

Señores:

JUZGADO CATORCE (14) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

J14cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA.
DEMANDANTE: ADALGISA ALBÁN FÁTIMA Y OTROS.
DEMANDADO: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC Y OTRO.
RADICACIÓN: 760013103014**2024-0032200**

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA REFORMA DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., domiciliado y vecino de la ciudad de Cali, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J, actuando en mis calidades de representante legal de la firma **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, sociedad comercial identificada con NIT 900.701.533-7 y apoderado general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC**, sociedad cooperativa de Seguros, identificada con NIT 860.028.415-5, domiciliada en la ciudad de Bogotá, tal y como se acredita con los certificados de existencia y representación que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a través de escritura pública No. 2779 otorgada el 2 de diciembre de 2021 en la Notaría 10 de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legalmente establecido, manifiesto comedidamente que procedo a presentar **CONTESTACIÓN DE LA REFORMA DE LA DEMANDA** formulada por la señora Adalgisa Albán Fátima y otros, en contra de mi mandante y otro, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA PARCIAL A FAVOR DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES

Le presente solicitud se fundamenta en lo dispuesto en el artículo 278 del Código General del Proceso el cual establece de forma taxativa las causales o presupuestos que, de hallarse configurados, requieren del Juez de conocimiento la emisión de la sentencia anticipada respectiva. Conforme a lo mencionado, la norma en cuestión señala:

“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS. *Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.*

Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las

excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, **la prescripción extintiva** y la carencia de legitimación en la causa”. (subrayado fuera del texto original)*

De un análisis de la norma en cita, es posible concluir que la prescripción extintiva como presupuesto para dictar sentencia anticipada a favor de mi representada se encuentra acreditada en el caso bajo estudio, por lo cual el Juez de conocimiento deberá declarar la misma y desvincular a mi prohijada del presente proceso.

Ahora bien, para explicar la configuración de dicha causal debe tenerse en cuenta que nuestro estatuto comercial contiene disposiciones especiales que rigen en materia de seguros, de esta manera, el legislador previó un término de prescripción específico para interponer las acciones derivadas del contrato de seguro el cual se encuentra reglado en el artículo 1081 del Código de Comercio, conforme a esta norma, la prescripción puede ser ordinaria o extraordinaria, veamos:

“(…) Artículo 1081. Prescripción de acciones. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguros o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes (...). (Subrayado y negrita

fuera del texto original)

De otro lado, el artículo 1131 del C. Co., trae una disposición especial sobre la contabilización del término de prescripción respecto del seguro de responsabilidad civil, por lo tanto, el término prescriptivo de 5 años empezará a correr conforme se señala a continuación:

*“(…) ARTÍCULO 1131. CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO E INICIO DE LA PRESCRIPCIÓN. **En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima.***

Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial (...). (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Frente a los términos de prescripción ordinaria y extraordinaria contemplados en la norma en cita, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha manifestado:

*“(…) La Corte en anteriores pronunciamientos, precisó que ‘una y otra clase de prescripción ostentan diferente naturaleza, pues en tanto la ordinaria se estructura como subjetiva, la extraordinaria, por el contrario, se muestra netamente objetiva, como quiera que, in toto, se torna refractaria a cualquier consideración de otro tipo. Ello es así, en la medida en que la comentada disposición hizo depender, la primera, del ‘conocimiento’ ‘que el interesado haya tenido o debido tener del hecho que da base a la acción’ **y la segunda, del ‘momento en que nace el respectivo derecho’.** (...)”¹ (subrayado y negrita fuera el texto original).*

Rememórese que la Delegatura de la Superintendencia Financiera para Asuntos Jurisdiccionales emitió pronunciamiento frente a la configuración de la prescripción tomando como base la sentencia citada del máximo tribunal de la jurisdicción ordinaria. En este sentido manifestó lo siguiente:

*“(…) En este orden, se debe resaltar que al señalar la norma transcrita los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, en el mismo se distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, para la prescripción ordinaria, **y el nacimiento del derecho con independencia de cualquier circunstancia, para la extraordinaria***

¹Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez. Sentencia del 4 de abril de 2013.

(...)². (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Observando las normas en cuestión, se tiene entonces la existencia de un término prescriptivo extraordinario de 5 años contado a partir del momento en que sucede el hecho externo imputable al asegurado por lo que, en el caso concreto, este término deberá contarse desde el momento en que la parte demandante afirma que el hospital San Juan de Dios brindó una mala atención de la cual se deriva la supuesta responsabilidad civil a su cargo.

De esta manera, se tiene que la señora Milexis Andreina Díaz habría sido atendida por la entidad asegurada hasta el día 26 de septiembre de 2019, momento en el cual tuvo parto por cesárea dando a luz a la menor Brianna Nicoll, es a partir de este hecho que el fundamento fáctico de la demanda señala las supuestas falencias del Hospital San Juan de Dios siendo claro que dicha fecha constituye el día en el que ocurrió el hecho externo imputable al asegurado. Ahora bien, el término prescriptivo se contabiliza durante 5 años, por lo que su configuración tendría lugar el día 26 de septiembre de 2024, no obstante, la parte demandante presentó solicitud de conciliación el día 25 de septiembre de 2024, esto es, un día antes de que se cumpla dicho término, y la diligencia de conciliación se celebró el día 20 de noviembre del mencionado año, por lo tanto, el término fue retomado al día siguiente, es decir el día 21 de noviembre de 2024, fecha en la cual se cumplió el último día de los 5 años señalados para interponer la demanda, pese a esto, la radicación de la demanda data del 22 de noviembre de 2024, es decir, un día después de la configuración de la prescripción, luego, es claro que la interposición de la acción en contra de mi procurada es extemporánea al haberse surtido por fuera del límite previsto por el legislador para las acciones derivadas del contrato de seguro.

Conforme a lo manifestado, resulta procedente que el Juzgado dicte sentencia anticipada declarando la configuración de la prescripción extraordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro en contra de mi representada conforme a lo establecido en los artículos 1081 y 1131 del C.Co. y, en consecuencia, deberá abstenerse de estudiar de fondo la existencia o no de la hipotética obligación indemnizatoria a cargo de La Equidad Seguros Generales, limitándose a desvincularla del presente proceso.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO “1”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

² Delegatura para asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera. Rad. 2022103868-016-000.

FRENTE AL HECHO “2”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO “3”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

No obstante lo anterior, se verifica en la historia clínica aportada al expediente la atención recibida por la señora Milexis Andreina Diaz en el hospital San Juan de Dios el día 11 de septiembre de 2019 en la cual no se registra ninguna anotación referente a que se le haya informado a la demandante que su hija tenía algún tipo de crecimiento anormal. Por el contrario, se advierte la existencia de factores de riesgo por obesidad grado II por lo que la especialista que la atendió solicitó realizar un monitoreo fetal y al valorar los resultados realizó el diagnóstico de ingreso consistente en “falso trabajo de parto”.

FRENTE AL HECHO “4”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO “5”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO “6”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

Pese a lo anterior, se verifica en la historia clínica la anotación realizada por la médica María Adelaida Vélez, especialista ginecobstetra, según la cual a la señora Milexis Andreina Diaz se le intentó inducir el parto debido a la ruptura prematura de membranas, sin embargo, dicha inducción no pudo ser exitosa debido al diagnóstico de hipertensión gestacional de la paciente, situación que da cuenta del diligente actuar del personal del hospital con el fin de tratar los problemas de salud de la paciente y brindar un servicio correcto para el parto.

FRENTE AL HECHO “7”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO “8”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no

relacionarse con el giro normal de su empresa, sin embargo se destaca que, conforme a la historia clínica presentada con la demanda, la menor fue tratada por la institución de salud con fenobarbital y terapias respiratorias en UCI neonatal colocando de presente el adecuado manejo de la situación de salud de Brianna Nicoll.

FRENTE AL HECHO “9”: Este hecho contiene distintas afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado frente a la situación de salud congénita de la menor conforme a lo supuestamente manifestado por el Hospital San Juan de Dios, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.
- A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado frente al supuesto comentario de que la menor debió ser intubada, sin embargo, esta afirmación resulta ser subjetiva y arbitraria pues no encuentra sustento alguno en las pruebas allegadas con la demanda.
- Es claro que el análisis comparativo entre las ecografías realizadas y los padecimientos de la menor no constituye un hecho sino una apreciación subjetiva de la contraparte que no se rige por la técnica estatuida por el legislador para la redacción de los fundamentos fácticos, sin embargo, es claro que no existe prueba alguna que reafirme dicha apreciación claramente subjetiva.

FRENTE AL HECHO “10”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO “11”: Nuevamente, la parte demandante no refiere a un fundamento fáctico sino a una apreciación subjetiva carente de prueba que la respalde, por lo tanto, lo aquí afirmado no es cierto pues no cuenta con soporte alguno.

FRENTE AL HECHO “12”: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado al no relacionarse con el giro normal de su empresa, por lo tanto, la parte demandante deberá demostrarlo dando cumplimiento a lo reglado por el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO “13”: No es cierto en la forma que el hecho se encuentra planteado. Si bien el Hospital San Juan de Dios suscribió con mi representada el contrato de seguro reflejado en la póliza No. AA05294, la cual ampara la responsabilidad civil clínicas y hospitales, la responsabilidad civil médica y otros, lo cierto es que no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual

condena con cargo a esta póliza de seguro, 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 judiciales o extrajudiciales realizadas al asegurado dentro de la vigencia de la póliza y por hechos ocurridos durante el periodo de la vigencia o de la retroactividad pactada en el seguro, la cual se constata en la carátula de la misma y señala como fecha de esta retroactividad el día 1 de enero de 2016. Sin embargo, el presupuesto de la reclamación dentro de la vigencia de la póliza no se cumple en este caso, puesto que la vigencia de la póliza en mención terminó el día 7 de enero de 2021, y la demanda solo fue interpuesta has el día 22 de noviembre de 2024, por lo tanto, la suscripción de dicha póliza no supone por si sola el surgimiento de obligación alguna a cargo de mi representada.

Por otra parte, debe señalarse que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita conforme a lo establecido en el artículo 1081 del C.Co. toda vez que el mismo establece un término prescriptivo extraordinario de 5 años los cuales se cuentan a partir de la supuesta atención deficiente brindada a la demandante, esto es, desde el 26 de septiembre de 2019, y se suspenden el día en que fue presentada la solicitud de conciliación extrajudicial hasta la celebración de la diligencia de conciliación, es decir desde el 25 de septiembre de 2024 hasta el 20 de noviembre de 2024, dando como resultado el cumplimiento del término prescriptivo el día 21 de noviembre de 2024, sin embargo, la demanda solo fue interpuesta el día 22 de noviembre, es decir, por fuera de dicho término.

FRENTE AL HECHO “14”: Es cierto conforme a la constancia de no acuerdo allegada con la reforma de la demanda.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.1”: ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil extracontractual en contra del asegurado y de mi mandante teniendo en cuenta que la parte demandante soporta sus pretensiones únicamente en apreciaciones subjetivas frente a los controles y el plan de manejo llevado a cabo por los galenos del Hospital San Juan de Dios con ocasión del embarazo de alto riesgo de la señora Milexis Andreina Díaz, y el posterior nacimiento de la menor Brianna Nicoll. En efecto, la demanda adolece de sendas falencias a fin de acreditar lo pretendido por la parte activa toda vez que el cuestionamiento de la atención brindada se fundamenta en las simples afirmaciones contenidas en el escrito petitorio sin que exista prueba documental o de otra índole que explique a nivel técnico y científico el desapego a la *lex artis*, la conducta imperita o negligente que lleve a la configuración de la culpa y a establecer el nexo causal entre la atención brindada por los profesionales de la institución de salud y la lamentable condición de salud de la menor de edad.

Adicionalmente, no es posible condenar extracontractualmente a mi representada por la supuesta

responsabilidad civil perseguida en la demanda pues no tuvo injerencia directa en la atención brindada a las demandantes y su vinculación al proceso obedece únicamente a la celebración del contrato de seguro de responsabilidad civil clínicas suscrito con la entidad asegurada.

Por otra parte, debe señalarse que no es posible conceder las pretensiones porque la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita conforme a lo establecido en el artículo 1081 del C.Co. toda vez que el mismo establece un término prescriptivo extraordinario de 5 años los cuales se cuentan a partir de la supuesta atención deficiente brindada a la demandante, esto es, desde el 26 de septiembre de 2019, y se suspenden el día en que fue presentada la solicitud de conciliación extrajudicial hasta la celebración de la diligencia de conciliación, es decir desde el 25 de septiembre de 2024 hasta el 20 de noviembre de 2024, dando como resultado el cumplimiento del término prescriptivo el día 21 de noviembre de 2024, sin embargo, la demanda solo fue interpuesta el día 22 de noviembre, es decir, por fuera de dicho término.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.2”: **ME OPONGO** a la condena en contra de mi representada con el fin de que indemnice el perjuicio moral reclamado toda vez 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 conforme a los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia.

- **Oposición frente al reconocimiento del DAÑO A LA SALUD:** Esta pretensión se confunde en el acápite de perjuicios morales, sin embargo, **ME OPONGO** a su reconocimiento toda vez que el mismo en la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil no constituye un daño resarcible, por lo que su reconocimiento implicaría un enriquecimiento sin justa causa de la parte demandante pues no existe sustento jurídico que justifique dicho perjuicio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “1.2.1”: **ME OPONGO** a la condena en contra de mi representada con el fin de que indemnice el daño a la pérdida de oportunidad pues no se explica de manera concreta cuál es la supuesta oportunidad que ha perdido la menor Brianna Nicoll y mucho menos se aporta alguna prueba tendiente a demostrar la configuración de este daño, toda vez que ni siquiera se ha determinado la existencia de la oportunidad perdida.

- **Oposición frente al reconocimiento de los PERJUICIOS MORALES:** Aunque la parte demandante ya había solicitado este tipo de perjuicio en el numeral “1.2”, nuevamente vuelve a pedir su reconocimiento frente a los señores Milexis Andreina Diaz y Víctor Hugo

Belalcázar Albán, por lo cual **ME OPONGO** a su reconocimiento debido a que no se encuentran acreditados dichos perjuicios y es claro que la parte demandante busca obtener un doble resarcimiento a partir de los hechos de la demanda y de la supuesta pérdida de oportunidad, la cual también sería generada por los mismos hechos objeto de controversia, siendo tal solicitud abiertamente improcedente.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “2”: **ME OPONGO** al reconocimiento del supuesto daño a bienes constitucionalmente protegidos ya que la parte demandante basa su reclamación en la supuesta afectación del derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad, afectación que no solo no se encuentra acreditada en este proceso, sino que no se encuentra contemplada como una opción a ser indemnizada dentro de la tipología del daño a bienes constitucionalmente protegidos, por lo tanto resulta a todas luces improcedente este pedimento, pues no existe fundamento jurídico para su reclamación.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “2.2”: **ME OPONGO** a la pretensión del reconocimiento del daño emergente reclamado ya que no se encuentra acreditado pues la contraparte no allega ninguna factura, recibo, extracto bancario ni documento idóneo que dé cuenta de los gastos en los que incurrió con ocasión de los hechos que tuvieron lugar en el mes de septiembre del año 2019, añadiendo en todo caso que la atención brindada se dio en el entendido de que se trataba de una paciente del régimen subsidiado adquiriendo servicios comprendidos en el POS (plan obligatorio de salud), luego, resulta contradictorio que se solicite el valor de \$10.000.000 por este concepto cuando los gastos médicos corrieron por cuenta de su EPS.

ME OPONGO al reconocimiento del lucro cesante ya que los demandantes solicitan este perjuicio frente a una menor de edad, por lo que no puede presumirse la posibilidad de laborar que habría tenido en el futuro Brianna Nicoll con el único propósito de garantizar la obtención del resarcimiento por este perjuicio. Adicionalmente, la parte demandante solicita el reconocimiento del mismo incluso desde la ocurrencia de los hechos lo cual resulta abiertamente improcedente pues equivaldría a suponer que Brianna Nicoll trabajaría para percibir ingresos desde el momento mismo de su nacimiento, en todo caso, dicho perjuicio no se encuentra acreditado pues ni siquiera se aporta prueba suficiente que acredite la existencia permanente de los padecimientos de la menor de edad y la pérdida de capacidad laboral del 100% que estos generarían conforme lo afirmado por la parte demandante.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “3”: **ME OPONGO** al ajuste solicitado toda vez que dicho pedimento se basa en una norma cuya aplicación no rige para la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, sino que se circunscribe o limita a la jurisdicción contencioso-administrativa.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “4”: **ME OPONGO** al ajuste solicitado toda vez que la mayoría de las pretensiones se encuentran valoradas sobre el concepto del salario mínimo, concepto que

envuelve un valor determinable y no determinado, y que además contempla de por sí factores como la pérdida del poder adquisitivo del dinero, por lo tanto, conceder la indexación de sumas relacionadas en salarios mínimos implicaría calcular dos veces la corrección monetaria referida.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “5”: ME OPONGO a esta solicitud toda vez que dicho pedimento se basa en una norma cuya aplicación no rige para la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, sino que se circunscribe o limita a la jurisdicción contencioso-administrativa.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “6”: ME OPONGO a esta solicitud toda vez que es consecuente de las pretensiones anteriores.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

El juramento estimatorio se objeta teniendo en cuenta que los valores referidos en el mismo deben ser estimados de forma razonada, sin embargo, en el acápite mencionado la parte demandante se limita a referir sumas de dinero sin indicar de dónde se extraen las mismas y sin que obren pruebas del origen del monto base de la liquidación por concepto de lucro cesante señalado en este acápite.

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.

Conforme a lo anterior, se debe referir en primera medida que el perjuicio de lucro cesante solicitado a favor de la parte demandante el cual resulta totalmente injustificado en la medida en que al tratarse de una menor de edad no puede presumirse la posibilidad de laborar que habría tenido en el futuro con el único propósito de garantizar la obtención del resarcimiento por este perjuicio. La parte demandante solicita el reconocimiento del mismo incluso desde la ocurrencia de los hechos lo cual resulta abiertamente improcedente pues equivaldría a suponer que Brianna Nicoll trabajaría para percibir ingresos desde el momento mismo de su nacimiento y, en todo caso, dicho perjuicio no se encuentra acreditado pues ni siquiera se aporta prueba suficiente que acredite la existencia permanente de los padecimientos de la menor de edad y la pérdida de capacidad laboral del 100% que estos generarían conforme lo afirmado por la parte demandante.

Por otra parte, en lo relativo al daño emergente, no se encuentra acreditado pues la contraparte no allega ninguna factura, recibo, extracto bancario ni documento idóneo que dé cuenta de los gastos en los que incurrió con ocasión de los hechos que tuvieron lugar en el mes de septiembre del año 2019, añadiendo en todo caso que la atención brindada se dio en el entendido de que se trataba de una paciente del régimen subsidiado adquiriendo servicios comprendidos en el POS (plan

obligatorio de salud), luego, resulta contradictorio que se solicite el valor de \$10.000.000 por este concepto cuando los gastos médicos corrieron por cuenta de su EPS.

Por lo anterior es claro que el juramento estimatorio contenido en la demanda no cumple los criterios del artículo 206 del Código General del Proceso ya que no se cumple con el criterio de la estimación razonada del perjuicio patrimonial reclamado pues no hay base documental que refiera al valor del daño emergente solicitado, y el lucro cesante fue calculado de forma subjetiva, sin prueba de la posibilidad de laborar en el futuro por parte de la actual menor de edad, y yendo en contra del sentido común al pretender referir que una menor de edad desde su nacimiento hubiere recibido ingresos.

Conforme a lo anterior solicito no tener en cuenta el juramento estimatorio presentado por la parte actora.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL SOLIDARIDAD DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. – ÉSTA NO PRESTÓ EL SERVICIO MÉDICO EN SALUD.

Se formula esta excepción en razón a que LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC no puede ser considerada como responsable de la prestación de un servicio de salud respecto del cual no tuvo participación o injerencia alguna. Máxime, en atención a que su relación con el Hospital San Juan de Dios para el momento de presunta ocurrencia de los hechos que sirven de base para la acción se circunscribe a las condiciones del contrato de seguro, en el cual no se pactó la solidaridad.

La responsabilidad civil implica la existencia de un hecho, un daño y un nexo de causalidad en entre ambos. Sin embargo, mi representada no se encuentra abocada a esta relación toda vez que no generó de manera directa o indirecta daño alguno a la parte demandante. Razón por la cual, la misma no puede ser condenada en forma alguna como responsable de una supuesta mala praxis médica en la cual no tuvo participación. De igual forma, mi representada no puede ser asemejada al asegurado en términos de que entre los mismos exista solidaridad, puesto que ésta sólo tiene su fuente en la ley o en los contratos. Sin que en la ley ni en el contrato de seguro suscrito entre mi representada y el tomador se haya establecido la misma.

Resulta pertinente recordar que, de conformidad con el Art. 2344 del C.C. si un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa. Sin embargo, tal como ha señalado la H. Corte

Suprema de Justicia³, la solidaridad es una imposición para los agentes a quienes se les atribuye la autoría de un daño. No obstante, mi representada no prestó servicio de salud alguno a la demandante. Recuérdese que la fuente de la solidaridad es la Ley, el testamento o el contrato y en el caso que nos ocupa, no existe norma o pacto que establezca que mí representada deba ser condenada de forma solidaria.

Ahora bien, en lo concerniente a la solidaridad convenida entre las partes, la H. Corte⁴ igualmente se ha ocupado de ella al señalar lo siguiente:

(...) La solidaridad contractual civil debe ser declarada expresamente cuando la ley no la establece, por ello jamás se presume. De ahí que es un mandato de carácter sustancial, ya que impone una obligación material al responsable solidario frente a los sujetos activos de la relación jurídica.

*Ni la prescripción ni la solidaridad son, por lo tanto, elementos “accesorios” de la relación jurídico-sustancial o derecho material. Si la acción sustancial está prescrita el demandante no tiene ningún derecho y el demandado no es civilmente responsable; y **si el deudor contractual no es responsable in solidum, entonces no está obligado a pagar el total de la indemnización.** Desde luego que se trata de una cuestión fundamental y no de un tema secundario (...)* (Negrilla y Sublínea por fuera del texto original).

Como se colige del contrato de seguro materializado a partir de la póliza de seguro aquí vinculada, entre mi procurada y el tomador y/o asegurado no se pactó la solidaridad, así como tampoco se señaló que la misma tuviese una relación adicional y/o distinta a la función aseguraticia por la misma desarrollada. Lo cual claramente deviene en que no es posible predicar la solidaridad pretendida por la parte demandante. Consecuentemente, mi procurada no puede ser tenida como responsable de la supuesta mala praxis médica en la atención brindada el día 26 de septiembre de 2019, pues su relación se limita y circunscribe al contrato de seguro que la misma otorgó en el cual no se pactó la solidaridad.

En conclusión, mi procurada no puede ser tenida como responsable por la atención brindada el día 26 de septiembre de 2019 respecto de la cual se erige el presente trámite como quiera que su relación con el asegurado para el momento de ocurrencia de los hechos se delimitó de conformidad con las condiciones del contrato de seguro sin que en el mismo se haya pactado la solidaridad.

En este sentido se refiere a que las pretensiones de la demanda no tienen sustento jurídico alguno

³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia SC780-2020. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

⁴ Ibídem.

pues no resulta jurídicamente viable pretender la responsabilidad solidaria de una entidad cuya relación con el proceso se circunscribe a la celebración del contrato de seguro.

Por lo anterior, señor juez, solicito se abstenga de declarar responsable por la atención médica a mi representada en un eventual fallo y declare probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR ACTUACION DILIGENTE, CUIDADOSA, OPORTUNA Y CONFORME A LOS PROTOCOLOS DE MANEJO ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO Y EN GENERAL A LA LEX ARTIS POR PARTE DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Esta excepción se fundamenta en el hecho de que esta controversia está encuadrada dentro del espectro de la responsabilidad médica cuyos elementos en esencia, son plenamente conocidos, la culpa médica (negligencia, impericia, imprudencia, violación de la lex artis), daño y el nexo de causalidad entre aquellos; en esa línea, es importante anotar que esa especie de declaración de responsabilidad civil viene aparejada de una importante labor probatoria por parte del reclamante, en el entendido que al ser la medicina una obligación de medio y no resultado, se está ante un régimen de culpa probada y allí la parte demandante adquiere una postura sumamente dinámica y proactiva en orden a dejar en evidencia la impericia, negligencia, dejadez y descuido del galeno tratante.

La Corte Suprema de Justicia, sobre el punto, anotó lo siguiente:

“(…) 6.3.1. Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

Como tiene explicado la Corte, “(…) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un

perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado” (CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199.)

En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero...”.

Tales aspectos son significativos en la responsabilidad del médico, quien tiene dicho la Corte, “se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirlos quirúrgicamente (...) con el fin de liberarlo, en lo posible de sus dolencias; para este efecto aquél debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran (...)” (casación civil de 26 de noviembre de 1986, Gaceta Judicial No. 2423, pp. 359 ss); “el médico no puede responder sino cuando su comportamiento, dentro de la estimativa profesional, fue determinante del perjuicio causado”, examinándose in casu conforme al marco fáctico de circunstancias y a los elementos de convicción (cas.civ. sentencia de 30 de enero de 2001, exp. 5507).

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 hacérsele saber cuál es la responsabilidad*

médica⁵. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

*De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguu, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá pagando la prestación prometida. **Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos** que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.”¹⁶* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo pronunciamiento indicó:

“El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia

⁵ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.”⁷

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

*“**La responsabilidad civil** derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– **se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS** o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima: **o la debida diligencia y cuidado** de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”⁸. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia del Hospital San Juan de Dios y su personal médico, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

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

⁷ Ibidem.

⁸ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01.

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

Dicho lo anterior, se puede afirmar con base en la simple lectura de la historia clínica que las atenciones brindadas por el quipo médico del Hospital San Juan de Dios a la señora Milexis Andreina Díaz y posteriormente a la menor Brianna Nicoll por el equipo médico, se acoplaron a los protocolos de manejo establecidos para el efecto y en general a la Lex Artis, además, la institución de salud brindó dicha atención con el quipo médico y personal especializado idóneo pues se verifica el control constante por parte de especialistas en ginecología y obstetricia quienes resultan ser los profesionales indicados para esta situación de salud específica. En este sentido, la madre de la menor nunca tuvo que lidiar con la atención por parte del especialista inadecuado o la imposibilidad de ser atendida para sus controles por parte del profesional que posee el conocimiento necesario para el efecto. Además, se ordenó la remisión a UCI neonatal y se brindaron servicios de terapia respiratoria, control constante por parte del pediatra y la elaboración de exámenes necesarios para verificar el estado de salud de la menor como puede demostrarse a través de la historia clínica, por lo tanto las pacientes fueron atendidas con las características de inmediatez, continuidad, idoneidad, experiencia, recursos tecnológicos y humanos, calidad, humanidad, respeto por la dignidad del paciente, de manera que no se le causó daño alguno.

Del contenido de la historia clínica aportada con la demanda se observa que la señora Milexis Andreina Diaz fue monitoreada de manera constante para verificar los síntomas del embarazo, el estado de salud del feto y corroborar que diera a luz de manera adecuada pues fue remitida a la institución asegurada por tener un embarazo catalogado como de alto riesgo por los antecedentes de preclamsia y obesidad. De esta forma, le fueron practicadas de manera recurrente ecografías y otro tipo de exámenes para verificar el estado de salud y de embarazo, siendo atendida por los profesionales de ginecología y obstetricia que tomaron nota de los síntomas otorgando el diagnóstico y plan de manejo propicios conforme al conocimiento que poseían en el momento sobre el estado de salud de la paciente.

De esta manera, se puede observar inicialmente que la señora Milexis Andreina Diaz fue atendida el día 11 de septiembre de 2019 verificando que contaba con un factor de riesgo consistente en obesidad grado II, motivo por el cual se ordena realizar un monitoreo fetal como se muestra a

continuación:

C O N D I C T A	G1P0. CON EMBARAZO DE 37, 1SS POR ECOGRAFIA, CON FACTOR DE RIESGO DE OBESIDAD GRADO II. SE DECIDE SOLICITAR MONITORIA FETAL Y VALORAR CON RESULTADOS
	DIAGNOSTICOS DE INGRESO O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION ok

Es así como desde el momento de la primera atención brindada a la paciente se puede observar que se tuvo en consideración el factor de riesgo y su incidencia en el embarazo, por lo cual los profesionales adscritos al Hospital San Juan de Dios tomaban decisiones consistentes en verificar el estado de salud del feto.

Por otra parte, la atención brinda a la menor Brianna Nicoll desde el momento de su nacimiento fue la indicada teniendo en cuenta que sufrió de convulsiones, ante lo cual le fueron aplicadas dosis de fenobarbital y fue posteriormente ordenada su remisión a UCI Neonatal como se observa en la anotación de la historia clínica del 27 de septiembre de 2019:

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO	DESTINO DE PACIENTE	Remision a otra Institución
RECIBIEN NACIDO QUIEN EN HORAS DE LA TARDE PRESENTO 2 EPISODIOS CONVULSIVOS TONICOS ACOMPAÑADOS DE DESATURACION MANEJADOS INICIALMENTE CON FENOBARBITAL 1 AMP DE 40MG Y POSTERIORMENTE CON SEGUNDO EPISODIO ADMINISTRACION DE SEGUNDA AMP DE FENOBARBITAL PARA COMPLETAR LA IMPREGNACION A LAS 17-50 PRESENTO TERCER EPISODIO CONVULSIVO EN EL CUAL NO SE PUDO ADMINISTRAR MAS MEDICAMENTO YA QUE SE LLEGA A DOSIS MAXIMA DE IMPREGNACION CON LAS DOSIS ANTERIORES (22 8MG) Y HAY RIESGO DE DEPRESION RESPIRATORIA. EN EL MOMENTO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES QUIEN REQUIERE MANEJO EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL.		

Smith Carrillo Baquero
PEDIATRA
I.P. 17-79-1-95
Universidad del Valle

Como se observa, la atención brindada fue la correcta, pues no solo se aplicó el medicamento respectivo ante las convulsiones presentadas por la menor⁹, sino que posteriormente se procedió con su remisión a la UCI Neonatal para que pudiera tener un mejor control y manejo de dichos síntomas y de sus problemas de carácter respiratorio.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la menor debía ser trasladada a UCI debido a sus problemas respiratorios, no fue desamparada por el Hospital San Juan de Dios, sino que una vez gestionada la respectiva remisión encontrándose simplemente pendiente de respuesta, la institución asegurada procedió a tratar los problemas respiratorios de la paciente, de esta forma se dio inicio al plan de manejo consistente, entre otros, en las terapias respiratorias recurrentes realizadas directamente por el profesional especialista o con supervisión del mismo, veamos:

⁹ “El fenobarbital se usa para controlar las convulsiones. El fenobarbital también se usa para aliviar la ansiedad. También se usa para prevenir los síntomas de abstinencia en las personas que son dependientes ("adictas"; sienten una necesidad de seguir tomando el medicamento) de otro medicamento barbitúrico y que van a dejar de tomar el medicamento”. Información recuperada de <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682007-es.html#:~:text=El%20fenobarbital%20pertenece%20a%20una,lenta%20la%20actividad%20del%20cerebro.>

1171838	27/09/2019 15:17:23	HORA DE ATENCION 14HRS SE ENCUENTRA PACIENTE DECUBITO SUPINO, ACTIVO, SIN ACOMPAÑANTES CON SOPORTE DE OXIGENO OXTHOOD CON UN FIO2 DE 28% Y UN LITRAJE DE SL/M SATURANDO AL 98% CON UNOS SIGNOS VITALES FRECUENCIA CARDIACA 156, FRECUENCIA RESPIRATORIA 67RPM, Y UNA PRESION ARTERIAL 63/32 ESTABLE Y SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	PLAN DE TERAPIA RESPIRATORIA MOTORIZACION DE SIGNOS VITALES MONITOREO RESPIRATORIO POSICIONAMIENTO A LINEA MEDIA LECTURA DE PLACA DE RADIOGRAFIA DE TORAX REALIZADO POR ESTUDIANTES DE TERAPIA RESPIRATORIA CUARTO SEMESTRE USC.	MARCELA NAYIVE GARZON MORERA	DOCENTE
---------	------------------------	---	--	------------------------------	---------

Igualmente, la menor de edad fue atendida por el profesional idóneo para llevar control de su estado de salud, es así como el médico pediatra Smith Carrillo Baquero monitoreó de forma recurrente a la menor tal como se observa en las anotaciones de la historia clínica del 27 de septiembre de 2019:

27/09/2019 10:37:21	NOTA DE EVOLUCION DE LA MAÑANA	HIJA DE MILEXIS DIAZ FN: 26/SEP/19 A LAS 18+ GSM B+ GSRN PENDIENTE DX 1. RNAT 40 SS 2 PAEG 3.420GR 3 SEXO FEMENINO 4. ASFIXIA PERINATAL LEVE 5. BRONCOASPIRACION DE MECONIO? SUBJETIVO PERSONAL DE ENFERMERIA REFIERE QUE PASA LA NOCHE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, EN EL MOMENTO SIN VIA ORAL, DIURESIS Y MECONIO POSITIVO, OBJETIVO ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA 1 DE UCIN NEONATAL EN MESA DE CALOR RADIANTE, CON SOPORTE DE OXIGENO MEDIANTE INHALOCAMARA CON FLUJO A 5 LITROS POR MINUTO, LEV EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. ALERTA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON TIRAJES INTERCOSTALES CON LOS SGT SV TA 74/47 FC 159 FR 57 SATO2 97% EF CABEZA NORMOCONFIGURADA, ESCLERAS ANICTERICAS PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS, CUELLO MOVIL SIN MASASNI ADENOPATIAS TORAX NORMOEXPANSIBLE TIRAJES INTERCOSTALES, MV PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS NI RUIDOS PATOLOGICOS. ABD, BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. G/U FEMENINOS NORMOCONFIGURADOS. EXTRE: MOVILES SIMETRICAS SIN EDEMA CON LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. ANALISIS: RECIEN NACIDO DE 40SS PESO AL NACER DE 3420GRAMOS. HOSPITALIZADO BAJO EL DX DE ASFIXIA PERINATAL LEVE Y POSIBLE BRONCOASPIRACION DE , QUIEN REQUIRIO REANIMACION CARDIOPULMONAR, SE SOLICITARON GASES ARTERIALES QUE EVIDENCIAN CETOACIDOSIS COMPENSANDOSE Y PLACA DE TORAX CON PORTATIL EN EL CUAL SE PUEDE OBSERVAR TORAX LEVEMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO. ADEMAS SE SOLICITARON GASES ARTERIALES DE CONTROL A LAS 6AM JUNTO CON EL CUADRO HEMATICO,PCR Y ECOCARDIOGRAMA, EN EL MOMENTO SE ENCUENTRAN PENDIENTES. AHORA RECIEN NACIDO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN CUNA DE CALOR RADIANTE CON SOPORTE DE OXIGENO EN ESPERA DE GASES ARTERIALES DE CONTROL PARA DEFINIR CONDUCTA MEDICA A SEGUIR, POR EL MOMENTO CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO. PLAN 1. CONTINUAR HOSPITALIZACION EN SALA DE UCIN NEONATAL 2. LEV DAD 10% 70 CC/8HORAS PASAR 8.7 CC / HORA 3. NVO 4. SOPORTE DE OXIGENO 5. GLUCOMETRIAS CADA 4 HORAS 6. PENDIENTE HEMOCLASIFICACION, CH, PCR, GASES ARTERIALES, ECOCARDIOGRAMA 7. CONTROL ESTRICTO DE SIGNOS VITALES 8. AVISAR CAMBIOS.	SMITH CARRILLO BAQUERO	MEDICO PEDIATRA
------------------------	--------------------------------	--	------------------------	-----------------

Como se puede observar, es el profesional idóneo quien verifica el estado de salud de la menor y además procede a ordenar los exámenes pertinentes como gases arteriales y ecocardiograma, igualmente, la menor fue puesta en cuna de calor radiante para su tratamiento.

Tal como se verifica, es claro que la institución desempeñó un rol diligente, pues prestó los servicios profesionales requeridos, procedió a practicar los exámenes de rigor y a poner a disposición de la madre y de su hija los insumos requeridos para su atención, por lo tanto, no se observa en esta conducta negligencia de algún tipo, impericia o desconocimiento de la lex artis, al contrario, queda totalmente claro el actuar diligente y con apego a los protocolos requeridos para el estado de salud de las pacientes.

Ahora bien, es necesario recordar en este punto que, conforme a lo trazado por la jurisprudencia, las obligaciones relativas a la responsabilidad médica son obligaciones de medio y no de resultado,

correspondiendo por tal motivo al demandante acreditar la culpa como causa de imputación jurídica del daño, el nexo causal entre la atención brindada y los daños sufridos por el paciente.

En ese orden de ideas, la parte demandante no demostró los elementos de la responsabilidad medica que pretende endilgar en el presente caso, entendiéndose que los reproches principales consisten en no haber realizado otro tipo de controles durante el embarazo de la señora Milexis Andreina Diaz, y haber puesto a la menor en cámara de oxígeno en vez de intubarla con el fin de tratar su problema de asfixia. Como se observa en el escrito de la demanda, la contraparte efectúa tales reproches con base en apreciaciones subjetivas y bajo el argumento de que en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios fue mencionado que el procedimiento frente a la menor no fue el indicado. No obstante, el embarazo de por sí riesgoso de la madre y la condición de salud de la menor, fueron tratadas con el detalle y compromiso antes mencionado, sin que obre prueba en el expediente que acredite que el manejo brindado no fue el correcto para el estado de salud que presentaban las pacientes en aquel momento, como se dijo, el desacuerdo de la parte demandante se basa en una simple apreciación subjetiva y en el comentario que supuestamente le hubieren hecho en otra institución de salud, sin que dicha apreciación y dicho comentario cuenten con soporte probatorio científico que ponga en tela de juicio la experticia, la diligencia y el apego a los protocolos que rigen la materia.

De manera complementaria a lo anterior se debe recordar que la señora Milexis Andreina Diaz presentaba antecedentes de preeclampsia, situación médica que representa un riesgo para el bebé en el vientre materno, e incluso puede causarle asfixia perinatal como la que sufrió la menor Brianna Nicoll en el presente caso. En este sentido, al revisar la literatura médica relativa a la asfixia perinatal, ubica la preeclampsia como un factor de riesgo anteparto:

“(...) Los factores de riesgo anteparto descritos son enfermedad tiroidea de la madre, infecciones virales prenatales, preeclampsia severa, sangrado de la madre, anomalías de la placenta y restricción del crecimiento intrauterino. Algunos de los factores de riesgo de AP intraparto identificados son parto prematuro, líquido amniótico meconiado, estimulación con oxitocina, parto de nalgas y complicaciones del cordón (...).”¹⁰

Conforme a lo mencionado, es posible que exista una relación entre los antecedentes de preeclampsia y la situación de salud padecida por la menor de edad descartando la infundada tesis según la cual existió un error médico que causó los daños señalados en el escrito de la demanda. En efecto, en el caso concreto se refleja el riesgo innato de la medicina, motivo por el cual se considera que las obligaciones de sus profesionales son de medio y no de resultado, pues incluso

¹⁰ García Dolly A., Romero Héctor., Colmenares Alejandro E. “Asfixia Perinatal”. Revista Repert.med.cir.2013;22(1): 28-37.

con la diligencia mostrada por los galenos del Hospital San Juan de Dios, no fue posible evitar los padecimientos de la menor de edad, lo que no deja lugar a dudas que las consecuencias negativas en su estado de salud no tienen origen en un actuar negligente, imperito o desconocedor de la lex artis, sino en una situación de salud previa que evolucionó hasta causar la asfixia perinatal.

En conclusión, no existe responsabilidad civil por parte del Hospital San Juan de Dios en este caso, ya que el actuar del equipo médico se ajustó a los estándares de la Lex Artis y a los protocolos establecidos para el manejo de situaciones de riesgo en el embarazo y en el cuidado neonatal. Las atenciones brindadas a la señora Milexis Andreina Díaz y a la menor Brianna Nicoll fueron adecuadas, idóneas y constantes, garantizando un control constante por parte de especialistas en ginecología, obstetricia y pediatría. No se ha demostrado que los daños sufridos por la menor sean consecuencia de un error médico, sino que son atribuibles a factores de riesgo inherentes al embarazo de alto riesgo de la madre y a condiciones preexistentes, como la preeclampsia. Además, las decisiones médicas tomadas fueron coherentes con el estado de salud de las pacientes en el momento de la atención. La parte demandante no ha probado que la atención fuera inadecuada ni que existiera negligencia por parte de los profesionales, basándose solo en apreciaciones subjetivas sin soporte científico. En consecuencia, la falta de prueba sobre la causalidad y la diligencia en la atención descarta la responsabilidad civil de la institución de salud, por lo tanto, las pretensiones deberán ser negadas.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

3. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

En este aspecto se destaca que sobre la parte demandante gravita la carga de la prueba no solo sobre la supuesta culpa que pretende atribuir a la institución de salud en la que funda sus exorbitantes pretensiones, sino la de la imprescindible relación de causalidad entre el acto médico y el daño padecido por la paciente, circunstancias que no se encuentran probadas. Es así como contrario a lo expuesto por la parte actora, la historia clínica corrobora que los servicios otorgados y el plan de manejo brindado por el personal médico del Hospital San Juan de Dios, fueron prestados diligentemente, con el concurso de todos los medios humanos, técnicos, farmacéuticos, científicos, observando en todo momento el cuidado exigible, de conformidad con la técnica científica actual, a contrario sensu, no obra prueba idónea y conducente de la parte actora demostrando la falta u omisión que predica y en la que funda sus pretensiones.

Para empezar, debe recordarse que la teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada. A diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones, en la que simplemente basta aplicar el método de la supresión mental hipotética y determinar si el hecho final se hubiere o no

presentado con determinada actuación. La teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico que pueden ser condiciones *sine qua non*, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado.

La teoría de la causa adecuada ha sido la escogida por la jurisprudencia del Consejo de Estado en diferentes sentencias como la teoría aplicable en Colombia, de las cuales se destacan recientes sentencias de fecha 14 de junio de 2019¹¹, 29 de abril de 2019¹² y 27 de septiembre de 2018¹³. Esta excepción se funda, además de lo expuesto, en el hecho de que no existe prueba alguna que acredite relación de causalidad entre los padecimientos sufridos por la menor Brianna Nicoll y la actuación del hospital San Juan de Dios. Por ende, la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra aquel. En este orden de ideas, es claro como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia del Consejo de Estado, que en los eventos en que existen diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce. Por eso, la responsabilidad profesional médica no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el extremo demandado.

Así las cosas, en el caso que nos ocupa, encontramos que en el caso de marras no existe nexo causal entre las conductas desplegadas por el Hospital y el daño que predica la actora, pues la lectura de la historia clínica refleja que los especialistas en ginecología y obstetricia efectuaron controles recurrentes a la madre de la menor anotando sus preocupaciones sobre su embarazo tal como se constata en la historia clínica, procediendo a realizar las ecografías y demás exámenes de rigor brindando el plan de manejo conforme a los resultados obtenidos, situación que demuestra el actuar apegado a la *lex artis*, pues en ningún momento se observa que las decisiones, diagnósticos y órdenes médicas hayan obedecido a la arbitrariedad de quienes las impartieron o contradigan los protocolos científicos aplicables a la atención de una madre con embarazo de alto riesgo por antecedentes de preclamsia y obesidad. Adicionalmente, el Hospital procedió a hacer tres inducciones al parto las cuales no obtuvieron resultado positivo debido a la situación de presión arterial de la señora Milexis Andreina Diaz, luego, el actuar de la institución de salud al momento de atender el parto no resultó insuficiente, sino que pese al esfuerzo del personal médico no pudo tener los resultados deseados por una cuestión propia del estado de salud de la madre de la menor.

Asimismo, al verificar el estado de la recién nacida se procedió a suministrar fenobarbital, medicamento precisamente elaborado para controlar las convulsiones, además, al haber alcanzado

¹¹ Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2133425. MP: MARÍA ADRIANA MARÍN.

¹² Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2133698. MP: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS.

¹³ Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2121903. MP: MARÍA ADRIANA MARÍN.

el suministro de dosis máxima permitida, se procedió a remitir a la menor a UCI neonatal, y previo a ello, se le brindó de manera constante varias terapias respiratorias en consideración a la asfixia que sufrió al momento del parto, la cual pudo deberse a los antecedentes de preeclampsia, así como un seguimiento por parte del especialista en pediatría, dando cuenta de que la institución de salud actuó puso a disposición de las pacientes el personal idóneo y los procedimientos adecuados para darles el tratamiento acorde a su estado de salud.

Es claro en este punto que los procedimientos seguidos se rigieron por los parámetros de la ciencia médica, por lo que las lamentables consecuencias en la salud de Brianna Nicoll, no son atribuibles a las acciones desplegadas por los profesionales de la institución de salud y atienden al riesgo propio de la ciencia médica la cual no es exacta pues es posible la generación de resultados adversos pese a apegarse a lo que la medicina dicta para la atención de casos como el que se encuentra bajo estudio.

Conforme a lo anterior, las pretensiones de la demanda deberán ser negadas por la imposibilidad de demostrar el nexo causal entre la supuesta omisión o negligencia que aduce la parte demandante sin prueba alguna, y el resultado dañoso porque tal como hemos mostrado, los galenos adscritos a la institución médica actuaron con la diligencia y cuidado exigibles tanto frente a la madre como a la su hija. De esta manera, no queda lugar a dudas que el Hospital San Juan de Dios puso a disposición de las pacientes el personal idóneo, los instrumentos y procedimientos adecuados apegándose a los protocolos exigibles por la ciencia médica para la atención de un embarazo de alto riesgo y la asfixia sufrida por la menor. Así, se efectuaron múltiples controles y exámenes a la señora Milexis Andreina Díaz verificando su estado de salud y el de su bebé, al momento de dar a luz se procedió a inducir su parto tres veces señalando que la falta de resultados positivos de dicha inducción se relacionó directamente con la presión arterial de la madre; igualmente, al momento del nacimiento de la menor y al verificar los padecimientos que tenía, se procedió a suministrar fenobarbital con el fin de tratar las convulsiones y se remitió a UCI Neonatal a la menor para cuidar con mayor rigurosidad su salud, sin dejar de lado que mientras dicha remisión se hacía efectiva, fue tratada por el pediatra, ordenando los exámenes necesarios para evaluar su condición de salud, e igualmente se procedió a realizar diversas sesiones de terapias respiratorias.

En conclusión, bajo ninguna circunstancia la afección de la menor BRIANNA NICOLL BELALCAZAR DIAZ puede ser atribuida al Hospital San Juan de Dios, pues por su parte se efectuaron todos los esfuerzos para procurar el bienestar tanto de la gestante como de la nacituras. En ese orden de ideas, resulta claro que las afecciones de la menor no se generaron como consecuencia de ninguna falta de diligencia de la entidad médica, puesto que como se ha indicado, una vez la paciente ingresó a la entidad hospitalaria, se pusieron a disposición todas las maniobras médicas para procurar su bienestar y de la recién nacida en camino. De modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de las demandadas y la muerte del paciente no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

Por lo tanto, solicito declarar probada la presente excepción negando la totalidad de las pretensiones ante la ausencia del elemento esencial de la responsabilidad médica denominado nexa causal.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA SOLICITUD EXORBITANTE DE PERJUICIOS

4. 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 La Equidad Seguros Generales OC. 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 conforme 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”¹⁴, 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 justicia¹⁵.

En este sentido, el valor solicitado por concepto de perjuicios morales resulta arbitrario teniendo en cuenta que frente a los padres se pretende en un inicio el reconocimiento de 200 SMLMV para cada uno de ellos, posteriormente, se solicita nuevamente el reconocimiento del perjuicio moral a favor de los padres con ocasión del supuesto daño a la pérdida de oportunidad ocasionado a la menor de edad, además, se solicita el reconocimiento de 200 SMLMV a favor de Brianna Nicoll y de 100 SMLMV a favor de cada una de sus abuelas y de su hermana, dichas solicitudes desconocen totalmente los límites reconocidos por la Corte Suprema de Justicia frente al perjuicio del daño moral los cuales no superan los \$60.000.000, cifra que además solo se concede a los familiares más cercanos de la víctima en caso del fallecimiento de esta o la pérdida de capacidad laboral superior al 50%. A lo mencionado debe añadirse la aclara improcedencia de la petición respecto del perjuicio

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004- 032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

¹⁵ Ídem

moral a favor de los padres de la menor, pues no solo excede los límites establecidos por la jurisprudencia, sino que busca obtener un doble resarcimiento a partir de los hechos de la demanda y de la supuesta pérdida de oportunidad, la cual también sería generada por los mismos hechos objeto de controversia, siendo tal solicitud abiertamente improcedente. 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, su Juzgado proceda conforme a derecho negándola.

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 conducentes para el efecto. En ese sentido, es fundamental que realmente se logre comprobar que, respecto a la indemnización de perjuicios por concepto de daño moral, esos sentimientos de angustia, el impacto psicológico, y el dolor secundario al daño, los cuales afirman las víctimas les fueron causados, son 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 (…)*¹⁶ (Énfasis propio)

Ha señalado igualmente la Corte¹⁷ 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 inviable 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

¹⁶ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000- 2017-00405-00.

¹⁷ Ibidem.

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 Justicia¹⁸ 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 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)¹⁹ por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido²⁰, por lo que resulta evidentemente desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor, ya que no solo no tienen sustento probatorio alguno sino que, además, la petición de este tipo de perjuicio para cada víctima sobrepasa el límite fijado por la jurisprudencia, situación que queda aún en mayor evidencia si se considera que la petición de este tipo de perjuicio ni siquiera se fundamenta en el fallecimiento de la paciente.

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 mencionadas. En consecuencia, la suma solicitada por la parte Demandante resulta exorbitante y se encuentra por fuera de los lineamientos en mención, por lo tanto, 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.

¹⁸ CSJ, SC-5340-2018.

¹⁹ CSJ, SC-5340-2018.

²⁰ 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)”.

En consecuencia, solicito declarar probada esta excepción.

5. IMPOSIBILIDAD DE RECONOCER PERJUICIOS A TÍTULO DE DAÑO A LA SALUD A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE

En el presente caso no sólo es jurídicamente inadmisibile predicar responsabilidad alguna en cabeza del asegurado por concepto de daño a la salud, sino que, además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de esta tipología de perjuicio, toda vez que el mismo en la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil no constituye un daño resarcible, por lo que su reconocimiento implicaría un enriquecimiento sin justa causa de la parte demandante pues no existe sustento jurídico que justifique dicho perjuicio.

Tal y como lo ha reconocido la Corte en la sentencia del 5 de agosto de 2014, que contiene la jurisprudencia más reciente de esa corporación respecto de la tipología y la reparación del daño inmaterial, se estableció lo siguiente:

“(…) De ahí que el daño no patrimonial se puede presentar de varias maneras, a saber: i) mediante la lesión a un sentimiento interior y, por ende, subjetivo (daño moral); ii) como privación objetiva de la facultad de realizar actividades cotidianas tales como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, leer, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, tener relaciones íntimas, etc., (daño a la vida de relación); o, iii) como vulneración a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional (…).”

Teniendo en cuenta lo previamente expuesto, es claro que el Juzgador no puede reconocer a favor de la parte demandante este tipo de perjuicio pues de hacerlo otorgaría una suma económica frente a un perjuicio que no se encuentra reconocido por las normas que rigen la especialidad civil permitiendo que, lejos de obtener un resarcimiento, la parte actora logre lucrarse en el caso de una eventual condena, situación proscrita por nuestro ordenamiento jurídico, en especial por las normas relativas a la reparación integral de los perjuicios.

Adicionalmente a lo anterior, se puede precisar que la Corte Suprema de Justicia concretó el género de los perjuicios inmateriales mediante las siguientes especies: daño moral; daño a la vida de relación y el daño a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional. De lo anterior, resulta claro que el daño a la salud no es un perjuicio inmaterial reconocido en la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil por la Corte Suprema de Justicia. Razón por la cual, **NO** es un perjuicio susceptible de ser valorado, como quiera que el presente asunto se tramita ante la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil y no ante la Jurisdicción de lo Contencioso

Administrativo.

Corolario de lo anterior es que no solo no se encuentra demostrada la afectación física que influye en las condiciones de vida de la menor Brianna Nicoll, sino que incluso bajo el supuesto de que dicha afectación se demuestre, no será posible derivar de la misma el reconocimiento del perjuicio denominado daño a la salud, ya que este no se encuentra reconocido por la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil y, en todo caso, su reconocimiento implicaría un enriquecimiento sin justa causa a favor de la parte actora precisamente ante la carencia de fundamento jurídico de dicha petición.

Por lo anterior solicito declarar probada esta excepción.

6. INEXISTENCIA DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD, CONSECUENTEMENTE NO SE PUEDE ORDENAR SU INDEMNIZACIÓN

En cuanto a la supuesta pérdida de oportunidad, debo indicar como primera medida que la certeza es una característica del daño indemnizable y que la supuesta frustración de llevar una vida normal y autónoma no resulta suficiente para otorgar el perjuicio señalado. En el caso que nos ocupa, se tiene que el apoderado de la parte actora en el escrito de demanda no explica de manera concreta cuál es la supuesta oportunidad que ha perdido la menor Brianna Nicoll y mucho menos aporta alguna prueba tendiente a demostrar la configuración de este daño, toda vez que ni siquiera se ha determinado, la existencia de la oportunidad perdida. Adicionalmente, resulta claro que la reclamación de este perjuicio se realiza con base en los mismos supuestos del perjuicio de daño a la salud, siendo claro la intención de obtener un doble resarcimiento por los mismos hechos. De esta forma, la parte demandante no ha podido precisar en qué se circunscribe el daño supuestamente sufrido y por el cual debe ser indemnizada, y tampoco ha logrado demostrar la entidad propia de la que deriva este daño, de tal manera que solo hay evidentes intenciones de ganancia que no corresponden a un daño tangible, cierto y preciso.

Es menester, traer a consideración el postulado de la H. Corte Suprema frente al tema en particular, para ello resulta de utilidad lo dispuesto en la sentencia SC5885-2016, en donde se explica de manera detallada los presupuestos que componen esta tipología de daño y los supuestos para que pueda ser indemnizado, veamos:

“(…) Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta Corporación refieren a:

*(i) **Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad**, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la “chance” diluida debe ser seria, verídica, real y actual; (ii) **Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad***

*para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización [...]; y (iii) **La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que [...] su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos (...)***”

De lo anterior, es pertinente resaltar que ninguno de los presupuestos que ha definido la jurisprudencia se encuentran satisfechos porque: (i) ni siquiera en el escrito de demanda se ha expresado puntualmente cuál es la oportunidad perdida, es decir no hay certeza; (ii) no se expresa en que consiste el detrimento como consecuencia de la oportunidad presuntamente frustrada por el evento dañoso y; (iii) de los sustentos fácticos y material probatorio no se vislumbra si quiera un resultado concreto que esperaba la víctima, pues no se encontraba en una situación potencialmente apta para obtenerlo. Lo anterior ligado al hecho de que se pretende reconocer este perjuicio con fundamento en las mismas circunstancias que motivan la reclamación del daño a la salud, olvidando que no cualquier expectativa permite la configuración del daño.

Consecuentemente, se tiene que, en definitiva, olvidó la parte demandante que para que se considere que se consumó una pérdida de oportunidad, la existencia del chance debe estar acreditada de forma suficiente, siendo esta una legítima oportunidad seria, verídica, real y actual, circunstancia que no sucedió, pues se reitera que la demanda se caracteriza por su orfandad probatoria. Efectivamente, se destaca que no es procedente indemnizar una mera expectativa que ni siquiera se define en el escrito de demanda, circunstancia que implica necesariamente el fracaso de esta pretensión. Además, reconocer este perjuicio implicaría reconocer una indemnización por los mismos motivos que se pretende el resarcimiento del daño a la salud, cuestión a todas luces improcedente.

Por todo lo expuesto, solicito declarar debidamente probada esta excepción.

7. IMPOSIBILIDAD DE RECONOCER EL DAÑO A BIENES CONSTITUCIONALMENTE PROTEGIDOS

El apoderado de la parte demandante solicita el reconocimiento de unos perjuicios extrapatrimoniales que denomina daño a derechos convencionalmente protegidos. No obstante, debe ser claro para el Despacho que estas pretensiones son improcedentes si se tiene en cuenta que estos no corresponden a una tipología de perjuicio que sea reconocida por la Corte Suprema de Justicia en su jurisprudencia. Asimismo, se debe tener presente que estos perjuicios que buscan indemnizarse, de acuerdo con la forma en la que fueron solicitados en el escrito de la demanda,

tienen como propósito resarcir el mismo concepto que el daño a la vida en relación. Por lo tanto, acceder a estas pretensiones significaría un doble reconocimiento del mismo perjuicio, lo que conllevaría a un enriquecimiento sin justa causa en detrimento del patrimonio de la parte accionada.

Al respecto se puede observar que la H. Corte Suprema de Justicia²¹ ha dejado en claro que las afectaciones psicológicas, el dolor o la tristeza son hechos dañosos que se producen las víctimas, los cuales se encuentran amparados bajo el concepto jurídico denominado daño moral:

*“(...) Toda indemnización que se reclame ante la jurisdicción exige la comprobación del perjuicio generador de tal compensación, sin que de ello **escapen los “daños morales” comprendidos como la tristeza, congoja, angustia y dolor sufridos por la víctima de dicho menoscabo y por los que integran su estrecho núcleo familiar**, quienes también se ven afectados por esa circunstancia, dados los fuertes lazos de cariño y amor existentes entre ellos (...)”* (Énfasis propio)

De igual manera, el mismo ente colegiado ha establecido:

*“(...) Tiene dicho la jurisprudencia de esta Corte que los daños extrapatrimoniales no se circunscriben al daño moral, pues dentro del conjunto de bienes no pecuniarios que pueden resultar afectados **mediante una conducta antijurídica se encuentran comprendidos intereses distintos a la aflicción, el dolor o la tristeza que un hecho dañoso produce en las víctimas**. En ese orden, son especies de perjuicio no patrimonial, además del moral, el daño a la vida de relación y la lesión a bienes jurídicos de especial protección constitucional o convencional (...)”*²². (negrilla y subrayado fuera del texto original).

Por lo tanto, se puede concluir que, al solicitar el resarcimiento del perjuicio moral, se comprende una amplia gama de aflicciones psicológicas y emocionales, que incluyen el dolor, la tristeza, la congoja y la angustia, experimentados por las víctimas directas o sus familiares cercanos como consecuencia de los eventos que motivaron el proceso judicial. Así, esta dimensión de perjuicio no se limita únicamente al ámbito de lo material, sino que abarca las profundas repercusiones en el bienestar emocional y psicológico de aquellos afectados por la situación.

Ahora bien, frente al objeto de obtener una doble indemnización por un mismo perjuicio, la Corte Suprema de Justicia ha dejado en claro que esto ha de entenderse como un enriquecimiento sin justa causa y será a todas luces inadmisibile:

²¹ Corte Suprema de Justicia. Sala Cas. Civil Sentencia STC17252 del 18/12/2019

²² Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018

*“(…) Ciertamente puede decirse cuando el artículo 2341 del Código Civil prescribe que “el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización”, se adopta, en armonía con el inciso 2 del artículo 1649 del Código Civil, el principio según el cual la prestación de la obligación resarcitoria llamada indemnización, tiene como límite cuantitativo aquel que, según su función de dejar indemne (sin daño), alcance a reparar directa o indirectamente el perjuicio ocasionado, para el restablecimiento, en sus diferentes formas, de la misma situación patrimonial anterior, lo que a su vez indica, de una parte, que aquélla debe ser completa para que como satisfactoria extinga la obligación correspondiente, **y, de la otra, no se constituya el mismo daño como fuente de enriquecimiento para el victimario, pues éste desborda dicha cobertura indemnizatoria. Por lo tanto, un daño sólo puede ser indemnizado una sola vez, sin que sea posible recibir o acumular varias prestaciones con funciones indemnizatorias que excedan la reparación total del daño,** en tanto que son admisibles las que carezcan de esta función (v. gr. donaciones) (...)”²³*

Sumado a lo anterior, no existe prueba en el plenario que acredite las presuntas afectaciones alegadas por la parte. Aun así, y si en gracia de discusión este despacho llegase a establecer que las afectaciones alegadas fueron causadas por el dolor en virtud del fallecimiento de la señora Kelly Yohana Meza Mercado, deben igual entenderse comprendidas dentro del daño moral, por lo que sería errado indemnizar dos veces por el mismo concepto.

De este modo, se hace manifiesto que, lo que la parte demandante busca es que se le indemnice en dos ocasiones por un mismo daño, cuestión que resulta inviable por configurar un enriquecimiento sin justa causa y por desnaturalizar la finalidad de la indemnización. Por lo demás, no se puede ignorar que el reconocimiento de este tipo de perjuicios es improcedente, pues no es una tipología reconocida por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, pues es evidente que su finalidad es generar enriquecimiento injustificado en detrimento del patrimonio de los demandados.

De conformidad con lo anterior, solicito muy amablemente al Despacho declarar probada esta excepción.

8. INEXISTENCIA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE – IMPROCEDENCIA DE SU RECONOCIMIENTO.

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que la parte demandante afirma que, como consecuencia de los supuestos daños causados por la atención brindada a las pacientes, tuvo que

²³ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

recurrir a efectuar gastos por un valor de \$10.000.000. No obstante, en las pruebas aportadas al proceso no existe soporte alguno que indique que la parte demandante tuvo que afectar su patrimonio con el fin de cubrir gastos surgidos de dicha atención, inclusive, en la historia clínica se verifica que la señora Milexis Andreina Díaz fue atendida en su calidad de afiliada al régimen subsidiado de salud, lo que implica que la atención en salud y medicamentos requeridos fueron cubiertos por su EPS, por lo tanto, dicho perjuicio no se encuentra acreditado conforme los requisitos señalados por la jurisprudencia para su reconocimiento.

El daño emergente ha sido desarrollado jurisprudencialmente como la tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos. Sin embargo, se ha establecido ampliamente que para la procedencia del reconocimiento de los mismos resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso, carga que le asiste al reclamante de los perjuicios. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor.

Es claro que la parte demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberá estar claramente probada a través de los medios idóneos que la Ley consagra en estos casos. A efectos de entender la tipología de dichos perjuicios, vale la pena rememorar lo indicado por la Honorable Corte Suprema de Justicia con respecto a la definición del daño emergente en los siguientes términos:

“(...) De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad.

Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento (...)”²⁴.

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Lo primero que debe manifestarse frente al supuesto daño emergente que pretende reclamar la demandante a través del presente proceso es que existe un completa orfandad

²⁴ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017

probatoria al respecto. Nótese que la parte activa del litigio simplemente relaciona dineros de lo que pretende por medio de la presente Litis, pero no allega medios de prueba que los respalden, es decir, contrariando los fundamentos mismos del concepto indemnizatorio del daño emergente.

En ese orden de ideas, es claro que la Corte Suprema de Justicia ha establecido que, para la procedencia de reconocimiento de perjuicios a título de daño emergente, es necesario que el reclamante demuestre mediante prueba suficiente que se trata de perjuicios ciertos y no hipotéticos. Lo que no sucede en el caso en concreto, en tanto que la parte demandante solicita reconocimiento de sumas de dinero a título de daño emergente, sin que pruebe la causación de dichos perjuicios. Carga que le asiste por ser el reclamante del daño, según los términos jurisprudenciales de la Corte. Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

*“(...) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración,** como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada (...)”²⁵ (Negrita y Subrayado fuera del texto original)*

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación: *“(...) Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”²⁶ (Subrayado fuera del texto original).*

De esta manera, no existe duda alguna en que la reclamación de este perjuicio patrimonial requiere tener el sustento probatorio del caso que permita verificar la afectación del patrimonio de quien hace la reclamación con ocasión del daño que le fue generado por parte de aquel al que se le puede imputar la responsabilidad civil, de lo contrario, el perjuicio en comento no puede ser reconocido pues implicaría estar presumiendo su causación pese a que la jurisprudencia, lejos de apoyar dicha presunción, la desconoce totalmente al no existir en nuestro ordenamiento jurídico norma alguna que la justifique.

²⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. MP. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299

²⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. MP Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

Ahora bien, en el caso concreto podemos afirmar, como se había anticipado, que la parte demandante no demostró la causación de este daño. En este entendido debe señalarse que el escrito de la demanda refiere en su acápite de pretensiones la búsqueda del resarcimiento del supuesto perjuicio por la suma equivalente a \$10.000.000, sin embargo, al observar el material probatorio allegado con el escrito de demanda, no se observa factura, extracto bancario, o documento similar que dé cuenta de los gastos asumidos por la parte demandante con ocasión de la atención brindada en el mes de septiembre del año 2019 por el Hospital San Juan de Dios, así como tampoco existe prueba que dé cuenta del tipo de productos o servicios que se asumieron trayendo consigo la consecuente disminución patrimonial.

A lo anterior debe añadirse el hecho de que la atención brindada por la IPS Hospital San Juan de Dios se dio por las vías propias del sistema de seguridad social en salud, pues se verifica en la historia clínica que la atención fue autorizada por la EPS Coosalud subsidiado, veamos:

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
RESOLUCION 003047 DE 2008 - ANEXO TECNICO No. 3			
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO SOLICITUD 11985406		Fecha y Hora: 28/09/2019 08:24:01	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)			
Nombre			
IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		NIT: 890303841-8	
CODIGO: 7600103715	DIRECCIÓN	CRA 4 NRO 17 - 67	
TELEFONO: 4892222	DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		MUNICIPIO: 76001 CALI
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA		COOSALUD SUBSIDIADO	ESS024
DATOS DEL PACIENTE			
DIAZ	RADA	MILEXIS	ANDREINA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Indentificacion		Numero documento de identificacion	Fecha de Nacimiento

De tal manera que, conforme a la autorización allegada con la historia clínica, la atención brindada fue autorizada por la EPS a la cual se encuentra afiliada la paciente mediante el régimen subsidiado, por lo tanto, ni siquiera tuvo que asumir los gastos de atención, tratamientos y medicamentos brindados pues resulta evidente que su costo era cubierto por el sistema de seguridad social en salud, situación que evidencia aún más la ausencia de circunstancias que hayan llevado a la parte demandante a asumir costos derivados de la ocurrencia de los hechos pues fue siempre su EPS la encargada de administrar los recursos que cubrirían los gastos requeridos.

Conforme a lo anterior resulta claro que la parte demandante no cumplió con los requisitos exigidos por la jurisprudencia relativos a la causación del daño emergente, pues dicho perjuicio no se encuentra respaldado con ninguna prueba y, además, se corrobora que la atención, procedimientos y medicamentos brindados se otorgaron gracias a la autorización de la EPS de la señora Milexis Andreina Díaz, lo que convalida aún más el hecho de que no tuvo que atravesar circunstancias originadas por los hechos debatidos que le llevaran a asumir gastos afectando el patrimonio de la parte demandante. Por lo tanto, solicito que ante la orfandad probatoria de la causación del perjuicio en cuestión, el Juzgado declare probada esta excepción.

9. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO DENOMINADO LUCRO CESANTE

El lucro cesante no puede ser reconocido por el Juez a menos de que el mismo quede plenamente demostrado en el proceso, no obstante, los demandantes solicitan este perjuicio frente a una menor de edad, por lo que no puede presumirse la posibilidad de laborar que habría tenido en el futuro Brianna Nicoll con el único propósito de garantizar la obtención del resarcimiento por este perjuicio. Adicionalmente, la parte demandante solicita el reconocimiento del mismo incluso desde la ocurrencia de los hechos lo cual resulta abiertamente improcedente pues equivaldría a suponer que Brianna Nicoll trabajaría para percibir ingresos desde el momento mismo de su nacimiento, en todo caso, dicho perjuicio no se encuentra acreditado pues ni siquiera se aporta prueba suficiente que acredite la existencia permanente de los padecimientos de la menor de edad y la pérdida de capacidad laboral del 100% que estos generarían conforme lo afirmado por la parte demandante.

En esta línea, es pertinente señalar que la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC11575-2015 del 05 de mayo de 2015, manifestó:

“(...) El lucro cesante, jurídicamente considerado en relación con la responsabilidad extracontractual, es entonces la privación de una ganancia esperada en razón de la ocurrencia del hecho lesivo, o, en palabras de la Corte, “está constituido por todas las ganancias ciertas que han dejado de percibirse o que se recibirán luego, con el mismo fundamento de hecho” (CSJ SC de 7 de mayo de 1968)”.

De forma complementaria, y en relación con el lucro cesante futuro, mediante sentencia SC16690 de 2016 ha manifestado la misma Corporación que:

“(...) procede la reparación de esta clase de daño en la medida en que obre en autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido (...)”

Como se evidencia en el caso concreto, la parte demandante no ha dado cumplimiento a los parámetros establecidos jurisprudencialmente con el fin de demostrar que el supuesto lucro cesante pues no puede corroborarse y mucho menos suponerse que una menor de edad recién nacida hubiera tenido una posibilidad laboral concreta que permita afirmar que hubiere percibido una cantidad determinada de ingresos. Además, el perjuicio no puede probarse porque cae en el absurdo de solicitar una suma de dinero a partir del absurdo de que una menor de edad habría

recibido ingresos desde el momento mismo de su nacimiento, situación que se verifica en la liquidación del juramento estimatorio el cual fue debidamente objetado pues carece de todo sentido liquidar suma de dinero por unos supuestos ingresos de una recién nacida.

Por otra parte, pero no menos importante, la parte actora no ha aportado dictamen de PCL o documento semejante que resulte idóneo para corroborar el supuesto porcentaje de PCL equivalente al 100% conforme lo afirma en el escrito de la demanda, por lo que dicha pérdida responde a una simple apreciación subjetiva carente de sustento.

De esta forma, es evidente la inexistencia de las pruebas conducentes para probar el supuesto perjuicio siendo imposible reconocerlo pues carece de todo sustento, lo que evidencia que la parte demandante no cumplió la carga impuesta en el artículo 167 del Código General del Proceso y en la jurisprudencia.

Por lo anterior solicito al señor juez declarar probada esta excepción.

10. 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 proscribiera 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 necesarios **en procura de que se restableciera la equidad** (...)”²⁷ (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

²⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. 19 de diciembre de 2012. Exp. 54001-3103-006-1999-00280-01.

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.

EXCEPCIONES FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

11. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Se propone la presente excepción teniendo en cuenta que los hechos objeto del litigio tuvieron lugar el día 26 de septiembre de 2019 durante la atención brindada a la señora Milexis Andreina Díaz por parte del Hospital San Juan de Dios, por lo tanto, desde la fecha señalada empezó a correr el término para interponer las acciones derivadas del contrato de seguro conforme lo señalado por el artículo 1081 del Código de Comercio, encontrando que en el caso concreto el término de la prescripción extraordinaria de 5 años se encuentra configurado pues la parte demandante presentó solicitud de conciliación el día 25 de septiembre de 2019 y la diligencia respectiva tuvo lugar el día 20 de noviembre de 2024, es decir, la parte accionante suspendió el término desde la presentación de la conciliación hasta el día 20 de noviembre de 2024 contando con la posibilidad de presentar la demanda hasta el día 21 de noviembre de 2024, sin embargo, esta solo fue interpuesta hasta el día 22 de noviembre de 2024, es decir, una vez se había cumplido el término prescriptivo de 5 años.

Nuestro estatuto comercial contiene disposiciones especiales que rigen en materia de seguros, de esta manera, el legislador previó un término de prescripción específico para interponer las acciones derivadas del contrato de seguro el cual se encuentra reglado en el artículo 1081 del Código de Comercio, conforme a esta norma, la prescripción puede ser ordinaria o extraordinaria, veamos:

“(…) Artículo 1081. Prescripción de acciones. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguros o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes (...). (Subrayado y negrita fuera del texto original)

De otro lado, el artículo 1131 del C. Co., trae una disposición especial sobre la contabilización del término de prescripción respecto del seguro de responsabilidad civil, por lo tanto, el término prescriptivo de 5 años empezará a correr conforme se señala a continuación:

*(...) ARTÍCULO 1131. CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO E INICIO DE LA PRESCRIPCIÓN. **En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima.***

Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial (...). (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Frente a los términos de prescripción ordinaria y extraordinaria contemplados en la norma en cita, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha manifestado:

*(...) La Corte en anteriores pronunciamientos, precisó que ‘una y otra clase de prescripción ostentan diferente naturaleza, pues en tanto la ordinaria se estructura como subjetiva, la extraordinaria, por el contrario, se muestra netamente objetiva, como quiera que, in toto, se torna refractaria a cualquier consideración de otro tipo. Ello es así, en la medida en que la comentada disposición hizo depender, la primera, del ‘conocimiento’ ‘que el interesado haya tenido o debido tener del hecho que da base a la acción’ **y la segunda, del ‘momento en que nace el respectivo derecho’.** (...)’²⁸ (subrayado y negrita fuera el texto original).*

Rememórese que la Delegatura de la Superintendencia Financiera para Asuntos Jurisdiccionales emitió pronunciamiento frente a la configuración de la prescripción tomando como base la sentencia citada del máximo tribunal de la jurisdicción ordinaria. En este sentido manifestó lo siguiente:

*(...) En este orden, se debe resaltar que al señalar la norma transcrita los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, en el mismo se distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, para la prescripción ordinaria, **y el nacimiento del derecho con independencia de cualquier circunstancia, para la extraordinaria***

²⁸Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez. Sentencia del 4 de abril de 2013.

(...)²⁹. (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Observando las normas en cuestión, se tiene entonces la existencia de un término prescriptivo extraordinario de 5 años contado a partir del momento en que sucede el hecho externo imputable al asegurado por lo que, en el caso concreto, este término deberá contarse desde el momento en que la parte demandante afirma que el hospital San Juan de Dios brindó una mala atención de la cual se deriva la supuesta responsabilidad civil a su cargo.

De esta manera, se tiene que la señora Milexis Andreina Díaz habría sido atendida por la entidad asegurada hasta el día 26 de septiembre de 2019, momento en el cual tuvo parto por cesárea dando a luz a la menor Brianna Nicoll, es a partir de este hecho que el fundamento fáctico de la demanda señala las supuestas falencias del Hospital San Juan de Dios siendo claro que dicha fecha constituye el día en el que ocurrió el hecho externo imputable al asegurado. Ahora bien, el término prescriptivo se contabiliza durante 5 años, por lo que su configuración tendría lugar el día 26 de septiembre de 2024, no obstante, la parte demandante presentó solicitud de conciliación el día 25 de septiembre de 2024, esto es, un día antes de que se cumpla dicho término, y la diligencia de conciliación se celebró el día 20 de noviembre del mencionado año, por lo tanto, el término fue retomado al día siguiente, es decir el día 21 de noviembre de 2024, fecha en la cual se cumplió el último día de los 5 años señalados para interponer la demanda, pese a esto, la radicación de la demanda data del 22 de noviembre de 2024, es decir, un día después de la configuración de la prescripción, luego, es claro que la interposición de la acción en contra de mi procurada es extemporánea al haberse surtido por fuera del límite previsto por el legislador para las acciones derivadas del contrato de seguro.

Conforme a lo anterior, solicito al Despacho declarar la presente excepción ya que los hechos objeto de disputa tuvieron lugar el día 26 de septiembre de 2019 por lo que, conforme a los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, el término prescriptivo de 5 años se empieza a contabilizar inicialmente desde dicha fecha hasta el día 26 de septiembre de 2024. Ahora bien, debido a la solicitud de conciliación presentada un día antes de la configuración de la prescripción, dicho término se suspendió hasta el 20 de noviembre de 2024, por lo que se retomó el día 21 de noviembre del mismo año cumpliéndose en esa fecha el término prescriptivo, no obstante, la parte demandante interpuso la demanda en contra de mi procurada 1 día después de la configuración de la prescripción, esto es, el 22 de noviembre de 2024 reclamando fuera del término previsto por el legislador la supuesta responsabilidad civil y la indemnización que pudiere derivarse de la misma a cargo de mi representada.

²⁹ Delegatura para asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera. Rad. 2022103868-016-000.

12. AUSENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR CUANTO NO SE CUMPLE CON LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA TEMPORAL CLAIMS MADE FRENTE A LA PÓLIZA NO. AA05294

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 mediante la póliza No. AA05294, 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 judiciales o extrajudiciales realizadas al asegurado dentro de la vigencia de la póliza y por hechos ocurridos durante el periodo de la vigencia o de la retroactividad pactada en el seguro, la cual se constata en la carátula de la misma y señala como fecha de esta retroactividad el día 1 de enero de 2016. Sin embargo, el presupuesto de la reclamación dentro de la vigencia de la póliza no se cumple en este caso, puesto que la vigencia de la póliza en mención terminó el día 7 de enero de 2021, y la demanda solo fue interpuesta has el día 22 de noviembre de 2024, inclusive, si se tuviera en cuenta la conciliación extrajudicial cuya solicitud fue efectuada el 25 de septiembre de 2024, se tendría que el requerimiento extrajudicial sucedió por fuera de la vigencia de 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)³⁰.

De esta manera, mi representada a puesto en práctica la prerrogativa de delimitar temporalmente la cobertura de la póliza en cuestión mediante las condiciones generales y particulares de la misma, las cuales deben ser leídas e interpretadas en conjunto con el fin de verificar si se cumplen los presupuestos establecidos en la cláusula relativa a la cobertura temporal ya mencionada.

En primer lugar, se debe tener en cuenta que la cobertura temporal se delimitó en las condiciones generales de la póliza mediante su cláusula No. 7.1. la cual establece el momento en el que debieron ocurrir los hechos y en el cual se debe efectuar la reclamación para entender perfeccionada la condición de este tipo de cobertura, veamos:

7. LIMITES DE LA COBERTURA

7.1 LIMITE TEMPORAL

El presente seguro, no cubre eventos ocurridos antes de la fecha de iniciación de vigencia de la presente póliza, por los que se pueda imputar responsabilidad civil al asegurado, aunque la reclamación por las consecuencias se presente dentro de la vigencia.

Como se observa en este apartado, La Equidad Seguros Generales OC determinó que la cobertura temporal de la póliza se circunscribe a dos condiciones específicas: **i)** que la ocurrencia de los hechos por los cuales pueda imputarse responsabilidad civil al asegurado haya tenido lugar dentro de la vigencia de la póliza, y; **ii)** que la reclamación por los hechos en cuestión se realice durante la vigencia de la póliza.

Ahora bien, haciendo uso de la autonomía de la voluntad, las partes modificaron el primer requisito mediante la inclusión de una cláusula particular reflejada en la carátula de la póliza según la cual la fecha de retroactividad comprende el día 1 de enero del 2016, veamos:

*** MODALIDAD: CLAIMS MADE

RETROACTIVIDAD: DESDE EL 1º. DE ENERO DEL 2016

De esta manera, las partes del contrato de seguro acordaron que la póliza cubriría los hechos ocurridos desde el día 1 de enero del año 2016, por lo que se considera que los hechos objeto del litigio acontecidos el día 26 de septiembre de 2019 se entienden cubiertos.

³⁰ Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

No obstante lo anterior, el segundo requisito relativo al momento en que se efectúa la reclamación se mantuvo incólume, siendo necesario que la reclamación sea presentada durante la vigencia de la póliza. Conforme a lo mencionado, se tiene que la póliza fue prorrogada por última vez cubriendo una vigencia comprendida entre el 7 de enero de 2020 y el 7 de enero de 2021, veamos:

SEGURO														
R.C. PROFESIONAL CLINICAS														
PÓLIZA					FACTURA									
AA005294					AA017414									
														
NIT 860028415														
INFORMACIÓN GENERAL														
DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN	1							
CERTICADO	AA017018	FORMA DE PAGO	Financiación			USUARIO	APORTIZ82							
AGENCIA	FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA	TELEFONO	3174329877			DIRECCIÓN CALLE 23 DN# 5B -05- BIVERSALLES								
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN						
20	01	2020	DESDE	DD	07	MM	01	AAAA	2020	HORA	12:00	09	01	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	07	MM	01	AAAA	2021	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

En contraste con la vigencia de la póliza, la demanda, equivalente al requerimiento judicial exigido por la póliza, fue interpuesta el día 22 de noviembre de 2024, es decir, de forma posterior a la vigencia de la póliza por lo que no se encuentra configurado el presupuesto del momento de presentación del requerimiento, en igual sentido, dicho requisito tampoco se encontraría configurado si se tomare como referencia la conciliación extrajudicial pues la misma fue solicitada el día 25 de septiembre de 2024 es decir, 3 años después de la finalización de la vigencia de la póliza. Lo anterior impide el perfeccionamiento de los presupuestos de la cobertura temporal de la póliza impidiendo el surgimiento de una eventual obligación indemnizatoria a cargo de mi representada ante el hipotético y remoto escenario de que se hallare probada la responsabilidad civil del Hospital San Juan de Dios.

Conforme a lo expuesto, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción, ya que no se encuentran configurados los dos presupuestos exigidos por las condiciones generales y particulares del contrato de seguro relativos al momento de la ocurrencia de los hechos y el momento en el cual se presenta la reclamación. Concretamente frente a este segundo requisito, se observa que el requerimiento debe ser presentado dentro de la vigencia de la póliza, no obstante, la póliza No. AA05294 estuvo vigente hasta el 7 de enero de 2021 y el mismo se efectuó mediante la interposición de la demanda el día 22 de noviembre de 2024, o incluso si se tomare como referencia la solicitud de conciliación extrajudicial, esta fue presentada el día 25 de septiembre de 2024, es decir cuando la vigencia de la póliza ya había concluido. Por lo tanto, el presupuesto de cobertura temporal de la póliza no se entiende materializado impidiendo el surgimiento de la obligación condicional a cargo de mi representada.

13. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC, POR EL INCUMPLIMIENTO DE CARGAS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 1077 DEL C.CO.

Es necesario aclarar que, para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre tanto la realización del riesgo asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva ninguna de las pólizas. Dado que en el presente caso no se demostró la realización del riesgo asegurado, es decir, la responsabilidad civil del asegurado porque, como se dijo antes, no se probó la culpa y el nexo de causalidad entre las conductas del demandado y el daño alegado por el demandante, toda vez que se configura una completa ausencia de medios de prueba que permitan dilucidar la responsabilidad de la institución de salud por la atención brindada en el mes de septiembre de 2019, es claro que no nació obligación de indemnizar por parte del Hospital San Juan de Dios, lo anterior aunado al hecho de que se evidencia una total orfandad probatoria respecto al valor de los perjuicios solicitados, pues no se ha corroborado que aquellos en efecto se hayan causado.

Así entonces, para efectos de solicitudes de indemnización por los riesgos amparados, la carga probatoria gravita sobre la parte demandante. En ese sentido, el artículo 1077 del Código de Comercio, estableció:

“(…) ARTÍCULO 1077.<CARGA DE LA PRUEBA>. *Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso* (…).” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

El cumplimiento de tal carga probatoria respecto de la ocurrencia del siniestro, es fundamental para que se haga exigible la obligación condicional derivada del contrato de seguro, tal como lo ha indicado doctrina sobre el tema:

“(…) Es asunto averiguado que en virtud del negocio aseguraticio, el asegurador contrae una obligación condicional que el artículo 1045 del código de comercio califica como elemento esencial del contrato, cuyo objeto se concreta a pagar la indemnización cuando se realice el riesgo asegurado. Consecuente con esta concepción, el artículo 1054 de dicho estatuto puntualiza que la verificación del riesgo -como suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador- “da origen a la obligación del asegurado” (se resalta), lo que significa que es en ese momento en el que nace la deuda y, al mismo tiempo, se torna exigible (…).”

“(…) Luego la obligación del asegurador nace cuando el riesgo asegurado se

materializa, y cual, si fuera poco, emerge pura y simple.

*Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro, **el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su pérdida.** (...) Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que “el asegurador estará obligado a efectuar el pago...[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077”. Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (...).”*

“(...) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe “efectuar el pago” (C. de CO., art. 1080) (...)”³¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado o beneficiario quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y también deberá demostrar la cuantía de la pérdida. Para el caso en estudio, debe señalarse como primera medida que la parte demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1072 del Código de Comercio. Según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no se constata la realización del riesgo asegurado, por lo que, en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador.

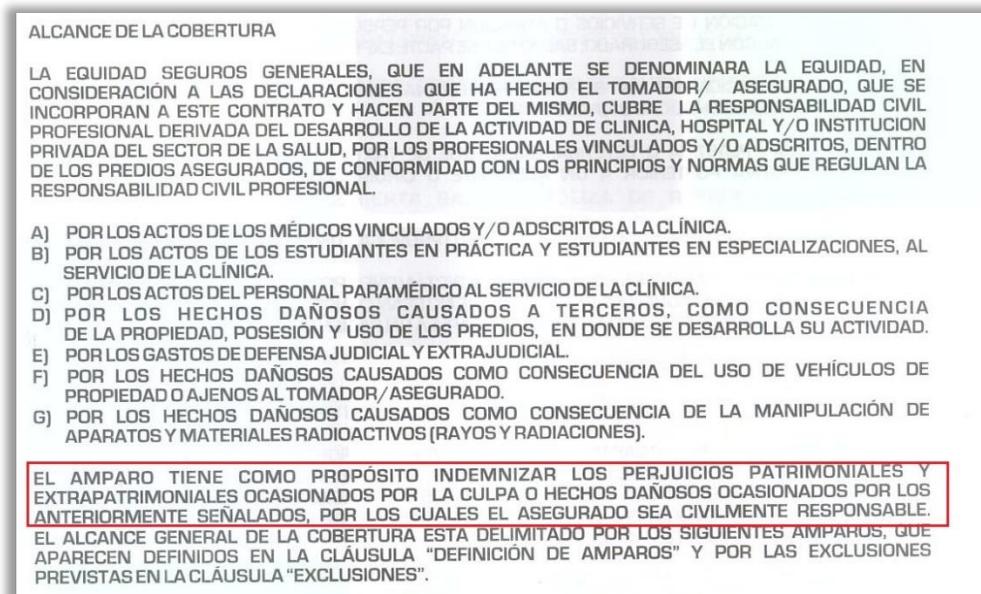
Así pues, al interior del caso de marras, es claro como la parte demandante esta llamada a aportar los medios probatorios que permitan acreditar la estructuración de los elementos propios de la responsabilidad civil médica con el fin de demostrar la ocurrencia del riesgo asegurado contenido en la póliza de responsabilidad civil clínicas, no obstante, la parte demandante soporta sus pretensiones únicamente en apreciaciones subjetivas frente a los controles y el plan de manejo llevado a cabo por los galenos del Hospital San Juan de Dios con ocasión del embarazo de alto riesgo de la señora Milexis Andreina Díaz, y el posterior nacimiento de la menor Brianna Nicoll. En efecto, la demanda adolece de sendas falencias a fin de acreditar lo pretendido por la parte activa toda vez que el cuestionamiento de la atención brindada se fundamenta en las simples afirmaciones contenidas en el escrito petitorio sin que exista prueba documental o de otra índole que explique a

³¹ ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. “Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca, Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos”. Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

nivel técnico y científico el desapego a la *lex artis*, la conducta imperita o negligente que lleve a la configuración de la culpa y a establecer el nexo causal entre la atención brindada por los profesionales de la institución de salud y la lamentable condición de salud de la menor de edad.

- **Frente a la no realización del riesgo:**

En efecto, siendo inexistente la responsabilidad civil en cabeza del asegurado al no existir soporte probatorio alguno de la falla médica, no se realizó el riesgo asegurado en la póliza de responsabilidad civil clínicas contratada con mi representada, de conformidad con el tenor literal de las condiciones generales del negocio asegurativo en la que literalmente se estipuló lo siguiente:



Como podemos apreciar, la póliza de responsabilidad civil clínicas se extiende exclusivamente a cubrir los perjuicios causados en virtud de cualquiera de los actos numerados en la descripción llevados a cabo por médicos vinculados o adscritos a la clínica, por estudiantes que realicen su práctica o su especialización, o por el personal paramédico; lo anterior una vez acreditada la responsabilidad civil del Hospital San Juan de Dios, sin embargo, al no encontrar prueba alguna de su existencia, no se cumple el primer requisito exigido en el artículo 1077 del Código de Comercio relativo a la acreditación del siniestro impidiendo el surgimiento de la obligación condicional a cargo de la aseguradora.

Lo anterior, debido a que no hay ningún tipo de evidencia en el plenario que dé cuenta que el retraso mental, la deformidad física, la encefalopatía, la microcefalia y las convulsiones que supuestamente sufrirá la menor de forma permanente, guardan relación con una mala praxis desplegada por el personal médico del asegurado, e incluso, ni siquiera hay prueba alguna que dé cuenta de la existencia de la supuesta mala praxis, al contrario, al apreciar la historia clínica aportada con la demanda, se verifica que los controles del embarazo de la señora Milexis Andreina Diaz fueron

recurrentes y tomaron nota detallada de las preocupaciones de la demandante frente a los síntomas que presentaba procediendo de esta forma a realizar la ecografía y demás exámenes pertinentes en los que se constataba que su hija menor no presentaba ningún problema previo a su nacimiento. Igualmente, al momento de proceder con la inducción al parto sin resultado positivo, los galenos del hospital proceden a efectuar el procedimiento de cesárea en el momento propicio para garantizar el correcto parto de la menor Brianna Nicoll y ante el hecho de que la menor presentara convulsiones, procedieron a aplicarle el medicamento fenobarbital que precisamente es indicado para este tipo de situaciones, remitiendo posteriormente a Brianna Nicoll a la UCI de neonatología donde recibió las terapias respiratorias y el control médico apropiado para su condición de salud. Todo lo anterior garantizando por parte de la institución de salud que en cada momento de la atención brindada, tanto la madre como la hija contarán con el acompañamiento de los profesionales idóneos.

- **Frente a la falta de prueba de la cuantía de la pérdida:**

Corolario de lo expuesto es que la parte demandante no demostró la responsabilidad civil médica en cabeza de asegurado al no haber aportado las pruebas idóneas que den cuenta de la supuesta falla en la atención médica, por lo tanto, tampoco acreditó la ocurrencia del siniestro, es decir, del riesgo asegurado en la póliza de RC, siendo improcedente su afectación.

De otro lado, en lo que atañe a la cuantía de la pérdida, la misma no se encuentra acreditada debido a que:

- i) El valor solicitado por concepto de perjuicios morales resulta arbitrario teniendo en cuenta que frente a los padres se pretende en un inicio el reconocimiento de 200 SMLMV para cada uno de ellos, posteriormente, se solicita nuevamente el reconocimiento del perjuicio moral a favor de los padres con ocasión del supuesto daño a la pérdida de oportunidad ocasionado a la menor de edad, además, se solicita el reconocimiento de 200 SMLMV a favor de Brianna Nicoll y de 100 SMLMV a favor de cada una de sus abuelas y de su hermana, dichas solicitudes desconocen totalmente los límites reconocidos por la Corte Suprema de Justicia frente al perjuicio del daño moral los cuales no superan los \$60.000.000, cifra que además solo se concede a los familiares más cercanos de la víctima en caso del fallecimiento de esta. A lo mencionado debe añadirse la aclara improcedencia de la petición respecto del perjuicio moral a favor de los padres de la menor, pues no solo excede los límites establecidos por la jurisprudencia, sino que busca obtener un doble resarcimiento a partir de los hechos de la demanda y de la supuesta pérdida de oportunidad, la cual también sería generada por los mismos hechos objeto de controversia, siendo tal solicitud abiertamente improcedente;
- ii) El daño a la salud solicitado a favor de Brianna Nicoll corresponde a una tipología de

- perjuicio extrapatrimonial no reconocida por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, por lo tanto, no puede tenerse acreditada la cuantía de la pérdida comprendiendo dicho perjuicio cuando esta pretensión gira en torno a una tipología que ni siquiera es reconocida por la ley y la jurisprudencia en materia civil;
- iii) Tampoco se acreditó el daño a la pérdida de oportunidad solicitado en la demanda, ya que la parte demandante no especificó ni probó en qué consiste la pérdida de oportunidad supuestamente generada a partir de la atención brindada por el personal del Hospital San Juan de Dios, es decir, se solicita dicho perjuicio sin que exista soporte probatorio de que los hechos ocurridos en septiembre de 2019 hayan privado efectivamente a la menor de edad de la obtención de una ventaja o de acceso a una oportunidad real y palpable que se concrete en una circunstancia específica, por el contrario, esta solicitud se realiza de manera genérica tomando como base las mismas consecuencias que podrían dar resultado a la causación de otro tipo de perjuicios reclamados, resultando totalmente improcedente;
- iv) Por otra parte, no se acredita la cuantía frente a los bienes constitucionalmente protegidos, pues la parte demandante pretende el reconocimiento de este tipo de perjuicio como si su reconocimiento por parte de la Corte Suprema de Justicia hubiere referido la vulneración a cualquier derecho fundamental referido en la carta política, sin embargo, tal perjuicio comprende derechos constitucionales específicos entre los cuales no se encuentra el libre desarrollo de la personalidad, derecho sobre el cual se fundamenta la pretensión;
- v) El daño emergente no se encuentra acreditado pues la contraparte no allega ninguna factura, recibo, extracto bancario ni documento idóneo que dé cuenta de los gastos en los que incurrió con ocasión de los hechos que tuvieron lugar en el mes de septiembre del año 2019, añadiendo en todo caso que la atención brindada se dio en el entendido de que se trataba de una paciente del régimen subsidiado adquiriendo servicios comprendidos en el POS (plan obligatorio de salud), luego, resulta contradictorio que se solicite el valor de \$10.000.000 por este concepto cuando los gastos médicos corrieron por cuenta de su EPS.
- vi) Ahora bien, el lucro cesante solicitado resulta totalmente injustificado en la medida en que: al tratarse de una menor de edad no puede presumirse la posibilidad de laborar que habría tenido en el futuro con el único propósito de garantizar la obtención del resarcimiento por este perjuicio; la parte demandante solicita el reconocimiento del mismo incluso desde la ocurrencia de los hechos lo cual resulta abiertamente improcedente pues equivaldría a suponer que Brianna Nicoll trabajaría para percibir ingresos desde el momento mismo de su nacimiento; en todo caso, dicho perjuicio no se

encuentra acreditado pues ni siquiera se aporta prueba suficiente que acredite la existencia permanente de los padecimientos de la menor de edad y la pérdida de capacidad laboral del 100% que estos generarían conforme lo afirmado por la parte demandante.

En conclusión, para el caso en estudio debe señalarse: i) que la póliza de responsabilidad civil clínicas no podrá ser afectada por cuanto la parte actora no demostró la realización del riesgo asegurado, pues no se ha presentado un evento en el cual haya sido declarada la responsabilidad civil del asegurado, y; (ii) la parte actora no acreditó en forma alguna la cuantía de la pérdida, siendo este el segundo requisito indispensable para la procedencia de la afectación de la póliza. De esa forma, como se incumplieron las cargas de que trata el artículo 1077 del Código de Comercio, es claro que no ha nacido la obligación condicional del asegurador.

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

14. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS 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, 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 (...)*³² (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 se busca sean reconocidas por el actor del presente pleito están indebidamente cuantificadas, no sólo por la orfandad probatoria con la que se pretenden demostrar, o por la falta de reconocimiento que tienen desde la misma jurisprudencia, 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 los conceptos de daño moral, daño a la salud, pérdida de oportunidad, afectación a bienes constitucionalmente protegidos, daño emergente y lucro cesante, 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.

15. CONFIGURACIÓN DE LA EXCLUSIÓN DE DAÑO GENÉTICO Y OTRAS EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA DE SEGURO NO. AA073773

Por medio de la presente se solicita al Despacho que, habida cuenta de que el padecimiento de la menor Brianna Nicoll obedece a una situación congénita, en caso de considerar que se encuentra

³² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065.

configurado el siniestro y acreditada la cuantía de la pérdida, proceda a exonerar a mi representada de cualquier tipo de responsabilidad u obligación en consideración a que de forma expresa se pactó como exclusión del contrato de seguro las reclamaciones por daños genéticos. Igualmente, en caso de que en el curso del proceso se configure alguna otra exclusión contemplada en las condiciones particulares o generales del contrato de seguro No. AA073773, la declare probada, por cuanto hizo parte del negocio contractual que celebraron las partes.

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

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la póliza de seguro No. AA073773 en sus condiciones generales señala una serie de exclusiones, y de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada.

Concretamente, al verificar las exclusiones descritas desde la primera página de las condiciones generales de la póliza, se observa que se excluye de la cobertura cualquier reclamación asociada a daños genéticos, veamos:

1. DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MEDICA U ODONTOLÓGICA, CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA.
2. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3. RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACIÓN DE TÉCNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIENCIA MEDICA
4. POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS O ATENCIÓN POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO; SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.
5. POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.
6. POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
7. POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.
8. POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO O LA TERAPIA A UN PACIENTE.
9. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.
10. RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.

En este sentido resulta evidente que la parte demandante pretende la obtención de una indemnización debido a los padecimientos de la menor consistentes en retraso mental permanente y deformidad física de carácter permanente, encefalopatía, microcefalia y convulsiones recurrentes, los cuales tal y como le fue mencionado por los galenos que atendieron el parto y la condición de salud de Brianna Nicoll, son congénitos lo que permite deducir que tienen origen en una afección genética propia de la menor de edad, no atribuible en ninguna medida a los procedimientos y tratamientos dados a la paciente y a su hija, por lo tanto, es clara la configuración de la exclusión invocada.

Por otra parte, las condiciones generales y la carátula de la póliza contienen un listado de exclusiones que deberá ser analizado en la oportunidad procesal pertinente por el Juzgado con el fin de verificar su configuración conforme a las pruebas oportunamente remitidas al proceso, exonerando a mi prohijada de cualquier tipo de responsabilidad en caso de hallar probadas una o más exclusiones.

En conclusión, al ser clara la configuración de la exclusión de reclamaciones por daños genéticos, y ante la posible configuración de cualquier otra exclusión contemplada en el condicionado general y particular de la póliza No. AA073773, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador, por cuanto el Juez no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

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

16. 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 No. AA073773 vigente al momento de la presentación de la demanda y, por lo tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado. A lo anterior debe añadirse que, si el Juzgado llegare a considerar que la póliza No. AA005294 es susceptible de afectarse pese a las claras consideraciones de carácter jurídico anteriormente efectuadas según las cuales la póliza no presta cobertura temporal, entonces también será necesario que, ante una hipotética e improbable sentencia adversa a los intereses de mi procurada, se tengan en cuenta las condiciones particulares la suma asegurada, el deducible y las exclusiones pactadas respecto de esta.

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 (...)*³³.

Conforme a lo mencionado, debe considerarse que las dos pólizas vinculadas al presente proceso refieren en su respectiva carátula el límite asegurado, por lo cual dichos aspectos deberán ser tenido en cuenta por el Despacho. Ahora bien, con el fin de verificar las condiciones pactadas en cada una de las pólizas vinculadas al proceso se efectuará un subcapítulo para cada una de ellas:

- **Límite del valor asegurado en la póliza No. AA073773**

Conforme a lo comentado, las condiciones estipuladas en la póliza No. No. AA073773, expedida por La Equidad Seguros Generales OC, indicarán el límite de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra. Tales condiciones fueron establecidas así:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Predios Labores y Operaciones	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Cobertura Automática de Nuevos Equipos	Si	.00%		\$.00
Cobertura Automática de Nuevos Predios	Si	.00%		\$.00

Siendo las cosas de ese modo, si en gracia de discusión naciera obligación indemnizatoria a cargo de mi representada y con la afectación de la póliza en mención, esta no podrá exceder el límite del valor asegurado el cual asciende a \$1.000.000.000, descontando previamente el valor del deducible el cual equivale al 20% de la pérdida sin que dicho valor pueda ser inferior a \$20.000.000 m/cte, porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a la aseguradora a asumir el riesgo asegurado.

- **Límite asegurado en la póliza No. AA005294**

Por otra parte, en el caso remoto de que llegare a considerarse que la póliza No. AA005294 presta cobertura en el presente litigio, pese a las consideraciones de orden jurídico establecidas en las excepciones precedentes, debe tenerse en cuenta que dicha póliza determinó en su carátula un

³³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MP. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

límite al valor asegurado y un deducible conforme se verifica a continuación:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Precios Labores y Operaciones	Si	10.00%		\$0.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00

De esta forma, si en gracia de discusión naciera obligación indemnizatoria a cargo de mi representada y con la afectación de la póliza en mención, esta no podrá exceder el límite del valor asegurado el cual asciende a \$1.000.000.000, descontando previamente el valor del deducible el cual equivale al 10% de la pérdida sin que dicho valor pueda ser inferior a 1 SMLMV, es decir, \$1.423.500 m/cte, 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.

17. 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 que la póliza No. AA073773 estableció un deducible del 20% del valor de la pérdida, o mínimo \$20.000.000 m/cte. Por otra parte, pese a que la póliza No. AA005294 no es susceptible de afectarse, resulta pertinente señalar que esta estableció un deducible equivalente al 10% de la pérdida, o mínimo 1 SMLMV equivalente a \$1.423.500.

Conforme a lo mencionado, debe decirse que la prerrogativa de pactar un deducible en el contrato de seguro se encuentra establecida en el Código de Comercio, e igualmente ha sido desarrollada jurisprudencialmente. Así pues, en un inicio se tiene que el estatuto comercial hizo referencia a dicha figura reglada por el artículo 1103, el cual señala:

“ARTÍCULO 1103. DEDUCIBLE. Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original.”

Ahora bien, como se mencionó anticipadamente, dicha figura no solo se encuentra reglamentada por la ley, sino que ha sido objeto de desarrollo jurisprudencial permitiendo entender su alcance y aplicación. 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”**³⁴ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Conforme a lo manifestado, el contrato de seguro instrumentalizado mediante las diferentes pólizas vinculadas al proceso ha hecho uso de dicha figura delimitando de forma clara sus límites como se mencionará a continuación. De esta manera, para explicar de forma detallada el deducible a tener en cuenta, se hará referencia a cada una de las pólizas en diferentes subcapítulos.

- **Deducible de la póliza No. AA073773**

³⁴ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

Respecto de la póliza en mención, se puede verificar que en la carátula vigente al momento de la presentación de la demanda se pactó un deducible equivalente al 20% del valor de la pérdida y mínimo \$20.000.000 m/cte como se observa a continuación:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Predios Labores y Operaciones	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Cobertura Automática de Nuevos Equipos	Si	.00%		\$.00
Cobertura Automática de Nuevos Predios	Si	.00%		\$.00

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro, es de suma importancia que el Juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde a 20% del valor de la pérdida o mínimo \$20.000.000 m/cte, pues este concepto en virtud del contrato de seguro y de la jurisprudencia desarrollada en la materia debe ser reconocido única y exclusivamente por el asegurado. Lo anterior, como consta en la carátula de la póliza de seguro No. AA073773, la cual se encontraba vigente al momento de la reclamación judicial.

- **Deducible de la póliza No. AA005294**

Respecto de la póliza mencionada, debe mencionarse que la misma no es susceptible de afectarse en el presente caso atendiendo a la falta de cobertura temporal de la misma conforme se ha explicado en el presente escrito, no obstante, si el Despacho llegare a considerar que la misma debe afectarse para proceder con el pago de una indemnización ante el improbable escenario de una condena en contra de mi representada, será necesario que la misma se ajuste al deducible pactado que se muestra a continuación:

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO				
DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	10.00%	1.00 smmiv	\$.00
Predios Labores y Operaciones	Si	10.00%	1.00 smmiv	\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmiv	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmiv	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmiv	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmiv	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmiv	\$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmiv	\$.00

De esta manera, ante una hipotética sentencia adversa, el Juzgado deberá restar a la condena respectiva el 10% de la misma, sin que en ningún caso dicho porcentaje pueda ser menor a 1 SMLMV, es decir, \$1423.500 m/cte. Este deducible se restará de la hipotética condena en contra

de la aseguradora ya que el mismo, conforme al desarrollo legal y jurisprudencial, debe ser asumido únicamente por el asegurado.

Teniendo en cuenta que las dos pólizas vinculadas al presente proceso fijaron el valor de un deducible determinado en sus respectivas carátulas, se solicita al Despacho que, en caso de una hipotética condena, se proceda a tener en cuenta el mismo restándolo de la suma indemnizatoria a cargo de mi representada toda vez que dicho concepto debe ser asumido exclusivamente por el asegurado.

18. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICAN LAS PÓLIZAS No. AA073773 Y No. AA005294, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS

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

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de la demandante contra mi representada, La Equidad Seguros Generales O. C., en ejercicio de la acción de reclamación directa de la víctima contra la aseguradora, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro, que para el presente caso fue instrumentalizado mediante dos pólizas claramente diferenciadas: la primera de ellas denominada póliza de seguro RC profesional clínicas No. AA073773, y la segunda denominada póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA005294, en las cuales se encuentran contenidas las condiciones particulares de cada una de las pólizas, e igualmente, sus condiciones generales.

19. 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.

20. 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 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 presupuestos de la responsabilidad civil médica y, aún si se hallaren probados, 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 asegurada 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.

21. 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, según el cual el Juez debe reconocer de manera oficiosa en su sentencia aquellas excepciones que se demuestren durante el desarrollo del proceso, ya sea su origen legal o de carácter contractual conforme a las pólizas por medio de las cuales se vinculó a mi representada de manera directa, excepciones que incluyen, sin limitarse, la caducidad y la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

V. 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. RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS POR LA PARTE DEMANDANTE

El artículo 262 del Código General del Proceso faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar que esta disposición establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo: "(...) Artículo 262. Documentos declarativos emanados de terceros. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar

su contenido, salvo que la parte contraria solicite su ratificación (...)” Entonces, cabe resaltar que Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo; y en tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras esta no solicite y obtenga su ratificación, y entre ellos, de manera enunciativa enumero el siguiente:

- Copia de los resultados de laboratorio frente al examen de genética.

C. CONTRADICCIÓN AL DICTAMEN PERICIAL DE PRUEBA GENÉTICA

Es necesario señalar, en primera medida, que la solicitud del decreto del dictamen pericial consistente en los resultados de la prueba genética practicada a Brianna Nicoll no puede ser decretada por el Juzgado teniendo en cuenta que la misma no cumple los requisitos establecidos en el artículo 226 del Código General del Proceso. De esta forma, debe tenerse en cuenta que la mencionada norma refiere sobre la prueba pericial:

“ARTÍCULO 226. PROCEDENCIA. La prueba pericial es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos.

(...)

El perito deberá manifestar bajo juramento que se entiende prestado por la firma del dictamen que su opinión es independiente y corresponde a su real convicción profesional. El dictamen deberá acompañarse de los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten la idoneidad y la experiencia del perito.

Todo dictamen debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado; en él se explicarán los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de sus conclusiones.

El dictamen suscrito por el perito deberá contener, como mínimo, las siguientes declaraciones e informaciones:

1. *La identidad de quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración.*
2. *La dirección, el número de teléfono, número de identificación y los demás datos que faciliten la localización del perito.*

3. *La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística.*
4. *La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere.*
5. *La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen.*
6. *Si ha sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, indicando el objeto del dictamen.*
7. *Si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo [50](#), en lo pertinente.*
8. *Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.*
9. *Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.*
10. *Relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen.”*

Conforme a lo señalado, solo podrá considerarse dictamen pericial a aquella prueba que cumpla de forma simultánea con los diferentes requisitos referidos, no obstante, la parte demandante pretende que se tenga por prueba pericial los resultados de un examen de genética que no se encuentran

acompañados de la más mínima información o anexos desconociendo de manera flagrante los requisitos establecidos por el legislador para este medio de convencimiento, lo cual trae como consecuencia la negativa de decretar dicha prueba y, en igual medida, la imposibilidad de citar como perito al genetista José María Satizabal Soto pues no elaboró examen pericial alguno.

Por otra parte, sin ánimo de desvirtuar la imposibilidad de decretar la prueba bajo estudio, en caso de que el Despacho la encontrare procedente, solicito comedidamente la contradicción de la prueba mediante la citación del genetista José María Satizabal Soto, ya que, conforme a lo establecido en el artículo 228 del Código General del Proceso: “(...) *La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá solicitar la comparecencia del perito a la audiencia, aportar otro o realizar ambas actuaciones (...)*”, de esta manera, debe considerarse que dicha prueba se aduce contra mi representada pues mediante esta se busca comprobar la existencia de la falla médica que dé vía libre a la concesión de las pretensiones adversas al asegurado y a la compañía aseguradora, por lo tanto, la presente petición resulta procedente.

VI. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC

A. DOCUMENTALES

-Carátula de las pólizas No. AA005294 y AA0037773.

-Condiciones generales aplicables a las mencionadas pólizas.

B. INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su Despacho a las siguientes personas con el fin de que rindan el interrogatorio de parte que en audiencia pública les formularé de manera verbal o mediante formulario escrito frente a los hechos de la demanda:

1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **ADALGISA ALBAN FATIMA** en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **ADALGISA ALBÁN FÁTIMA** podrá ser notificada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **VICTOR HUGO BELALCAZAR ALBAN** en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor

Victor Hugo Belalcazar Alban podrá ser notificado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MAURY AMADA RADA ROJAS** en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. la señora Maury Amada Rada Rojas podrá ser notificada en la dirección de notificación relacionada en la demanda
4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MILEXIS ANDREINA DIAZ RADA** en su calidad de demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. la señora Milexis Andreina Diaz Rada podrá ser notificada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al **REPRESENTANTE LEGAL** del Hospital San Juan de Dios en su calidad de demandado, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de las contestaciones, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser notificado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

C. 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 **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC**, para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda y las excepciones formuladas. El representante legal podrá ser citado en la dirección de correo electrónica: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

A. TESTIMONIALES

- Respetuosamente me permito solicitar decretar el testimonio del médico especialista en pediatría, el Dr. **SMITH CARRILLO BAQUERO**, con registro médico No. 47794-95, quien tiene domicilio en la ciudad de Cali, y puede ser citado en la Carrera 4 Nro. 17 – 67 Comuna 3, o en la dirección electrónica juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre la atención brindada a la menor Brianna Nicoll y a su madre

durante su estadía en el Hospital San Juan de Dios, y en general, sobre los hechos referidos en la demanda y las contestaciones allegadas al proceso.

- Respetuosamente me permito solicitar decretar el testimonio de la médica especialista en ginecología, la Dra. **MARÍA ADELAIDA VÉLEZ**, con registro médico No. 5067905, quien tiene domicilio en la ciudad de Cali, y puede ser citada en la Carrera 4 Nro. 17 – 67 Comuna 3, o en la dirección electrónica juridico@hospitaldesanjuanededios.org.co cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre la atención brindada a la señora Milexis Andreina Díaz y a su hija durante sus controles y estadía en el Hospital San Juan de Dios, y en general, sobre los hechos referidos en la demanda y las contestaciones allegadas al proceso.
- 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.

VII. ANEXOS

1. Poder general otorgado a **G HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.** para representar a la compañía aseguradora en el presente trámite.
2. Certificado de existencia y representación legal de **G HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**
3. Certificado de existencia y representación legal de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.**
4. Las demás relacionadas en el acápite de pruebas.

VIII. NOTIFICACIONES

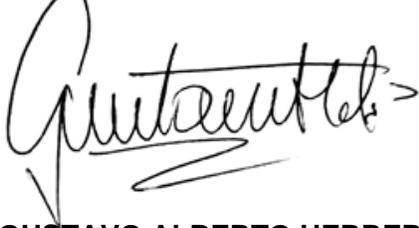
La parte demandante, en el lugar indicado en el escrito de demanda. El llamante en garantía en el escrito allegado.

Por mi representada La Equidad Seguros Generales OC, recibirán notificaciones en la Cr 9 A # 99

- 07 Torre 3 Piso 14 de la ciudad de Bogotá DC, y al correo electrónico:
notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop.

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.