNOS EDEMA DE LABIOS MAYORES, NO SANGRADO VAGINAL. SONDA VESICAL SIN DIURESIS. EXTREMIDADES: SIN EDEMAS. NEUROLOGICO: BAJO EFECTO DE SEDACION.

Dicho lo anterior, como se desprende del material probatorio obrante en el plenario y como se ha manifestado a lo largo de este escrito, el personal médico de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL

PACÍFICO S.A.S. cumplió cabalmente con sus obligaciones legales para con la entonces paciente y su hijo recién nacido, desde el inicio de su atención, garantizando y brindando permanentemente su acceso al servicio médico, con el lleno de los requisitos y estándares de calidad, de manera oportuna y sin dilaciones conforme a los protocolos médicos y *lex artis* determinados en el campo de la medicina.

Corolario de lo mencionado es que la Clínica demandada cumplió de forma diligente con la obligación de medio a su cargo no siendo posible imputarle culpa con fundamento en una conducta negligente u omisiva que resulta inexistente y contrasta con el evidente desarrollo diligente del actuar médico conforme se constata en la historia clínica, por lo tanto, el mentado requisito de la responsabilidad civil no se encuentra probado haciendo que la misma brille por su ausencia y, consecuentemente, imposibilitando que las pretensiones sean despachadas de forma favorable por parte del juzgado.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

3. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LAS ATENCIONES MÉDICAS BRINDADAS POR LA CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S. Y EL LAMENTABLE FALLECIMIENTO DE LA SEÑORA ELVIA MARÍA QUINTERO Y SU HIJO RECIÉN NACIDO.

Esta excepción se funda a más de lo expuesto atrás, en que efectivamente no hay ningún medio probatorio que demuestre la existencia de relación de causalidad entre el lamentable fallecimiento de la señora Elvia María Quintero y su hijo recién nacido, y la actuación de la CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S., por ende, la inexistencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra esa entidad, destacando que es carga de la parte demandante no sólo demostrar la supuesta negligencia u omisión en la atención médica, con las que pretende fundar sus indebidas pretensiones, sino también la de la imprescindible relación de causalidad entre la conducta desplegada por la institución de salud demandada y el daño.

Con respecto a este elemento de la responsabilidad civil, la Corte Suprema de Justicia ha recordado que su demostración se encuentra en cabeza de quien alega la constitución de la mentada responsabilidad, es decir, al igual que los demás elementos de la responsabilidad civil, el nexo causal debe ser probado por quien la alega no siendo suficiente la afirmación de que la misma existe:

“(…) Para el efecto, precisamente, corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad y la correspondiente condena: 1. Desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia. 2. Según la naturaleza de la responsabilidad en que

*se incurra (subjetiva u objetiva), o de la modalidad de las obligaciones adquiridas (de medio o de resultado), mediante la prueba de sus requisitos axiológicos. En particular, probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad. En todo caso, no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan (...)*⁴

De manera complementaria, el doctor Javier Tamayo Jaramillo, en la obra sobre la Prueba sobre la culpa médica, recuerda que, entre la conducta del médico y el daño causado, debe existir una relación de causalidad, es decir, que el daño debe ser efecto o resultado de aquella conducta, la cual obra como causa eficiente en la producción del perjuicio. La conducta del médico tiene que ser la causa del daño, que presupone dos condiciones: En primer lugar, la conducta médica debe ser la causa próxima, que no quiere decir que sea la causa última en el orden cronológico, sino que no se deben tener en cuenta en la producción del daño los actos, hechos o causas que han obrado en forma remota. Además, la conducta médica debe ser determinante en la producción del daño, que es cuando debido a la actuación médica se ha contribuido en un mayor grado a la producción del resultado.

Teniendo en cuenta todos los argumentos expuestos hasta el momento, resulta claro que los hechos que se debaten en el presente proceso no son consecuencia del actuar desplegado por el personal de la clínica demandada toda vez que existió una reacción inmediata y acorde a la ciencia médica tan pronto la paciente y su hijo presentaron complicaciones siendo remitidos de esta forma a UCI para brindarles los tratamientos pertinentes realizando un control constante de su evolución hasta adelantar los trámites respectivos para garantizar su remisión a una institución de salud de mayor complejidad, en contraposición, la parte actora no aporta prueba que dé cuenta de la insuficiencia de las atenciones brindadas por la clínica que deriven en el lamentable fallecimiento de la paciente y su hijo.

Vale la pena señalar a demás que, conforme a la documentación obrante en el plenario, la señora Elvia María Quintero ingresó a la Clínica Santa Sofía con un periodo de gestación superior a 41 semanas, situación que puede generar complicaciones de salud: *“(...) Cuando alcance entre 41 y 42 semanas, los riesgos en la salud para usted y su bebé se volverán aún mayores. Su proveedor probablemente querrá inducir el parto. En las mujeres mayores, especialmente de más de 40 años, la inducción del parto se puede recomendar ya a las 39 semanas*⁵, luego, no puede dejarse de lado que la paciente ingresó a la clínica en una situación ya de por sí riesgosa ante la cual el personal médico de la institución actuó de forma acorde y con la debida aplicación de los procedimientos médicos existentes para este tipo de casos, igualmente, la clínica desplegó los servicios necesarios

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3847-2020. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

⁵ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000515.htm>

ante las complicaciones de la madre y el hijo evidenciadas en la sala de cirugías y de forma posterior al punto de haberlos ingresado al servicio de UCI y, posteriormente, realizar los trámites correspondientes para el traslado a una institución de mayor complejidad.

Así las cosas, comoquiera que la parte actora no logra erigir los supuestos necesarios para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil aludida, es necesario recalcar que tampoco consigue concretar la existencia de un vínculo, con las características necesarias, que ate el actuar de la demandada con los supuestos perjuicios alegados por la parte actora.

En conclusión, bajo ninguna circunstancia las complicaciones sufridas por la señora Elvia Quintero y su hijo recién nacido pueden ser atribuidas a la conducta de la Clínica Santa Sofía, pues por su parte se efectuaron todos los esfuerzos para procurar el bienestar del paciente de modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de la demandada y los padecimientos del demandante, resulta imposible la declaratoria de responsabilidad.

Siendo inexistente la relación de causalidad, debe declararse probada esta excepción.

4. LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SE REPUTAN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que la ocurrencia del fallecimiento de la señora Elvia María Quintero y su hijo no puede en forma alguna ser imputable a la Clínica Santa Sofía por el solo hecho de haber sucedido, pues como lo ha establecido la jurisprudencia, este tipo de obligaciones se caracterizan por ser de medio, motivo por el cual su incumplimiento se determina no a partir del resultado adverso que pueda existir, sino a partir del incumplimiento de la *lex artis*, lo que deriva a su vez en una conducta culposa, la cual además debe ser la causa eficiente del lamentable desenlace. Sin embargo, al apreciar las pruebas obrantes en el expediente no se avizora conducta imputable a la demandada que resulte contraria la aplicación de criterios médicos o científicos que haya traído consigo la consecuencia del doble fallecimiento, por lo tanto, el juzgado no tendrá opción diferente a la de no encontrar probado el incumplimiento de la obligación a cargo de la clínica.

Desde hace décadas la Corte Suprema de Justicia ha sostenido la postura según la cual la obligación del personal médico consistente en curar al enfermo es una obligación de medio, en tal sentido, la Sala Civil del mencionado Tribunal, mediante sentencia del 5 de marzo de 1940, con ponencia del Magistrado Liborio Escallón, señaló:

“el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece el cliente o de la no curación”.

Esta postura, válida en la actualidad, resulta lógica debido a que se acompasa a la realidad de la actividad de la medicina y de las circunstancias que rodean un tratamiento médico. No puede desconocerse que al momento de tratar a una persona con determinada dolencia, existen circunstancias externas al propio tratamiento que pueden ser imprevisibles e incluso alterar la consecución del fin perseguido.

Efectivamente, la terapia ejecutada por el personal médico es aleatoria debido a que la incertidumbre de la curación del paciente es inherente a la asistencia médica. Al momento de desplegar la actividad médica existen distintos factores que escapan al control del profesional médico alterando las probabilidades de obtener un determinado resultado.

Lo anteriormente expuesto implica que el incumplimiento de la obligación de medio solo pueda establecerse ante la omisión del profesional de la salud de colocar todos sus conocimientos, pericia y prudencia al momento de curar al paciente, es decir, al incumplir la *lex artis* configurando de esta forma una conducta culposa que incida en el resultado adverso.

En el caso que ocupa nuestra atención, es evidente que la clínica procedió colocando todos los servicios a disposición de la atención y recuperación de la señora Elvia Quintero y su hijo recién nacido debido a las dificultades de salud presentadas desde el mismo momento del parto, tal como se resaltó en forma precedente en este escrito, a la paciente y el menor se les atendió en el servicio de UCI tan pronto fue requerido y, de forma posterior, su control y cuidado continuó sin interrupciones practicando la fisioterapia requerida, realizando transfusiones de sangre control de presión arterial, suministro de medicamentos y, en fin, todas las actuaciones requeridas tendientes a lograr la recuperación del paciente.

Si bien la señora Elvia y el menor fallecen de forma posterior, la parte demandante se equivoca al intentar imputar dicho fallecimiento a la atención brindada en la Clínica Santa Sofía pues la misma se desplegó con estricto cumplimiento de los tratamientos aplicables al caso concreto, con diligencia, pericia y prudencia, por ello, el fatal desenlace no es imputable a conducta alguna de los profesionales de la mencionada clínica siendo improcedente alegar la responsabilidad civil de la institución.

Conforme a lo anterior se evidencia que la obligación de medio que rige la relación entre el profesional de la salud y el paciente jamás fue incumplida por la Clínica Santa Sofía, siendo improcedente conceder lo pretendido pues su consecución se sustenta en el inexistente incumplimiento ya referido.

Solicito amablemente al despacho declarar probada esta excepción.

**5. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA-
INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S. POR
AUSENCIA DE CULPA**

Se formula esta excepción, en virtud de que la responsabilidad del médico se determina por la culpa probada, ahora bien, conforme a la carga impuesta por el artículo 167 del Código General del Proceso, se encuentra en cabeza de la parte demandante la carga probatoria dirigida a corroborar la existencia de dicha culpa, carga que en el presente caso no se ha cumplido.

En este orden de ideas, la jurisprudencia ha establecido que resulta insuficiente demostrar la mejoría o empeoramiento del estado de salud del paciente debido a que se está de frente al análisis del incumplimiento de una obligación de medio, por lo tanto, la parte actora debe demostrar la falla del servicio que se atribuye a la entidad:

“(...) Ahora bien, teniendo en cuenta que las obligaciones que se desprenden del acto médico propiamente dicho son de medio y no de resultado, al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, puesto que es posible que, pese a todos los esfuerzos médicos, el paciente no reaccione favorablemente al tratamiento de su enfermedad. Por tal motivo, la jurisprudencia ha señalado de forma reiterada que en los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, la parte actora tiene la carga de demostrar la falla del servicio atribuible a la entidad. (...)”⁶

Bajo tales presupuestos, la responsabilidad debatida en el caso que ocupa nuestra atención solo es predicable en caso de que la parte actora demuestre la existencia de la culpa y, junto con ello, del nexo de causalidad entre el daño y la conducta desplegada por la entidad de salud.

Es palmario en el presente caso que la parte demandante no cumple con la carga impuesta tanto en la norma procesal como en la postura jurisprudencial citada, consecuentemente, la culpa como elemento de la responsabilidad civil es inexistente y en ese sentido, la clínica no puede ser declarada responsable, en contraposición, las pretensiones deberán ser despachadas de forma desfavorable al no encontrar acreditado este elemento.

Solicito amablemente al despacho declarar probada esta excepción.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, C.P. Danilo Rojas Betancourth, E. No. 26352 de 2013

6. TASACIÓN EXCESIVA DEL DAÑO MORAL RECLAMADO

Toda vez que los demandantes pretenden una cuantiosa indemnización con ocasión de unos supuestos perjuicios extrapatrimoniales, se propone la presente excepción, sin que ello implique aceptación alguna de responsabilidad de ninguna índole por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA. Así, por medio de la presente excepción se pretende demostrar al Honorable Despacho que el extremo procesal activo no acredita, argumenta, explica ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de las sumas de dinero pretendidas bajo el concepto de daño moral. Lo anterior, pues únicamente se limita a solicitar un monto a favor de los demandantes, sin que se argumente y/o sustente lo allí pretendido. Por otro lado, las sumas pretendidas bajo este concepto son exageradas y no se encuentran delimitadas ni enmarcadas de acuerdo a los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

Sobre este tipo de perjuicio, la Corte ha reseñado que el mismo no “constituye un «regalo u obsequio»,” por el contrario se encuentra encaminado a “reparar la congoja, impacto directo en el estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares”⁷, con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa», sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia⁸.

En esa medida y sin que implique asunción de responsabilidad, es evidente la inexactitud del cálculo que hace el apoderado de la actora para establecer el monto de las pretensiones de esta demanda, pues de manera desproporcionada solicita el pago de 700 SMLMV equivalentes actualmente al valor de \$910.000.000 a favor de los demandantes, que incluso superan el valor máximo de \$60.000.000 reconocido por la Corte Suprema de Justicia (Órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria civil) por concepto de perjuicios morales EN CASO DE MUERTE, pues incluso, en el remoto e hipotético evento de que se acceda a las pretensiones, en ningún caso alcanzarían a tener la entidad reclamada por la parte activa, siendo además improbable que se acredite la reunión de los elementos que conformarían una responsabilidad civil y por eso ruego a su señoría que frente a la abismal pretensión del accionante, la cual denota evidentemente un afán de lucro injustificado, imposible de satisfacer.

Cabe resaltar que los tipos de perjuicios extrapatrimoniales que solicita la parte actora sean reparados económicamente, resultan o tratan de una compleja tipología de perjuicios cuya configuración depende de la existencia de una serie de elementos subjetivos y de los que su tasación si bien se encuentra deferida “*al arbitrium judicis*”, es decir, al recto criterio del fallador, sí deben por lo menos, estar sujetos a su comprobación y acreditación mediante los medios de prueba

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004- 032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

⁸ Ídem

conducentes para el efecto. En ese sentido, es fundamental que realmente se logre comprobar que, respecto a la indemnización por perjuicios por concepto de perjuicios morales, es necesario que, esos sentimientos que dice la víctima habersele generado, demuestren que efectivamente fueron producto del hecho dañoso configurativo de este proceso.

Así las cosas, es menester que quien aduce la generación de este tipo de perjuicios, demuestre plenamente la aflicción sufrida, tanto física como sentimental, para que, si quiera, se entre a considerar si tienen lugar o no lugar a obtención de un resarcimiento económico.

“(…) Por cierto que las pautas de la jurisprudencia en torno a la tasación de perjuicios extra-patrimoniales, con fundamento el prudente arbitrio del juez, fueron acogidas expresamente por el artículo 25 del Código General del Proceso (…)”.

*Y aunque tal regla está prevista para la cuantía de los procesos, en general, **permite ver que el sistema procesal es reacio a aceptar pretensiones de indemnización inmaterial por montos exagerados, a voluntad de las partes**, ya que así se generan distorsiones en las instancias y recursos que razonablemente deben tener los trámites judiciales (…)*⁹ (Énfasis propio)

Ha señalado igualmente la Corte¹⁰ que, dentro de la concepción jurídica de los perjuicios extrapatrimoniales, específicamente respecto al daño moral, por ejemplo, no hay una valoración pecuniaria en sentido estricto, ya que al pertenecer a la siquis de cada persona “es *inviabile de valorar al igual que una mercancía o bien de capital*”, de ahí entonces que sea razonable estimar que, (i) en cada caso el juez realice una valoración concreta, con la debida objetividad y conforme lo que se logre probar en el transcurso del proceso; y, (ii) no resulta apropiado que las partes puedan estimar el valor económico de su propio sufrimiento, “*ya que eso iría en contravía de la naturaleza especial del perjuicio inmaterial o espiritual, que escapa al ámbito de lo pecuniario*”.

De igual manera, no existe ninguna presunción que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia¹¹ ha manifestado claramente:

*“(…) Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.º 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la*

⁹ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000- 2017-00405-00.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ CSJ, SC-5340-2018.

foliatura.”

Pero además de lo anterior, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada y contraria los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia, teniendo en cuenta que la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a sesenta millones de pesos (\$ 60.000.000)¹² por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido¹³, por lo que resulta evidentemente desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

En conclusión, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto de daño moral que supere los montos fijados a partir de acuerdo a las sentencias anteriormente mencionados. En consecuencia, la suma solicitada por el Demandante resulta exorbitante y se encuentra por fuera de los lineamientos en mención, en consecuencia, corresponderá al arbitrio del juez determinar el valor del daño moral, teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente, los cuales no corroboran lo peticionado por la parte demandante y en tal virtud la misma debe ser desestimada.

En consecuencia, solicito declarar probada esta excepción.

7. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Acorde con lo manifestado a lo largo de este escrito de contestación, es necesario acudir a la figura del Enriquecimiento sin Justa Causa. Este postulado se encuentra plasmado en el artículo 831 del Código de Comercio. El artículo proscrib el enriquecimiento sin causa a expensas de otra persona.

La Corte Suprema de Justicia advierte:

*“(…) Hay que precisar, a ese respecto, que la jurisprudencia fundacional de lo que hoy es el querer de la ley, se orientaba a **corregir las situaciones en las cuales el patrimonio de un sujeto de derecho sufría mengua, mientras otro acrecía sus haberes en la misma medida, sin que existiera una razón que explicara esa alteración**, caso en el cual se imponía al juez el deber de adoptar los correctivos*

¹² CSJ, SC-5340-2018.

¹³ En el fallo referenciado se resolvió: “Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos (\$669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos (\$60.000.000) y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos (\$30.000.000)”.

necesarios en procura de que se restableciera la equidad (...)¹⁴ (Énfasis propio)

De todo lo anterior se desprende que en caso de condenar a las codemandadas a la indemnización de perjuicios pretendida por la demandante se estaría generando un enriquecimiento de la parte demandante y un empobrecimiento correlativo en el demandado. No sólo el actuar temeroso de la demandante hace necesaria esta conclusión, sino también el que no haya cumplido con su carga probatoria al no estar demostrado con los medios de pruebas pertinentes, útiles y conducentes que las codemandadas, generaron un daño en la parte demandante que las obligue a su indemnización. Además, en el hipotético caso en que si se determine que hubo un daño imputable a la demandada y que se haya causado a la parte demandante –lo cual no sucede en este caso–, debe restringirse su indemnización a los perjuicios probados, en la medida que tal como lo establece el honorable tratadista Dr. Juan Carlos Henao en su obra “El daño”: “se debe indemnizar el daño, sólo el daño y nada más que el daño” (Pág. 45).

Conforme a lo expuesto solicito declarar probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de prescripción.

I. EXCEPCIONES FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

1. AUSENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR CUANTO NO SE CUMPLE CON LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA TEMPORAL CLAIMS MADE DE LA POLIZA No. 475-88-994000000048

Sin perjuicio de las excepciones anteriores, y sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad de mi mandante, debo indicar que no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made para afectarlo. Lo anterior, toda vez que los hechos objeto del presente proceso ocurrieron por fuera del periodo de retroactividad pactado en la Póliza No. 475-88-994000000048.

En particular, resulta relevante tener en cuenta que la limitación temporal en este caso indica que serán cubiertas las reclamaciones conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro y por hechos ocurridos durante el periodo de la vigencia de la póliza o de la retroactividad pactada en el seguro. Sin embargo, los presupuestos enunciados no se cumplen en su totalidad ya

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. 19 de diciembre de 2012. Exp. 54001-3103-006-1999-00280-01.

que, si bien la primera reclamación de la que se tiene conocimiento es la correspondiente a la conciliación extrajudicial celebrada el día 9 de diciembre de 2022, fecha que se encuentra dentro de la vigencia de la póliza, la retroactividad pactada se cuenta desde el día 19 de noviembre de 2021, es decir 3 años y 4 meses posteriores a la ocurrencia de los hechos los cuales tuvieron lugar desde el día 18 de julio de 2018 hasta el 20 de julio del mismo año y con el posterior fallecimiento de la señora Elvia Quintero el 25 de septiembre de 2018. Es decir, los hechos ocurrieron por fuera del periodo de retroactividad pactado en la póliza. Por lo tanto, estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgado, determine la ausencia de obligación por parte de la aseguradora.

Siendo consciente el legislador que en materia de derecho privado la voluntad de las partes resulta de gran trascendencia con el fin de convenir las cláusulas por las cuales se registrará el negocio que celebren, fue su voluntad plasmar de forma clara dicha libertad contractual en la normativa aplicable al contrato de seguro, es de esta forma que en el artículo 1056 del Código de Comercio dispuso:

“(...) Artículo 1056. Delimitación contractual de los riesgos: con las restricciones legales, el asegurador podrá, 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 (...)”

Es posible vislumbrar en la mentada norma que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para delimitar los riesgos que decide asumir, ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica restringiendo temporalmente los hechos que pueden constituir eventualmente la ocurrencia del riesgo asegurado, en este sentido la Corte Suprema de Justicia ha expresado lo siguiente:

*“(...) se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, **le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente** los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales (...)”* (Subrayado y negrita fuera del texto original)¹⁵.

Adicionalmente, es indispensable recordar lo que ha dicho la Corte Suprema de Justicia sobre la modalidad de cobertura Claims Made:

“Acorde con el artículo 1127 del Código de Comercio, el seguro de responsabilidad civil “impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra (...)”, al paso que el canon 1131 ejusdem instituye que “[e]n el seguro de responsabilidad se entenderá

¹⁵ Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado”.

Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso, indudablemente, acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia). **Sin embargo, las razones que expuso esta Sala en la Sentencia CSJ SC10300-2017, 18 de julio, llevaron al legislador patrio a viabilizar pactos orientados a “limitar temporalmente la garantía asegurativa”.**

En efecto, el artículo 4º de la Ley 389 de 1997 consagró que “en el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación. Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años”.

Esa norma franqueó el paso a dos tipologías negociales distintas al tradicional seguro basado en la ocurrencia. **En la primera de ellas, la aseguradora se obliga a mantener indemne el patrimonio del asegurado frente a la responsabilidad originada en un “hecho externo” que le sea imputable, sin importar la época de su ocurrencia, siempre y cuando la víctima del evento dañoso formule la reclamación al asegurado, o al asegurador, durante la vigencia de la póliza (modalidad claims made).**

En la segunda, la aseguradora asume la protección del patrimonio del asegurado frente a débitos relacionados con un “hecho externo” que le sea imputable, siempre y cuando (i) ese “hecho externo” sobrevenga en vigencia de la póliza, y (ii) la víctima del evento dañoso formule reclamación al asegurado, o al asegurador, dentro de un lapso convenido, contado partir de la expiración del término contractual, y que no puede ser inferior a dos años (modalidad de ocurrencia sunset).

Teniendo en cuenta, que para la primera de esas tipologías (pólizas claims made), no es trascendente el momento en el que “acaezca el hecho externo imputable al asegurado”, **resulta posible que la aseguradora indemnice desmedros patrimoniales cuyo origen se sitúa en eventos dañosos acaecidos con antelación a la celebración del contrato de seguro, siempre y cuando, claro está, la reclamación de la víctima se presente durante su vigencia**”. (Resaltado intencional).

Para el caso de la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 475-88-994000000048 con la cual la Clínica Santa Sofía del Pacífico S.A.S. fundamenta el llamamiento en garantía a mi prohijada, se evidencia que, bajo las prerrogativas otorgadas por la misma ley y desarrolladas por la jurisprudencia, Aseguradora Solidaria de Colombia estableció en las cláusulas particulares del contrato de seguro la cobertura temporal en la modalidad claims made, delimitando su responsabilidad frente a los hechos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza o su retroactividad, y a las reclamaciones conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo de vigencia del seguro como se verifica a continuación:

MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir del 19 de noviembre de 2021, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

																																
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS																																
NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS 4752107229		PÓLIZA No: 475 -88 - 994000000048 ANEXO:0																														
AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGE: 475 RAMO: 88 PAP:																																
<table border="1"> <tr> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> <th>HORAS</th> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> <th>HORAS</th> <th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>18</td><td>11</td><td>2022</td> <td>18</td><td>11</td><td>2022</td> <td>23:59</td> <td>18</td><td>11</td><td>2023</td> <td>23:59</td> <td>365</td> <td>19</td><td>02</td><td>2024</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	18	11	2022	18	11	2022	23:59	18	11	2023	23:59	365	19	02	2024	VIGENCIA DE LA PÓLIZA		VIGENCIA DESDE
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO																			
18	11	2022	18	11	2022	23:59	18	11	2023	23:59	365	19	02	2024																		
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DESDE		A LAS		VIGENCIA HASTA		A LAS		DIAS		FECHA DE IMPRESIÓN																				
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL				TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION																												
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION				VIGENCIA DEL ANEXO		VIGENCIA DESDE		A LAS		VIGENCIA HASTA		A LAS																				
DATOS DEL TOMADOR				DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO																												
NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS		IDENTIFICACIÓN: NIT 900.228.989-3																														
DIRECCIÓN: CALLE 9 B N° 42-115		CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA		TÉLEFONO: 6025185000																												
ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS		IDENTIFICACIÓN: NIT 900.228.989-3																														
DIRECCIÓN: CALLE 9 B N° 42-115		CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA		TÉLEFONO: 6025185000																												
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8																														

En concordancia con lo anterior, la ocurrencia de los hechos tuvo lugar en el lapso comprendido entre el 18 al 20 de julio de 2018, con el desenlace del fallecimiento de la señora Elvia Quintero el día 25 de septiembre del mismo año conforme a lo manifestado por la demandante y la historia clínica aportada al proceso, por lo tanto, la ocurrencia de los hechos fue anterior a la vigencia de la

póliza la cual inició el día 18 de noviembre de 2022, e incluso, anterior al periodo de retroactividad otorgado desde el día 19 de noviembre de 2021.

Ahora bien, aunque la reclamación extrajudicial a la asegurada haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, debe recordarse que las pólizas concertadas bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o de reclamación exigen la concurrencia de los siguientes requisitos para ofrecer cobertura a un evento determinado: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado; y, (ii) que se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas, este tipo de pólizas requiere la verificación de ambos requisitos de forma concurrente, por lo que la ocurrencia de los hechos por fuera de dicho término impide la configuración de cobertura temporal del seguro sin importar que la reclamación se haya conocido por primera vez en la vigencia del mismo.

En este orden de ideas, no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal *claims made* para afectarlo. La limitación temporal en este caso indica que serán cubiertas las reclamaciones conocidas por primera vez y reportadas del periodo del seguro por hechos ocurridos en la vigencia de la póliza o la retroactividad pactada en el seguro. Sin embargo, ninguno de estos presupuestos se materializa en este caso, por lo tanto, estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgado, determine la ausencia de obligación por parte de la aseguradora.

De lo anterior se concluye de manera acertada que los hechos por los cuales se reclama una indemnización alegando la existencia de responsabilidad civil en cabeza del llamante en garantía sucedieron por fuera del marco temporal delimitado en la póliza por parte de la aseguradora para establecer su eventual responsabilidad consistente en el pago de una indemnización o, de ser el caso, proceder con el reembolso a favor del asegurado, incumpléndose los requisitos pactados en la modalidad *claims made*, razón por la que el juez deberá declarar probada esta excepción y acto seguido, abstenerse de condenar a Aseguradora Solidaria de Colombia al pago de cualquier suma de dinero.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, POR CUANTO NO SE HA CONFIGURADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 475 88 994000000048

No existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 475 88 994000000048, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, puesto que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para

la declaración de responsabilidad en cabeza de la Clínica Santa Sofía del Pacífico. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

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.

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro: “(...) **ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO.** Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado (...)”. De tal 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 asegurativo. 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) (...).¹⁶ (Énfasis propio).

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 responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 475 88 994000000048 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:

ARTÍCULO 3º - ALCANCE DE LA COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA

CADA UNA DE LAS SECCIONES SEÑALADAS A CONTINUACIÓN DESCRIBE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE SE OTORGA, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

En tal virtud, Aseguradora Solidaria de Colombia se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a la clínica cuando deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de errores u omisiones cometidos en la ejecución de un acto médico realizado durante la prestación de los servicios profesionales de la atención de la salud. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la asegurada, lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de Póliza con la cual fue vinculada mi prohijada al proceso.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de la Clínica Santa Sofía del Pacífico. Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los elementos fundamentales para estructurar la responsabilidad médica: la conducta culposa, el daño y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza del asegurado, toda vez que la prestación del servicio de salud que brindó la entidad al 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 posteriormente la recuperación de la madre y su hijo. Así las cosas, y debido a que no existe responsabilidad del asegurado, es claro que no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohijada y la póliza no podrá ser afectada.

Por todo lo anterior, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

3. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 475 88 99400000048 ES DE CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO

Esta excepción se plantea en gracia de discusión y se soporta en el hecho de que el demandante pretermite el contenido de normas de orden público que consagran el carácter meramente indemnizatorio del seguro que sirvió de soporte a la presente demanda. Lo anterior, como se consagra en el artículo 1088 del Código de Comercio, establece que jamás el seguro podrá constituir fuente de enriquecimiento. Asimismo, el artículo 1127 ibidem, sólo obliga al asegurador a indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con ocasión de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley, siempre que no esté expresamente excluido en el contrato de seguro. Por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibidem, también infringida por la parte activa de esta acción.

Respecto al carácter indemnizatorio del contrato de seguro, la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 22 de julio de 1999, se ha referido de la siguiente manera:

“(...) 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 (...)"¹⁷ (Negrita por fuera de texto).

Es importante mencionar que la materia propia del seguro que sirvió de fundamento a la presente acción, de acuerdo con la naturaleza del riesgo que se protege, es de contenido puramente indemnizatorio conforme a lo preceptuado en el artículo 1088 del Código de Comercio y sólo podrá ser afectado según lo reza el artículo 1127 ibidem. En efecto, según lo normado en el referido precepto, este tipo de seguros es meramente indemnizatorio y jamás podrá constituir una fuente de enriquecimiento, por lo cual, la indemnización únicamente debe ceñirse a los perjuicios que efectivamente se logren acreditar por parte de quien los alega. Sumado al hecho del deber de acreditación, como es apenas, lógico del acaecimiento de alguno de los eventos asegurados en el contrato.

En vista de lo anterior, para el caso concreto, como se expuso en las excepciones de fondo planteadas frente a la demanda, las pretensiones que pretende sean reconocidas por el actor del presente pleito están indebidamente cuantificadas, no sólo por la orfandad probatoria con la que se pretenden demostrar, sino porque supera totalmente los baremos jurisprudenciales reiterados en muchas oportunidades por la Corte Suprema de Justicia, Sala de casación Civil. Esto supone a todas luces un enriquecimiento injustificado de los demandantes. En consecuencia, al encontrarse una indebida pretensión de enriquecimiento con base en un contrato de seguro, se vulnera la disposición que establece el carácter meramente indemnizatorio del mismo.

En conclusión, de acuerdo a las voces de los artículos 1088 y 1127 del Código de Comercio sobre el carácter indemnizatorio del seguro y la responsabilidad del asegurador frente a la obligación indemnizatoria, en el caso particular se observa que, de acuerdo a los pedimentos injustificados, equivocadamente tasados y exorbitantes que hace la parte demandante sobre el concepto de daño moral es evidente la pretensión indebida de enriquecimiento con base en el contrato de seguro, vulnerando el carácter indemnizatorio que reviste al contrato de seguros.

En tal medida, solicito respetuosamente que se declare probada la presente excepción.

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo mi procurada, a fin de

¹⁷ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

manifestar que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo surge cuando efectivamente el riesgo amparado en el contrato de seguro fue efectivamente realizado, en los términos de su cobertura y no opere ninguna causal legal o convencional de exclusión o inoperancia del mismo. Así las cosas, si hubiere lugar a la responsabilidad de la Compañía, la misma se sujetará a lo consignado al tenor literal la póliza y, por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado.

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 (...)”¹⁸.

En orden de lo comentado, las condiciones estipuladas en la póliza No. 475-88-99400000048, expedida por Aseguradora Solidaria de Colombia, indicarán el tope de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra. Tales condiciones fueron establecidas así:

¹⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MP. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga a

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: BUENAVENTURA
 DIRECCION: CARRERA 47 No. 4-2
 ACTIVIDAD: CLINICA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		1,000,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 100,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
 ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
 BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.
 UBICACION DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CARRERA 47 # 4 - 02, BUENAVENTURA - VALLE DEL CAUCA
 DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.
 No DE CAMAS DE INTERNACION: 118 (CIENTO DIEZ Y OCHO)
 VIGENCIA: 365 días, inicio de cobertura a las 23:59 hora local.

OBJETO DEL SEGURO:
 Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

ENTE RES 2509 DIC/03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 ENTIDAD COOPERATIVA

Siendo las cosas de ese modo, si en gracia de discusión naciera obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, esta no podrá exceder el límite del valor asegurado, porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a la aseguradora a asumir el riesgo asegurado.

Por todo lo anterior, ruego al despacho que, si eventualmente reconociera indemnizaciones en favor de la parte actora y no diera por probadas las excepciones propuestas en este escrito, tenga en cuenta las condiciones pactadas dentro del condicionado de la póliza de seguro que vincula a mi representada al presente proceso.

5. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro, esto es 10% del valor de la pérdida, o mínimo 100 SMLMV.

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

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

valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”¹⁹ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Para el caso en concreto se puede verificar que en la carátula de la póliza vinculada se pactó un deducible equivalente al 10% del valor de la pérdida y mínimo 100 SMLMV como se observa a continuación

DATOS DE LA POLIZA	
AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.	COD. AGENCIA: 475 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.228.989-3
ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN: NIT 900.228.989-3
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:
Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 100 SMLMV

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 Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde a 10% del valor de la pérdida o mínimo 100 SMLMV. Lo anterior, como consta en la respectiva póliza de seguro:

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción

6. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA

¹⁹ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

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 mismos hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que en el evento que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

7. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO No. 475-88-99400000048

Es menester advertir que en las condiciones pactadas en el contrato de seguro documentado en la póliza vinculada se establecieron unos parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** y que delimitan la extensión del riesgo asumido por ella, denominadas causales de exclusión. Las cuales en virtud de lo dispuesto en el Art. 282 del CGP y del artículo 1056 del C. Co, pido declarar probadas una vez se acredite dentro del proceso su configuración.

En efecto, en las condiciones pactadas en el aseguramiento se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato y definen de manera explícita los parámetros del negocio asegurativo. Ahora bien, tal y como lo señala el Art. 1056 del C. Co, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume: “(...) **ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>**. *Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)*”. En virtud de la facultad referenciada en el artículo previamente citado, el asegurador decide otorgar determinados amparos, supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, incorporando en la póliza determinadas barreras cualitativas que exigen al asegurador a las prestaciones señaladas en el contrato, las cuales se conocen generalmente como exclusiones de la cobertura, las cuales efectivamente se encuentran insertas en el aseguramiento que nos vincula, en la cláusula segunda de su condicionado general.

Conforme a lo anterior, se puede verificar que las condiciones generales de la póliza contemplan dos exclusiones que serían aplicables al caso concreto.

En primera medida, teniendo en cuenta que los hechos se desarrollan en medio de la prestación de servicios médicos con ocasión del parto del cuarto hijo de la señora Elvia Quintero, existe la posibilidad de que en una hipotética declaratoria de responsabilidad, el juzgado determine que la misma se configura desde el momento en que procede a inducirse el parto y, de forma posterior, se realiza el procedimiento de cesárea. Bajo estos supuestos, se verifica la aplicación de la exclusión sexta contenida en las condiciones generales de la póliza y que se evidencia a continuación:

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN

Por otra parte, aunque no se esté admitiendo la configuración de la responsabilidad civil en cabeza de la entidad asegurada, es lógico inferir de la prueba obrante en el proceso que la clínica tenía conocimiento de los hechos en los cuales la salud de la paciente y su hijo se vio tan comprometida pues fue la entidad que hasta cierto punto brindó los servicios médicos correspondientes, situación que aunque a criterio del suscrito no evidencia de forma alguna la existencia de responsabilidad civil, sí da cuenta de que la clínica tenía conocimiento de hechos anteriores a la póliza que podrían generar eventualmente reclamaciones, y precisamente es dicha circunstancia la que excluye la responsabilidad de la aseguradora conforme a la exclusión No. 47 como se ve a continuación

47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.

Se evidencia entonces que se constituyen dos causales de exclusión que impedirían la eventual obligación indemnizatoria de la aseguradora en el remoto caso de que su juzgado no hallare probadas las excepciones anteriormente propuestas, situación ante la cual mi prohijada se encontraría libre de cualquier tipo de obligación indemnizatoria derivada del contrato de seguro.

Por otra parte, de hallarse configurada alguna otra causal de exclusión contenida en el contrato de seguro, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada, y en ese sentido, solicito respetuosamente al despacho que, en aplicación de lo previsto en el Art. 282 del CGP, una vez advertida la configuración de una de las causales de exclusión se le de aplicación, con miras a proteger los derechos e intereses que atañen a mi prohijada.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

8. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la Aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el estatuto mercantil, que en su Art. 1079 establece que "(...) El

asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (...)”
Por lo que el Despacho tendrá que resolver la relación sustancial que vincula a mi mandante con este proceso en atención a las condiciones de los aseguramientos por ella expedidos.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc..

La póliza utilizada como fundamento contractual de la convocatoria, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para vincular a mi mandante en esta causa, al contenido de las condiciones de la póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende rigurosamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo; por ello, al no haberse demostrado la existencia de un contrato de seguro vigente, o que cumpliera con los presupuestos de su modalidad de cobertura temporal, ni haberse demostrado además la realización del evento asegurado, inadmisiblemente resultaría que, con fundamento en los hechos que hoy son objeto de litigio, se afecte la póliza vinculada y se le exija a mi mandante pago indemnizatorio alguno.

Ciertamente, su afectación es improcedente en este caso toda vez que, de conformidad con lo ya ampliamente explicado no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made bajo la cual fue concertada, toda vez que los hechos que fundamentan la demanda ocurrieron de forma previa al retroactivo otorgado en la póliza y, en todo caso, en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por durante desde el 18 al 20 de julio de 2018, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de la Clínica Santa Sofía del Pacífico de acuerdo a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de

la entidad y, consecuentemente de mi representada.

En este orden de ideas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

9. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282 del Código General del Proceso.

CAPITULO II:

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA SANTA SOFÍA DEL PACÍFICO S.A.S. A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL PRIMERO: Parcialmente cierto, si bien es cierto que la clínica llamante en garantía fue vinculada al proceso de la referencia con fundamento en una atención médica de la cual a juicio de la demandante puede derivarse una eventual responsabilidad médica, la verdad es que dicha responsabilidad no se encuentra probada al no configurarse los elementos exigidos por la Ley y la jurisprudencia debido a que los profesionales en la salud actuaron conforme a la *lex artis*, es decir, con total diligencia, conocimiento científico, prudencia y sujeción a los criterios médicos aplicables al padecimiento de la señora Elvia María Quintero, por lo tanto, no existió negligencia alguna.

AL SEGUNDO: Este hecho es cierto.

AL TERCERO: Parcialmente cierto, pues si bien la carátula de la póliza da cuenta del amparo de perjuicios extrapatrimoniales, debe recordarse que el mismo se encuentra sujeto al cumplimiento de los presupuestos establecidos en las condiciones de la póliza

ARTÍCULO 3º - ALCANCE DE LA COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA

CADA UNA DE LAS SECCIONES SEÑALADAS A CONTINUACIÓN DESCRIBE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE SE OTORGA, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

Por lo tanto, de no encontrarse acreditados los mencionados supuestos, o de verificarse la configuración de alguna exclusión u otra circunstancia que exima a mi representada de la obligación indemnizatoria, no existirá lugar a reconocer suma alguna por los perjuicios extrapatrimoniales solicitados en la demanda.

AL CUARTO: No es cierto, lo que se evidencia es que no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made para la mencionada póliza. La limitación temporal en este caso indica que serán cubiertas las reclamaciones conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro y por hechos ocurridos durante el periodo de la vigencia de la póliza o de la retroactividad pactada en el seguro:

MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir del 19 de noviembre de 2021, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

Sin embargo, los presupuestos enunciados no se cumplen en su totalidad ya que, si bien la primera reclamación de la que se tiene conocimiento es la correspondiente a la conciliación extrajudicial celebrada el día 9 de diciembre de 2022, fecha que se encuentra dentro de la vigencia de la póliza, la retroactividad pactada se cuenta desde el día 19 de noviembre de 2021, es decir 3 años y 4 meses posteriores a la ocurrencia de los hechos los cuales tuvieron lugar desde el día 18 de julio de 2018 hasta el 20 de julio del mismo año y con el posterior fallecimiento de la señora Elvia Quintero el 25 de septiembre de 2018. Por ende, los hechos objeto del presente litigio se encuentran por

fuera del periodo de retroactividad pactado en la póliza. Por lo tanto, no existe cobertura temporal de la póliza impidiendo que la misma se afecte.

AL QUINTO: No constituye un hecho relevante directamente relacionado con el objeto del litigio, sin embargo, es cierto.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión PRIMERA: No hay lugar a pronunciarse sobre el fondo de esta solicitud, atendiendo a que esta pretensión ya fue resuelta favorablemente por el despacho, de forma previa a la contestación de este llamamiento en garantía. No obstante, se aclara que incluso ante una remota condena en contra del asegurado, mi prohijada no se encuentra llamada a asumir el pago de indemnizaciones o reembolso alguno toda vez que no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made bajo la cual fue concertada, pues los hechos que fundamentan la demanda ocurrieron de forma previa al periodo de retroactividad otorgado en la póliza. En este sentido, vale la pena resaltar que el periodo de retroactividad de la póliza inició el día 19 de noviembre de 2021, pero los hechos objeto del litigio estuvieron comprendidos entre el 18 y 20 de julio de 2018.

En todo caso en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por la madre y su hijo, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de la clínica, y puesto que esta fue totalmente diligente, de acuerdo a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la institución de salud, y consecuentemente de mi representada.

Frente a la pretensión SEGUNDA: ME OPONGO a que se condene a mi representada al pago de la eventual condena que se profiera en contra de la Clínica Santa Sofía del Pacífico, comoquiera que la afectación del contrato de seguro vinculado a este proceso es improcedente por lo siguiente: **(i)** La póliza no presta cobertura temporal debido a que los hechos ocurrieron 3 años y 4 meses antes del periodo de retroactividad pactado; **(ii)** Se encuentran demostradas las exclusiones pactadas en las condiciones generales de la póliza, y; **(iii)** En todo caso en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por las víctimas.

Frente a la pretensión subsidiaria: ME OPONGO debido a que mi prohijada ya se encuentra vinculada al proceso y, en todo caso, la póliza contratada por la llamante en garantía no presta cobertura temporal, además, se encuentran demostradas las causales de exclusión pactadas en las condiciones generales de la póliza impidiendo que ante la remota posibilidad de una declaración de responsabilidad civil en cabeza de la Clínica Santa Sofía, se configure la obligación condicional

que conlleve el pago de la indemnización reclamada en la demanda.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. AUSENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR CUANTO NO SE CUMPLE CON LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA TEMPORAL CLAIMSMADE PACTADA EN LA PÓLIZA NO. 475-88-994000000048

Sin perjuicio de las excepciones anteriores, y sin que implique ningún reconocimiento de responsabilidad de mi mandante, debo indicar que no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made para afectarlo. Lo anterior, toda vez que los hechos objeto del presente proceso ocurrieron por fuera del periodo de retroactividad pactado en la Póliza No. 475-88-994000000048.

En particular, resulta relevante tener en cuenta que la limitación temporal en este caso indica que serán cubiertas las reclamaciones conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro y por hechos ocurridos durante el periodo de la vigencia de la póliza o de la retroactividad pactada en el seguro. Sin embargo, los presupuestos enunciados no se cumplen en su totalidad ya que, si bien la primera reclamación de la que se tiene conocimiento es la correspondiente a la conciliación extrajudicial celebrada el día 9 de diciembre de 2022, fecha que se encuentra dentro de la vigencia de la póliza, la retroactividad pactada se cuenta desde el día 19 de noviembre de 2021, es decir 3 años y 4 meses posteriores a la ocurrencia de los hechos los cuales tuvieron lugar desde el día 18 de julio de 2018 hasta el 20 de julio del mismo año y con el posterior fallecimiento de la señora Elvia Quintero el 25 de septiembre de 2018. Es decir, los hechos ocurrieron por fuera del periodo de retroactividad pactado en la póliza. Por lo tanto, estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgado, determine la ausencia de obligación por parte de la aseguradora.

Siendo consciente el legislador que en materia de derecho privado la voluntad de las partes resulta de gran trascendencia con el fin de convenir las cláusulas por las cuales se regirá el negocio que celebren, fue su voluntad plasmar de forma clara dicha libertad contractual en la normativa aplicable al contrato de seguro, es de esta forma que en el artículo 1056 del Código de Comercio dispuso:

“(...) Artículo 1056. Delimitación contractual de los riesgos: con las restricciones legales, el asegurador podrá, 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 (...)”

Es posible vislumbrar en la mentada norma que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para

delimitar los riesgos que decide asumir, ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica restringiendo temporalmente los hechos que pueden constituir eventualmente la ocurrencia del riesgo asegurado, en este sentido la Corte Suprema de Justicia ha expresado lo siguiente:

*“(...) se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, **le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente** los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales (...)” (Subrayado y negrita fuera del texto original)²⁰.*

Adicionalmente, es indispensable recordar lo que ha dicho la Corte Suprema de Justicia sobre la modalidad de cobertura Claims Made:

“Acorde con el artículo 1127 del Código de Comercio, el seguro de responsabilidad civil impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra (...)”, al paso que el canon 1131 ejusdem instituye que “[e]n el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado”.

*Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso, indudablemente, acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia). **Sin embargo, las razones que expuso esta Sala en la Sentencia CSJ SC10300-2017, 18 de julio, llevaron al legislador patrio a viabilizar pactos orientados a “limitar temporalmente la garantía asegurativa”.***

En efecto, el artículo 4º de la Ley 389 de 1997 consagró que “en el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación. Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años”.

Esa norma franqueó el paso a dos tipologías negociales distintas al tradicional seguro

²⁰ Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

basado en la ocurrencia. **En la primera de ellas, la aseguradora se obliga a mantener indemne el patrimonio del asegurado frente a la responsabilidad originada en un “hecho externo” que le sea imputable, sin importar la época de su ocurrencia, siempre y cuando la víctima del evento dañoso formule la reclamación al asegurado, o al asegurador, durante la vigencia de la póliza (modalidad claims made).**

En la segunda, la aseguradora asume la protección del patrimonio del asegurado frente a débitos relacionados con un “hecho externo” que le sea imputable, siempre y cuando (i) ese “hecho externo” sobrevenga en vigencia de la póliza, y (ii) la víctima del evento dañoso formule reclamación al asegurado, o al asegurador, dentro de un lapso convenido, contado partir de la expiración del término contractual, y que no puede ser inferior a dos años (modalidad de ocurrencia sunset).

Teniendo en cuenta, que para la primera de esas tipologías (pólizas claims made), no es trascendente el momento en el que “aconezca el hecho externo imputable al asegurado”, **resulta posible que la aseguradora indemnice desmedros patrimoniales cuyo origen se sitúa en eventos dañosos acaecidos con antelación a la celebración del contrato de seguro, siempre y cuando, claro está, la reclamación de la víctima se presente durante su vigencia**. (Resaltado intencional).

Para el caso de la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 475-88-99400000048 con la cual la Clínica Santa Sofía del Pacífico S.A.S. fundamenta el llamamiento en garantía a mi prohijada, se evidencia que, bajo las prerrogativas otorgadas por la misma ley y desarrolladas por la jurisprudencia, Aseguradora Solidaria de Colombia estableció en las cláusulas particulares del contrato de seguro la cobertura temporal en la modalidad claims made, delimitando su responsabilidad frente a los hechos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza o su retroactividad, y a las reclamaciones conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo de vigencia del seguro como se verifica a continuación:

MODALIDAD DE COBERTURA:

La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir del 19 de noviembre de 2021, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

		POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS			
NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS 4752107229		PÓLIZA No: 475 -88 - 99400000048		ANEXO:0	
AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.		COD. AGE: 475		RAMO: 88	
PAP:		DIA MES AÑO HORAS		DIA MES AÑO HORAS	
18 11 2022		18 11 2022 23:59		18 11 2023 23:59	
VIGENCIA DE LA PÓLIZA		VIGENCIA DESDE A LAS		VIGENCIA HASTA A LAS	
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL		TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		DIAS	
TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION		VIGENCIA DEL ANEXO		VIGENCIA DESDE A LAS	
18 11 2022		18 11 2023		23:59 365	
DATOS DEL TOMADOR		VIGENCIA HASTA A LAS		DIAS	
NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS		IDENTIFICACIÓN: NIT		900.228.989-3	
DIRECCIÓN: CALLE 9 B N° 42-115		CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA		TELÉFONO: 6025185000	
DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO		IDENTIFICACIÓN: NIT		900.228.989-3	
ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS		CIUDAD: CALI, VALLE DEL CAUCA		TELÉFONO: 6025185000	
DIRECCIÓN: CALLE 9 B N° 42-115		IDENTIFICACIÓN: NIT		001-8	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS					

En concordancia con lo anterior, la ocurrencia de los hechos tuvo lugar en el lapso comprendido entre el 18 al 20 de julio de 2018, con el desenlace del fallecimiento de la señora Elvia Quintero el día 25 de septiembre del mismo año conforme a lo manifestado por la demandante y la historia clínica aportada al proceso, por lo tanto, la ocurrencia de los hechos fue anterior a la vigencia de la póliza la cual inició el día 18 de noviembre de 2022, e incluso, anterior al periodo de retroactividad otorgado desde el día 19 de noviembre de 2021.

Ahora bien, aunque la reclamación extrajudicial a la asegurada haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, debe recordarse que las pólizas concertadas bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o de reclamación exigen la concurrencia de los siguientes requisitos para ofrecer cobertura a un evento determinado: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado; y, (ii) que se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas, este tipo de pólizas requiere la verificación de ambos requisitos de forma concurrente, por lo que la ocurrencia de los hechos por fuera de dicho término impide la configuración de cobertura temporal del seguro sin importar que la reclamación se haya conocido por primera vez en la vigencia del mismo.

En este orden de ideas, no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal *claims made* para afectarlo. La limitación temporal en este caso indica que serán cubiertas las reclamaciones conocidas por primera vez y reportadas del periodo del seguro por hechos ocurridos en la vigencia de la póliza o la retroactividad pactada en el seguro. Sin embargo, ninguno de estos presupuestos se materializa en este caso, por lo tanto, estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta con el fin de que el juzgado, determine la ausencia de obligación por parte de la aseguradora.

De lo anterior se concluye de manera acertada que los hechos por los cuales se reclama una indemnización alegando la existencia de responsabilidad civil en cabeza del llamante en garantía sucedieron por fuera del marco temporal delimitado en la póliza por parte de la aseguradora para establecer su eventual responsabilidad consistente en el pago de una indemnización o, de ser el caso, proceder con el reembolso a favor del asegurado, incumpléndose los requisitos pactados en la modalidad claims made, razón por la que el juez deberá declarar probada esta excepción y acto seguido, abstenerse de condenar a Aseguradora Solidaria de Colombia al pago de cualquier suma de dinero.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, POR CUANTO NO SE HA CONFIGURADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 475 88 994000000048

No existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 475 88 994000000048, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, puesto que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la Clínica Santa Sofía del Pacífico. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

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.

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro: “(...) **ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO.** Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado (...)”. De tal 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) (...).²¹ (Énfasis propio).

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 responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 475 88 994000000048 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:

²¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

ARTÍCULO 3º - ALCANCE DE LA COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS BAJO LA PÓLIZA

CADA UNA DE LAS SECCIONES SEÑALADAS A CONTINUACIÓN DESCRIBE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE SE OTORGA, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

SECCIÓN I – AMPARO BÁSICO

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

En tal virtud, Aseguradora Solidaria de Colombia se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a la clínica cuando deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de errores u omisiones cometidos en la ejecución de un acto médico realizado durante la prestación de los servicios profesionales de la atención de la salud. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la asegurada, lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de Póliza con la cual fue vinculada mi prohijada al proceso.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de la Clínica Santa Sofía del Pacífico. Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los elementos fundamentales para estructurar la responsabilidad médica: la conducta culposa, el daño y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza del asegurado, toda vez que la prestación del servicio de salud que brindó la entidad al 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 posteriormente la recuperación de la madre y su hijo. Así las cosas, y debido a que no existe responsabilidad del asegurado, es claro que no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que

no se ha realizado el riesgo asegurado. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohijada y la póliza no podrá ser afectada.

Por todo lo anterior, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

3. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS No. 475-88 99400000048 ES DE CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO

Esta excepción se plantea en gracia de discusión y se soporta en el hecho de que el demandante pretermite el contenido de normas de orden público que consagran el carácter meramente indemnizatorio del seguro que sirvió de soporte a la presente demanda. Lo anterior, como se consagra en el artículo 1088 del Código de Comercio, establece que jamás el seguro podrá constituir fuente de enriquecimiento. Asimismo, el artículo 1127 ibidem, sólo obliga al asegurador a indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con ocasión de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley, siempre que no esté expresamente excluido en el contrato de seguro. Por lo tanto, con esa condición suprema, la responsabilidad del asegurador que se enmarca dentro del límite máximo asegurado, consistente en la obligación de pagar la indemnización, alcanzará solo hasta el monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado, como lo ordena el artículo 1089 ibidem, también infringida por la parte activa de esta acción.

Respecto al carácter indemnizatorio del contrato de seguro, la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 22 de julio de 1999, se ha referido de la siguiente manera:

“(...) 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 (...)”²² (Negrita por fuera de texto).

Es importante mencionar que la materia propia del seguro que sirvió de fundamento a la presente acción, de acuerdo con la naturaleza del riesgo que se protege, es de contenido puramente indemnizatorio conforme a lo preceptuado en el artículo 1088 del Código de Comercio y sólo podrá ser afectado según lo reza el artículo 1127 ibidem. En efecto, según lo normado en el referido precepto, este tipo de seguros es meramente indemnizatorio y jamás podrá constituir una fuente de enriquecimiento, por lo cual, la indemnización únicamente debe ceñirse a los perjuicios que

²² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

efectivamente se logren acreditar por parte de quien los alega. Sumado al hecho del deber de acreditación, como es apenas, lógico del acaecimiento de alguno de los eventos asegurados en el contrato.

En vista de lo anterior, para el caso concreto, como se expuso en las excepciones de fondo planteadas frente a la demanda, las pretensiones que pretende sean reconocidas por el actor del presente pleito están indebidamente cuantificadas, no sólo por la orfandad probatoria con la que se pretenden demostrar, sino porque supera totalmente los baremos jurisprudenciales reiterados en muchas oportunidades por la Corte Suprema de Justicia, Sala de casación Civil. Esto supone a todas luces un enriquecimiento injustificado de los demandantes. En consecuencia, al encontrarse una indebida pretensión de enriquecimiento con base en un contrato de seguro, se vulnera la disposición que establece el carácter meramente indemnizatorio del mismo.

En conclusión, de acuerdo a las voces de los artículos 1088 y 1127 del Código de Comercio sobre el carácter indemnizatorio del seguro y la responsabilidad del asegurador frente a la obligación indemnizatoria, en el caso particular se observa que, de acuerdo a los pedimentos injustificados, equivocadamente tasados y exorbitantes que hace la parte demandante sobre el concepto de daño moral es evidente la pretensión indebida de enriquecimiento con base en el contrato de seguro, vulnerando el carácter indemnizatorio que reviste al contrato de seguros.

En tal medida, solicito respetuosamente que se declare probada la presente excepción.

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo mi procurada, a fin de manifestar que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo surge cuando efectivamente el riesgo amparado en el contrato de seguro fue efectivamente realizado, en los términos de su cobertura y no opere ninguna causal legal o convencional de exclusión o inoperancia del mismo. Así las cosas, si hubiere lugar a la responsabilidad de la Compañía, la misma se sujetará a lo consignado al tenor literal la póliza y, por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado.

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 (...)”²³.

En orden de lo comentado, las condiciones estipuladas en la póliza No. 475-88-99400000048, expedida por Aseguradora Solidaria de Colombia, indicarán el tope de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra. Tales condiciones fueron establecidas así:

Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga presente RES 2509 DIC/03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801- ENTIDAD COOPERATIVA N

ITEM: 1	DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	CIUDAD: BUENAVENTURA	
DIRECCION: CARRERA 47 No. 4-2			
ACTIVIDAD: CLINICA			
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,000,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,000,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,000,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,000,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,000,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		1,000,000,000.00	0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 100,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS			
BENEFICIARIOS			
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS			
TOMADOR: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA			
ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA			
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.			
UBICACION DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CARRERA 47 # 4 - 02, BUENAVENTURA - VALLE DEL CAUCA			
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.			
NO DE CAMAS DE INTERNACION: 118 (CIENTO DIEZ Y OCHO)			
VIGENCIA: 365 días, inicio de cobertura a las 23:59 hora local.			
OBJETO DEL SEGURO: Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.			

Siendo las cosas de ese modo, si en gracia de discusión naciera obligación indemnizatoria a cargo

²³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MP. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

de mi representada, esta no podrá exceder el límite del valor asegurado, porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a la aseguradora a asumir el riesgo asegurado.

Por todo lo anterior, ruego al despacho que, si eventualmente reconociera indemnizaciones en favor de la parte actora y no diera por probadas las excepciones propuestas en este escrito, tenga en cuenta las condiciones pactadas dentro del condicionado de la póliza de seguro que vincula a mi representada al presente proceso.

5. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO.

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro, esto es 10% del valor de la pérdida, o mínimo 100 SMLMV.

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

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

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a **“Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”**²⁴ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

²⁴ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

Para el caso en concreto se puede verificar que en la carátula de la póliza vinculada se pactó un deducible equivalente al 10% del valor de la pérdida y mínimo 100 SMLMV como se observa a continuación

DATOS DE LA POLIZA			
AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA.	COD. AGENCIA: 475	RAMO: 88	No PÓLIZA: 994000000048 ANEXO: 0
DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN: NIT	900.228.989-3	
ASEGURADO: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO SAS	IDENTIFICACIÓN: NIT	900.228.989-3	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT	001-8	

TEXTO ITEM 1

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:
Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 100 SMLMV

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 Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde a 10% del valor de la pérdida o mínimo 100 SMLMV. Lo anterior, como consta en la respectiva póliza de seguro:

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción

6. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA

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 mismos hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que en el evento que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

7. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO No. 475-88-994000000048

Es menester advertir que en las condiciones pactadas en el contrato de seguro documentado en la póliza vinculada se establecieron unos parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** y que delimitan la extensión del riesgo asumido por ella, denominadas causales de exclusión. Las cuales en virtud de lo dispuesto en el Art. 282 del CGP y del artículo 1056 del C. Co, pido declarar probadas una vez se acredite dentro del proceso su configuración.

En efecto, en las condiciones pactadas en el aseguramiento se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato y definen de manera explícita los parámetros del negocio asegurativo. Ahora bien, tal y como lo señala el Art. 1056 del C. Co, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume: “(...) **ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>**. *Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)*”. En virtud de la facultad referenciada en el artículo previamente citado, el asegurador decide otorgar determinados amparos, supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, incorporando en la póliza determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a las prestaciones señaladas en el contrato, las cuales se conocen generalmente como exclusiones de la cobertura, las cuales efectivamente se encuentran insertas en el aseguramiento que nos vincula, en la cláusula segunda de su condicionado general.

Conforme a lo anterior, se puede verificar que las condiciones generales de la póliza contemplan dos exclusiones que serían aplicables al caso concreto.

En primera medida, teniendo en cuenta que los hechos se desarrollan en medio de la prestación de servicios médicos con ocasión del parto del cuarto hijo de la señora Elvia Quintero, existe la posibilidad de que en una hipotética declaratoria de responsabilidad, el juzgado determine que la misma se configura desde el momento en que se procede a inducirse el parto y, de forma posterior, se realiza el procedimiento de cesárea. Bajo estos supuestos, se verifica la aplicación de la exclusión sexta contenida en las condiciones generales de la póliza y que se evidencia a continuación:

6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN

Por otra parte, aunque no se esté admitiendo la configuración de la responsabilidad civil en cabeza de la entidad asegurada, es lógico inferir de la prueba obrante en el proceso que la clínica tenía conocimiento de los hechos en los cuales la salud de la paciente y su hijo se vio tan comprometida pues fue la entidad que hasta cierto punto brindó los servicios médicos correspondientes, situación que aunque a criterio del suscrito no evidencia de forma alguna la existencia de responsabilidad civil, sí da cuenta de que la clínica tenía conocimiento de hechos anteriores a la póliza que podrían generar eventualmente reclamaciones, y precisamente es dicha circunstancia la que excluye la responsabilidad de la aseguradora conforme a la exclusión No. 47 como se ve a continuación

47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.

Se evidencia entonces que se constituyen dos causales de exclusión que impedirían la eventual obligación indemnizatoria de la aseguradora en el remoto caso de que su juzgado no hallare probadas las excepciones anteriormente propuestas, situación ante la cual mi prohijada se encontraría libre de cualquier tipo de obligación indemnizatoria derivada del contrato de seguro.

Por otra parte, de hallarse configurada alguna otra causal de exclusión contenida en el contrato de seguro, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada, y en ese sentido, solicito respetuosamente al despacho que, en aplicación de lo previsto en el Art. 282 del CGP, una vez advertida la configuración de una de las causales de exclusión se le de aplicación, con miras a proteger los derechos e intereses que atañen a mi prohijada.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

8. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la Aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el estatuto mercantil, que en su Art. 1079 establece que “(...) *El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (...)*”. Por lo que el Despacho tendrá que resolver la relación sustancial que vincula a mi mandante con este proceso en atención a las condiciones de los aseguramientos por ella expedidos.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc..

La póliza utilizada como fundamento contractual de la convocatoria, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas

aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para vincular a mi mandante en esta causa, al contenido de las condiciones de la póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende rigurosamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo; por ello, al no haberse demostrado la existencia de un contrato de seguro vigente, o que cumpliera con los presupuestos de su modalidad de cobertura temporal, ni haberse demostrado además la realización del evento asegurado, inadmisiblemente resultaría que, con fundamento en los hechos que hoy son objeto de litigio, se afecte la póliza vinculada y se le exija a mi mandante pago indemnizatorio alguno.

Ciertamente, su afectación es improcedente en este caso toda vez que, de conformidad con lo ya ampliamente explicado no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal claims made bajo la cual fue concertada, toda vez que los hechos que fundamentan la demanda ocurrieron de forma previa al retroactivo otorgado en la póliza y, en todo caso, en el plenario no obra prueba alguna que acredite las supuestas acciones u omisiones que constituyeron la alegada falla en la prestación de los servicios médicos recibidos por durante desde el 18 al 20 de julio de 2018, es decir, no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de la Clínica Santa Sofía del Pacífico de acuerdo a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

En este orden de ideas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

9. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282 del Código General del Proceso.

IV. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA DEMANDA

A. INTERVENCIÓN FRENTE A DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de controvertir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica

de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al H Juez, proceder de conformidad.

B. CONTRADICCIÓN DE DICTAMEN

Conforme a lo establecido en el artículo 228 del Código General del Proceso, solicito que se decrete la comparecencia a audiencia de la perito Eliana Carabalí Isajar con el fin de controvertir el concepto médico aportado con el escrito de demanda referente a la señora Elvia Quintero Málaga y su hijo.

**V. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR ASEGURADORA
SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**

A. DOCUMENTALES

- Carátula de la póliza de responsabilidad civil clínicas y centros médicos No. 475-88-994000000048.
- Condiciones generales aplicadas a la mencionada póliza.

B. INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a los demandantes Cleria Málaga Cuero, José Andrés Muñoz Escobar, Eliovar Minotta Pineda y Cristian David Minotta Quintero, y en calidad de representante legal de Clínica Santa Sofía del Pacífico S.A.S. a Verónica Angélica Fajardo, o quien haga sus veces, al representante legal de EMSSANAR S.A.S., Juan Manuel Quiñonez, o quien haga sus veces, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, le formularé sobre los hechos de la demanda.

C. TESTIMONIALES

- Respetuosamente me permito solicitar decretar el testimonio de la doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.061.751.492 de Popayán, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán, y puede ser citada en la Carrera 2 Bis No. 4-16, o en la dirección electrónica darlingmarcela1@gmail.com cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las características la Póliza vinculada al proceso, sobre su cobertura material y exclusiones, y sobre los hechos objetos de litigio; los límites a los valores asegurados, el deducible, la cobertura temporal de la póliza y sobre los demás aspectos relevantes sobre el particular.

- Respetuosamente me permito solicitar el decreto de los testimonios de los profesionales que se nombran a continuación quienes intervinieron en la atención brindada a la paciente y podrán testificar sobre los hechos de la demanda relacionados con la atención y estado de salud de la paciente, situación que da cuenta de la pertinencia, conducencia y utilidad de la prueba. Los médicos mencionados a continuación podrán ser citados en la Carrera 47 No. 3-53 de Buenaventura, o al correo electrónico notificacionesjudiciales@csspmail.net:
 - Médico general, doctor ALBEIRO BARRIOS;
 - Médico general DIANA MARCELA SABARLETT LARA;
 - Médico general KATERINE SALAS ESCORCIA.
 - Ginecóloga ASTRID XIMENA IBARRA.
 - Ginecobstetra ASTRID SIMONETA CERVANTES FERRER.
 - Médico general PLAUTO MARCO FIGUEROA.

D. DECLARACIÓN DE PARTE

En virtud de lo establecido en el artículo 165 y 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda, del llamamiento en garantía y las excepciones formuladas. El representante legal podrá ser citado en la dirección de correo electrónica: notificaciones@solidaria.com.co.

.E. DICTAMEN PERICIAL

Conforme a lo dispuesto en el artículo 227 del Código General del Proceso “*la parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”.

Teniendo en cuenta lo prescrito en la norma, mi representada se valdrá de dictamen pericial rendido por el profesional que designará posteriormente con el fin de determinar si el tratamiento médico otorgado a la señora Elvia Quintero y a su hijo recién nacido durante la estadía en la Clínica Santa Sofía fue el indicado.

Debido a que se debe realizar el respectivo análisis de la historia clínica, se tiene que el término para contestar el llamamiento en garantía resulta insuficiente para aportar el dictamen pericial, por lo tanto, solicito al señor juez que al momento de decretar la prueba señale el término para aportarla el cual no podrá ser menor a diez (10) días hábiles.

VI. ANEXOS

1. Poder especial otorgado al suscrito por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. para representar a la compañía aseguradora en el presente trámite.
2. Certificado de existencia y representación legal de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.
3. Las demás relacionadas en el acápite de pruebas.

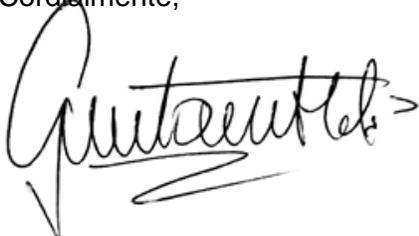
VII. NOTIFICACIONES

La parte demandante, en el lugar indicado en el escrito demandatorio. El llamante en garantía en el escrito allegado.

Mi representada, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. en la Calle 100 No. 9 A -45 P 12, de la ciudad de Bogotá D.C., o al Correo electrónico: notificaciones@solidaria.com.co.

El suscrito recibirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la Avenida 6ª Bis No.35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

C.C No. 19.395.114 de Bogotá D.C

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