

Señores:

JUZGADO CATORCE (14) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

J14cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA.
DEMANDANTE: MARÍA DORIS SUAREZ VELASCO Y OTROS.
DEMANDADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A. Y OTROS.
LLAMADO EN GARANTÍA: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. Y OTROS.
RADICACIÓN: 76001-3103-007-2024-00043-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

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, con dirección de notificaciones en notificaciones@gha.com.co en mi calidad de apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, sociedad anónima domiciliada en Medellín, con NIT 890.903.407-9, quien puede ser notificada en el correo electrónico notificacionesjudiciales@suramericana.com.co, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legalmente establecido, manifiesto comedidamente que procedo, en primer lugar, a presentar **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** formulada por la señora María Doris Suarez Velasco y otros, en segundo lugar, **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por SOS EPS la sociedad NSDR S.A.S., y en tercer lugar, presento **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la sociedad NSDR S.A.S.-Clínica Nuestra, en contra de mi mandante, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

OPORTUNIDAD

Se precisa que el llamamiento en garantía se descurre dentro de término teniendo en cuenta la contabilización del mismo conforme a lo establecido en la Ley 2213 de 2022. Así, al artículo 8 de la mencionada norma:

“(…) Las notificaciones que deban hacerse personalmente también podrán efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación (…) La

notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a contarse cuándo el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje (...)" (subrayado fuera del texto original).

Aplicando la norma al caso concreto, se tiene que el mensaje de datos de notificación personal fue remitido al correo electrónico de notificaciones de la compañía aseguradora el día 3 de abril de 2025, entendiéndose de esta forma que la notificación personal se tuvo por surtida al finalizar el día lunes 7 de abril, por lo tanto, el término de traslado de 20 días se contabiliza desde el día hábil siguiente, esto es, el martes 8 de abril y se suspende durante la duración de la semana santa comprendida entre los días 14 al 18 de abril, para retomar su contabilización el día 21 del mencionado mes, de esta forma, **el término de traslado finaliza el día 13 de mayo de 2025.**

Por lo anterior, es claro que la presente contestación se radica dentro del término contemplado por la ley.

CUESTIÓN PRELIMINAR

Con el fin de ilustrar de mejor forma la contestación, el presente escrito se dividirá en tres capítulos principales: el primero de ellos, dirigido a contestar la demanda interpuesta por la señora María Doris Suarez Velasco; el segundo capítulo, se enfocará en contestar el llamamiento en garantía formulado por SOS EPS a la sociedad NSDR S.A.S., y por último se contestará el llamamiento realizado por la sociedad en mención a mi representada SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

CAPÍTULO I: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO PRIMERO: Este hecho contiene diferentes afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- A mi representada no le consta de manera directa lo afirmado en este hecho, sin embargo, en los registros civiles aportados con la demanda puede verificarse la filiación entre los demandantes.
- A mi representada no le consta de manera directa las condiciones en las que el hogar de los

demandantes se encuentra conformado por ser un hecho ajeno al giro ordinario de sus negocios, por lo cual deberá probarse conforme a lo establecido en el artículo 167 del CGP.

- A mi representada no le consta de manera directa que la señora Nureidy Sánchez Suarez contrajo matrimonio con el señor Eymar Humberto Zuleta Gómez, sin embargo, puede observarse dicha circunstancia en la anotación efectuada en el registro civil de nacimiento aportado con la demanda.
- A mi representada no le consta de manera directa la integración del señor Eymar “como un hijo más”, por tratarse de una situación ajena al giro ordinario de sus negocios, por lo cual deberá probarse conforme a lo establecido en el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Este hecho contiene varias afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- A mi representada no le consta de manera directa que la paciente estuviera afiliada desde el 25 de abril del año 2016 a S.OS. EPS, ya que no es del resorte de su objeto social, por lo que deberá acreditarlo la parte demandante conforme a lo dispuesto en el artículo 167 del CGP.
- A mi representada no le consta de manera directa las diferentes atenciones brindadas a la paciente en las distintas entidades de salud desde el año 2016, por lo que deberá acreditarlo la parte demandante conforme a lo dispuesto en el artículo 167 del CGP. No obstante, se aclara que en la historia clínica aportada con la demanda se observa la atención brindada por Clínica Nuestra en el año 2018, evidenciando la diligencia y pericia desplegada por el personal de salud el cual se apegó a la *lex artis* para el estudio, diagnóstico y tratamiento de los padecimientos que tenía la paciente en aquel entonces ordenando de forma acertada y oportuna exámenes como el uroanálisis y la gamagrafía para confirmar de esta forma la nefrolitotomía, ordenando la misma y clasificándola como prioritaria. Así, es claro que el supuesto daño alegado en la demanda no es imputable a la asegurada.
- A mi representada no le consta de manera directa que la contraparte haya acudido a la veeduría y a la Superintendencia de Salud por la supuesta demora en la atención brindada, por lo que deberá acreditarlo la parte demandante conforme a lo dispuesto en el artículo 167 del CGP.
- La afirmación de la falta de respeto a la dignidad humana de la demandante es una apreciación subjetiva y no un hecho susceptible de verificación.

FRENTE AL HECHO TERCERO: No corresponde a un hecho, sino a una mera transcripción de lo que parecen ser extractos de la historia clínica de la demandante relativos a diferentes atenciones

prestadas. Sin embargo, a mi representada no le consta las atenciones brindadas por lo que deberán ser probadas conforme al artículo 167 del CGP, aclarando que en la historia clínica del año 2018 se observa la oportuna valoración y diagnóstico efectuado por Clínica Nuestra mediante la orden y práctica de exámenes pertinentes y la determinación de la necesidad de extracción del riñón, dando la orden prioritaria del caso.

FRENTE AL HECHO CUARTO: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado pues hace referencia al trámite y decisión de una acción de tutela aparentemente presentada por la demandante en contra de terceros, aclarando que ni siquiera se observa que la asegurada haya formado parte del mismo, por lo tanto, la parte demandante deberá probar lo aquí manifestado conforme a lo establecido en el artículo 167 del CGP.

FRENTE AL HECHO “6” (el cual debería corresponder al hecho quinto continuando de forma lógica la numeración de la demanda): 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. Sin embargo, es pertinente mencionar que este hecho hace referencia a la cirugía para extraer el riñón derecho de la accionante, procedimiento en el que no tuvo ninguna injerencia la Clínica Nuestra como se puede evidenciar incluso de la misma historia clínica aportada por la contraparte.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil de SOS EPS en tanto dicha declaratoria resulte adversa a los intereses de mi representada. Adicionalmente, se manifiesta que la eventual declaratoria de responsabilidad en contra de la entidad prestadora de salud no tiene la vocación de incidir en la responsabilidad que dicha EPS pretende se resuelva frente a Clínica Nuestra mediante el llamamiento en garantía que le efectuó, pues como se evidencia en el proceso, la IPS en mención actuó de forma oportuna y diligente en la atención prestada a la señora María Doris Suarez Velasco ordenando los exámenes de rigor y determinando el diagnóstico del caso conforme a la *lex artis* y denotando en dicho proceder la aplicación de la pericia del personal de salud, el cual incluso ordenó de forma prioritaria la extracción del cálculo renal de la paciente. En efecto, son estas las conductas que demuestran el debido actuar de la asegurada, no siendo extensible a ella la pretensión de declaratoria de responsabilidad por situaciones administrativas como lo expresa la pretensión, pues los trámites sobre autorizaciones son competencia exclusiva de la entidad prestadora del servicio de salud.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a la condena solicitada en contra de SOS EPS en tanto dicha condena resulte adversa a los intereses de mi representada. Además, la pretensión aquí elevada resulta claramente improcedente conforme se procederá a explicar

respecto de cada uno de los daños reclamados:

Daño Moral: ME OPONGO a que el Juzgado proceda a emitir condena por este concepto toda vez que el valor solicitado por concepto de perjuicios morales resulta arbitrario teniendo en cuenta que, frente a la paciente, su esposo y sus hijos se pretende en un inicio el reconocimiento de 100 SMLMV para cada uno de ellos, adicionalmente, se pretende el reconocimiento de 50 SMLMV a favor del supuesto yerno de la paciente. Dichas solicitudes desconocen totalmente los límites reconocidos por la Corte Suprema de Justicia frente al perjuicio del daño moral los cuales son de 100 SMLMV y se reconocen únicamente a los familiares más cercanos de la víctima de caso de fallecimiento de esta. 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.

Daño a la vida de relación: ME OPONGO a que el Juzgado proceda a emitir condena por este concepto toda vez en el caso concreto se pretende su causación con fundamento en un accionar de las entidades de salud que no guarda un nexo causal con el supuesto daño generado. Ahora bien, no puede perderse de vista que la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC 072 de 2025 estableció como límite de este perjuicio el de 200 SMLMV el cual solo procede en las circunstancias más graves y grandes alteraciones a las condiciones de existencia, no obstante, en el caso concreto resulta claramente excesivo pedir incluso la suma de 100 SMLMV pues si bien no excede el límite mencionado, no existe prueba alguna que permita considerar el origen de este daño en el accionar de las entidades de salud y, mucho menos, existe sustento alguno de las supuestas alteraciones de existencia y la gravedad de las mismas, por lo que la petición de este perjuicio resulta claramente arbitraria y denota el ánimo de enriquecimiento de la parte.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “3”: ME OPONGO a esta pretensión teniendo en cuenta que es consecuencial de las anteriores.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN LLAMÓ EN GARANTÍA A LA SOCIEDAD NSDR SAS –CLINICA NUESTRA

Por medio de la presente manifiesto que coadyuvo las excepciones propuestas por SOS EPS en lo que resulten favorables a los intereses de mi representada y las que se refieren a continuación.

2. CULPA EXCLUSIVA DE LA PARTE DEMADANTE AL DESAFIAR EL CONCEPTO DE LOS MÉDICOS TRATANTES

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que la demandante María Doris Suarez Velasco manifestó por su propia voluntad el deseo de no realizarse el tratamiento quirúrgico sugerido por el médico tratante, situación que lleva a la configuración de un eximente de responsabilidad denominado culpa exclusiva de la víctima, el cual conlleva a su vez a la imposibilidad de endilgar culpa alguna a la EPS accionada y, en igual sentido, impide la existencia del nexo causal entre la conducta desplegada por la accionada y el supuesto daño generado a la demandante impidiendo de esta forma que pueda estructurarse la responsabilidad perseguida.

La Corte Suprema de Justicia ha indicado con claridad que cuando la conducta imprudente de la víctima fue suficiente para causar el daño, debe liberarse de toda responsabilidad al extremo pasivo de la litis así:

“(…) La culpa exclusiva de la víctima, como factor eximente de responsabilidad civil, ha sido entendida como la conducta imprudente o negligente del sujeto damnificado, que por sí sola resultó suficiente para causar el daño. Tal proceder u omisión exime de responsabilidad si se constituye en la única causa generadora del perjuicio sufrido, pues de lo contrario solo autoriza una reducción de la indemnización, en la forma y términos previstos en el artículo 2357 del Código Civil.

(…) Preciado lo anterior, se debe mencionar que la doctrina es pacífica en señalar que para el comportamiento del perjudicado tenga influencia en la determinación de la obligación reparatoria, es indispensable que tal conducta incida causalmente en la producción del daño y que dicho comportamiento no sea imputable al propio demandado en cuanto que él ya haya provocado esa reacción en la víctima. Sobre lo que existe un mayor debate doctrinal es si se requiere que la conducta del perjudicado sea constitutiva de culpa, en sentido estricto, o si lo que se exige es el simple aporte causal de su actuación independientemente de que se pueda realizar un juicio de reproche sobre ella.

*(…) En todo caso, así se utilice la expresión “culpa de la víctima” para designar el fenómeno en cuestión, en el análisis que al respecto se realice no se deben utilizar, de manera absoluta o indiscriminada, los criterios correspondientes al concepto técnico de culpa, entendida como presupuesto de la responsabilidad civil en la que el factor de imputación es de carácter subjetivo, en la medida en que dicho elemento implica la infracción de deberes de prudencia y diligencia asumidos en una relación de alteridad, esto es, para con otra u otras personas, lo que no se presenta cuando lo que ocurre es que el sujeto damnificado ha obrado en contra de su propio interés. Esta reflexión ha conducido a considerar, en acercamiento de las dos posturas, que **la “culpa de la víctima” corresponda – más precisamente – a un conjunto heterogéneo de supuestos de hecho, en los que se incluyen no solo***

comportamientos culposos en sentido estricto, sino también actuaciones anómalas o irregulares del perjudicado que interfieren causalmente en la producción del daño, con lo que se logra explicar, de manera general, que la norma consagrada en el artículo 2357 del código Civil, aun cuando allí se aluda a “imprudencia” de la víctima, pueda ser aplicable a la conducta de aquellos llamados inimputables porque no son “capaces de cometer delito o culpa” o a comportamientos de los que la propia víctima no es consciente o en los que no hay posibilidad de hacer reproche alguno a su actuación (v.gr. aquel que sufre un desmayo, un desvanecimiento o un tropiezo y como consecuencia sufre un daño)

Así lo consideró esta Corporación hace varios lustros cuando precisó que “en la estimación que el juez ha de hacer del alcance y forma en que el hecho de la parte lesionada puede afectar el ejercicio de la acción civil de reparación, no hay para que tener en cuenta, a juicio de la Corte, el fenómeno de la imputabilidad moral para calificar como culpa la imprudencia de la víctima, **porque no se trata entonces del hecho-fuente de la responsabilidad extracontractual que exigiría la aplicación de un criterio subjetivo, sino del hecho de la imprudencia simplemente, objetivamente considerado como un elemento extraño a la actividad del autor pero concurrente en el hecho y destinado solamente a producir una consecuencia jurídica patrimonial en relación con otra persona (...)**”¹.
(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Dicha postura debe leerse en conjunto con lo expresado por la Corte Constitucional frente a los derechos del paciente en sentencia T-401 de 1994, que cita lo siguiente:

“(...) Todo paciente tiene derecho a rehusar la aplicación de un determinado tratamiento sobre su cuerpo. Sin embargo, el hecho de no manifestarlo y de aceptar las prescripciones clínicas, es un indicio suficiente para considerar una aceptación tácita que puede bastar para que el médico proceda con su tratamiento. La voluntad del paciente de preferir una cosa sobre otra es una razón que el médico debe tener en cuenta. La contraindicación, en muchos casos, hace parte de los criterios de sopesación que el enfermo tiene en cuenta para determinar su estado de salud. Es posible establecer una diferenciación entre la situación mental del paciente - patológica o no - y su autonomía o capacidad para consentir. En este orden de ideas, la contraindicación hace parte del espacio de discrecionalidad y autonomía que posee el paciente frente al médico al momento de la prescripción del tratamiento. Aun existiendo un desequilibrio psicológico de parte del peticionario, a partir del cual se pudiese concluir una agresividad especial contra sus semejantes, ésta no parece ser

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC7534-2015. Sentencia del 16 de junio de 2015. Magistrado Ponente: Ariel Salazar Ramírez.

*una razón para excluir al paciente de la posibilidad de opinar acerca del tratamiento que prefiere. **El peticionario está capacitado para decidir la suerte de su propio cuerpo y para asumir las consecuencias que su decisión acarree en su estado de salud** (...)" (subrayado fuera del texto original)*

De esta forma, resulta claro que el paciente puede rehusar el tratamiento que se le indique, con el consecuente resultado de asumir las consecuencias en su estado de salud, pero también las jurídicas que se deriven de dicho comportamiento, pues no resulta lógico afirmar que una persona que se niegue a ser tratada conforme a las recomendaciones médicas causando así una afectación a su estado de salud, posteriormente reclame por dicha afectación cuando tuvo origen en su propio comportamiento.

En el caso concreto, la accionante fue atendida en el mes de octubre de 2016 por el urólogo Jesús Enrique Mosquera en la Clínica Versailles quien ordenó el procedimiento de la nefrolitotomía percutánea. Posteriormente, en junio de 2017 fue atendida por el especialista en la Clínica Nuestra Señora de Los Remedios donde se le explicó que a raíz de los exámenes practicados se consideraba que la extracción del cálculo renal no implicaría una mejoría siendo necesario extraer el riñón mediante el procedimiento llamado nefrectomía, sin embargo, la accionante no acepta realizar este último procedimiento conforme se verifica en la anotación de la historia clínica de la data mencionada.

Conforme a lo anterior, es claro que el desmedro en el estado de salud de la paciente es únicamente atribuible a esta atendiendo al hecho de que, pese a las advertencias de los médicos tratantes sobre la necesidad de la extracción del riñón, decidió no seguir el procedimiento médicamente sugerido lo que inevitablemente causó un daño irreparable en el órgano que, en todo caso, al final fue extraído.

Se puede concluir entonces que no es posible acceder a las pretensiones de declaratoria de responsabilidad civil médica de la demanda atendiendo al hecho de que se configuró la causal de culpa exclusiva de la víctima por la expresa negativa de la paciente de realizarse el procedimiento recomendado, situación que impide endilgar la culpa a la EPS demandada y obstaculiza el surgimiento del nexo causal entre la conducta de dicha entidad y el daño supuestamente causado, por lo tanto, estos elementos esenciales de la responsabilidad civil no se configuran por lo que deberán negarse las pretensiones de la demanda.

3. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.

La presente excepción se fundamenta en que la Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A., cumplió cabalmente con sus obligaciones contractuales para con la demandante, en razón a que puso a disposición de ésta, la disposición de los servicios médicos a través de su red de prestadores de servicios que requirió en procura de la recuperación y preservación de su salud, pues se encuentra plenamente acreditado la autorización de los servicios médicos de urgencia y hospitalización, medicamentos, ayudas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos ordenados, desde la fecha en que se requirió la prestación asistencial en salud y fue ejecutada con todos los estándares de calidad y eficiencia por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud involucradas a través de sus profesionales de la salud que pertenecía en su momento a nuestra red.

No obstante, para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que consecuencia de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

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

De esta manera la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sostenido que:

*“(...) De cara a este concepto, **tratándose del régimen de responsabilidad médica, deberán estar acreditados en el proceso todos los elementos que configuran la responsabilidad de la administración, de manera que le corresponde a la parte actora acreditar el hecho dañoso y su imputabilidad al demandado, el daño y el nexo de causalidad entre estos, para la prosperidad de sus pretensiones.** En suma, en cumplimiento del artículo 177 del C. de P. C., incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, y por lo tanto, corresponde a la parte actora probar los hechos por ella alegados. (...)”²(Negrilla y subrayado ajeno al texto).*

²Consejo de Estado, Sección Tercera, Exp. No. 17837 de 2010, M.P. Dra. MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR

Bajo tal contexto, se concluye que corresponde a la parte actora acreditar los 3 elementos anteriormente enunciados, reiterando que la culpa igualmente debe ser probada, por encontrarnos dentro del régimen de culpa probada.

Aterrizado lo anterior, en el presente caso debe recordarse que la Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A., de acuerdo a su objeto social, debe garantizar la gestión de la atención médica y la prestación de los servicios de salud incluidos en un plan obligatorio de salud a sus afiliados, a través de las instituciones prestadoras de salud, de conformidad con lo estipulado en el artículo 159 que se transcribe a continuación:

(...) ARTÍCULO 159. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.

2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.

3. (...)" (Negrilla y subrayado ajeno al texto).

Ahora bien, en el artículo 178 de la ley ya citada, establece como funciones de las Entidades Promotoras de salud, las siguientes:

(...) ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

(...) 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

(...) 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente,

oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. (...) (Negrilla y subrayado ajeno al texto)

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

Por lo tanto, es necesario concluir que no se logra demostrar la existencia del vínculo característico que se requiere para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil porque en el caso bajo estudio, la parte actora no logra demostrar, cómo el actuar de los demandados fue una causa determinante y eficiente para el perfeccionamiento del perjuicio que exige se le repare.

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

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

“(...) El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no solo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino que el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato, señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responde de los primeros únicamente cuando son consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento (...)”³

Así las cosas, es necesario concluir que la inexistencia del vínculo requerido para que surja una declaratoria de Responsabilidad Civil, genera la absolución de SOS EPS, ya que no hay prueba de nexo causal alguno entre la conducta de la mentada EPS y el supuesto daño generado a la demandante.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

³ Corte Suprema de Justicia, Exp. No. 6878 Magistrado Ponente Dr. JORGE SANTOS BALLESTEROS

4. CABAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A., EN RAZÓN A LA LEY 100 DE 1993 Y EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON LA DEMANDANTE

Esta excepción es propuesta por la EPS y se coadyuva en la presente contestación teniendo en cuenta que la entidad accionada no incumplió con la prestación del servicio de salud, entendiendo que el mismo se desarrolla partiendo del vínculo de la demandante a SOS EPS en calidad de afiliada al sistema de seguridad social en salud. Es a partir de dicha relación que se observa el tipo de obligaciones de la EPS y el cumplimiento de las mismas, lo que torna en improcedente las pretensiones de la demanda.

En este sentido, debe señalarse que Las entidades promotoras de salud se encuentran definidas en el artículo 177 de la ley 100 de 1993 como:

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

Así las cosas, la demandante se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por intermedio de la Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - SOS, por lo tanto, asume la prestación asistencia en salud, por tal motivo existía un vínculo contractual entre estos, de acuerdo a los parámetros establecidos en el artículo 183 de la Ley 100, el cual determina la relación contractual entre la EPS y sus afiliados:

*“(...) ARTÍCULO 183. PROHIBICIONES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar **la relación contractual con sus afiliados**, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. (...)” (Negrilla y subrayado ajeno al texto)*

Siguiendo la línea argumentativa, el artículo 26 del Decreto 806 de 1998, determina como afiliados

al Régimen Contributivo las siguientes personas:

“(…) ARTICULO 26. AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO. Las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como cotizantes:

a) (…) 2. Como beneficiarios:

Los miembros del grupo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto (…) (Negrilla y subrayado ajeno al texto)

Nuestra posición en torno a la naturaleza de la responsabilidad que puede surgir para la EPS por la administración y prestación de servicios incluidos en el Plan de Beneficios de Salud - PBS (antiguo Plan Obligatorio de Salud – POS) donde se presenta la verdadera discusión, a la cual nos referimos al inicio de este estudio, es respecto a la responsabilidad civil por la prestación de servicios incluidos en el PBS, especialmente cuando la administración y la prestación de tales servicios de salud se encuentran a cargo de entidades de origen particular.

Siguiendo con el enunciado de las diversas posiciones asumidas en torno al tema, consideramos que podemos encontrar razones de peso para pensar que se presenta una especie de híbrido en la fundamentación legal y contractual de los derechos y obligaciones que surgen de la seguridad social, ya que, si bien la seguridad en salud está prevista en la Constitución y la Ley, se materializa, se concreta, se le da contenido, mediante la afiliación, para nosotros un vínculo contractual, dado el importante papel que juega la autonomía de la voluntad del afiliado, por lo menos, en el Régimen Contributivo (Ley 100 de 1993, art. 15).

No sobra recordar que la propia Ley 100 de 1993 en el artículo 178 numeral 3, restringe de manera especial la autonomía de las EPS en el sentido de establecer que estas tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación, siempre que cumpla con los requisitos establecidos en la Ley.

Luego, la libertad del virtual afiliado (cotizante) de escoger la EPS que le administre la prestación de sus servicios de salud, es elemento determinante en dicha afiliación, en ese orden de ideas es importante señalar que, por ejemplo, si bien es cierto que una persona tiene el derecho, en abstracto, a que se le preste un servicio de salud comprendido dentro del Plan de Beneficios de Salud (PBS) no lo es que esa persona tenga derecho a exigir ser atendido por tal o cual centro asistencial o por determinado especialista, quien posee determinadas calidades científicas y dispone de recursos tecnológicos específicos. Lo segundo, indudablemente dependerá de las

posibilidades asistenciales que brinde cada entidad administradora del servicio de salud y, por lo tanto, del vínculo establecido por el afiliado (cotizante) con la EPS que seleccionó o que el patrono escogió por él, dada su tácita renuncia a ejercitar su autonomía (normas supletivas de la voluntad).

Algunos sostienen, y nosotros nos plegamos a ello, que, aunque la fuente de la obligación inicial sea la ley, es posible recurrir a la responsabilidad contractual para pretender la indemnización de los daños y perjuicios ocasionados con el incumplimiento de la obligación que ha sido corroborada o materializada por medio de un contrato. Esa tesis adquiere mayor validez por el hecho de que, en múltiples oportunidades, la ley establece principios generales y abstractos de forzoso cumplimiento por parte del deudor contractual. En estos casos no se discute la naturaleza contractual de la responsabilidad.

Finalmente, queremos indicar, que la propia Ley 100 de 1993 califica de contractual la relación existente entre la EPS y los afiliados (véase, v. Gr., el Art. 183), hecho que corrobora en forma contundente la posición que hemos venido defendiendo.

Cumpliendo con esa obligación contractual la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. EPS SOS S.A., tuvo en cuenta lo establecido en la Ley 100 de 1993, y la Ley 1122 de 2007 al contratar una Red de Prestadores de Servicios de Salud para la atención oportuna de dicho usuario, y de acuerdo al literal e del artículo 156 de la Ley 100 de 1993 “(...) e) *Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno (...)*”.

Lo anterior se cumplió a cabalidad pues el servicio que requería la demandante en cuanto a que inicia el aseguramiento en salud, una vez figura afiliada la demandante ante la Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – SOS.

Para entender el tipo de contratación que pueden realizar las EPS con su red de prestadores de servicios de salud, hay que conocer el Decreto 4747 de 2007, el cual establece lo siguiente:

“(...) Artículo 4. Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

a. Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada

previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

b. *Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.*

c. *Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente (...)* ”

Por otra parte, emerge con diamantina claridad que se garantizó a la demandante la prestación del servicio de salud de acuerdo al artículo 159 de la Ley 100 de 1993 que establece las GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS, tal como la debida organización y prestación del servicio público de salud en los siguientes términos:

“(...) ARTÍCULO 159. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.

2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.

3. (...)” (Negrilla y subrayado ajeno al texto).

Respecto a las funciones de las Entidades Promotoras de salud, se encuentran enmarcadas en el artículo 178 de la ley ya citada, precisando que se cumplieron a cabalidad por la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS. EPS SOS S.A., de acuerdo a la Ley ya citada, así:

“(…) **ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.** Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

3. **Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.**

4. **Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras** con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. **Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.**

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (…)”
(Negrilla y subrayado ajeno al texto)

En concordancia con lo expuesto, se cumplió con lo reglamentado en la Ley 1122 de 2007:

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

En cuanto al campo de acción de las Entidades Promotoras de salud en la normativa tantas veces enunciada se estableció:

“(…) ARTÍCULO 179. CAMPO DE ACCIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional. (…)”

Por otra parte, para analizar el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y verificar el cumplimiento contractual por parte de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS. EPS – SOS S.A., con la demandante es preciso recordar:

a) ASEGURAMIENTO: Elementos desde el punto de vista comercial:

1. Un riesgo: (Contingencia en términos del modelo de seguros sociales) cubierto que en el caso de la seguridad social se concreta hoy en términos de prestaciones o beneficios mínimos. Frente a la salud el riesgo es la enfermedad y la maternidad. Se trata de un riesgo de carácter público o colectivo.
2. Un Asegurador: Quien asume a cuenta de otro la cobertura de las prestaciones para superar los efectos del riesgo. Corresponde a entidades privadas, públicas y solidarias especializadas.
3. Un Tomador: R. Contributivo: Empleador y trabajador ó independiente. R. Subsidiado: El Estado.
4. Un asegurado: Quien está cubierto por el seguro, esto es, a quien se reconocerá las prestaciones una vez acontezca el riesgo o contingencia. Se trata de la persona (afiliado tanto del régimen contributivo como en el subsidiado) y de su grupo familiar.
5. Una Prima o pago por el contrato de seguro: Esto es el valor por cubrir el riesgo o la contingencia. La Unidad de Pago por Capitación.
6. Una Cobertura: Las prestaciones que el asegurador se obliga a reconocer al asegurado cuando acontezca la ocurrencia del riesgo. Atención en Urgencias. El Plan de Salud Pública,

los planes en eventos catastróficos y accidentes de tránsito (cubiertos con una póliza simultánea), y los planes obligatorios de salud de cada régimen.

7. Una Normatividad: Referida a las regulaciones que rigen la relación del aseguramiento, su contenido y términos.

b) LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO FINANCIERO:

Las aseguradoras tienen a su cargo el manejo y la responsabilidad del riesgo por la gestión financiera de los recursos que integran el círculo de los ingresos para el servicio de salud; quiere decir que son las responsables a nombre del servicio público y Fosyga, como lo señala la Ley 100 de 1993, de recaudar, hacer seguimiento y cobrar las cotizaciones en el régimen contributivo y de administrar, incluido el concepto de exigir el pago, de las unidades de pago a las entidades territoriales por concepto de los afiliados en el régimen subsidiado de salud.

TRASLADO DEL RIESGO: La aportación de los empleadores se justifica en el traslado de una responsabilidad que a la luz de la legislación laboral les correspondería por la enfermedad o maternidad de los trabajadores a su cargo, la cual entregan, concurriendo al pago de los aportes con los que se financiará la prima del aseguramiento.

c) LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD:

Implica que resulta a cargo de las aseguradoras asumir los niveles y recurrencias en los eventos de enfermedad, considerando la compensación del riesgo, en términos de aquellas personas afiliadas con menores niveles de riesgo respecto de aquellas con niveles superiores.

Por ello es tan importante que un esquema de aseguramiento logre eficaces estrategias y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y que las aseguradoras se articulen en su gestión del riesgo al diseño, ejecución y seguimiento de las políticas públicas de salud.

d) LA ARTÍCULACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE GARANTICE EL ACCESO EFECTIVO:

Está a cargo de las aseguradoras organizar la prestación del servicio en el cumplimiento de los planes de beneficios correspondientes; esto es, definir, aplicar y establecer controles que se requieran en cuanto a la prestación de los servicios de salud, lo cual pueden hacer bien a través de instituciones y profesionales bajo su responsabilidad directa (propios) o bajo modalidades de contratación con instituciones especializadas en ese servicio o profesionales de la salud (red contratada).

Bajo tal contexto normativo y de acuerdo con la historia clínica aportada se encuentra plenamente

acreditada, que la obligación contractual de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. EPS SOS S.A., se circunscribía a garantizar al usuario el acceso a una Institución Prestadora de Servicios de salud debidamente habilitada (Resolución 1043 de 2006) para que recibiera la atención médica que requería a partir de su afiliación como tal, autorizar la cobertura económica de todos los servicios requeridos en la atención, obligaciones éstas que se cumplieron a cabalidad por la EPS de manera oportuna y diligente, cumpliendo con lo dispuesto en el Sistema de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006) y en ese orden de ideas no puede predicarse responsabilidad en cabeza de la Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.

Lo anterior se evidencia en la atención brinda por la EPS SOS y por Clínica la Nuestra en la cual se atendió de forma oportuna y conforme a la lex artis determinando el diagnóstico y el tratamiento a seguir, a tención además brindada en atención a que Clínica La Nuestra hacía parte de la red de prestadores de servicio de salud.

Respetuosamente ruego declarar probada esta excepción.

5. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y EL COMPORTAMIENTO CONTRACTUAL DEL SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.

Esta excepción se propone, toda vez que la parte actora NO logra demostrar la existencia del vínculo característico que se requiere para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil. En efecto, resulta trascendental la corroboración de la existencia del nexo causal como elemento esencial de la responsabilidad, no obstante, la ausencia del mismo en el caso bajo análisis impide la prosperidad de las pretensiones, pues la responsabilidad civil no puede determinarse si falta cualquiera de los elementos que la componen. Concretamente, la parte demandante no ha probado una omisión, comportamiento imperito, ausencia de diligencia o desconocimiento de la lex artis por parte de SOS EPS, por lo que no es posible determinar que el supuesto daño tenga origen en una conducta atribuible a la EPS.

El “nexo causal” que se entiende como la relación necesaria y eficiente entre la conducta imputada y probada o presumida, según el caso, con el daño demostrado o presumido. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona como producto de su acción o de su omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a ésta por una relación de causa a efecto, no simplemente desde el punto de vista fáctico sino del jurídico. Sobre el nexo de causalidad se han expuesto dos teorías: la equivalencia de las condiciones que señala que todas las causas que contribuyen en la producción de un daño se consideran jurídicamente causantes del mismo, teoría que fue desplazada por la de causalidad adecuada, en la cual el daño se tiene causado por

el hecho o fenómeno que normalmente ha debido producirlo.

Dicho de otro modo, la primera teoría refiere a que todas las situaciones que anteceden a un resultado tienen la misma incidencia en su producción y, en consecuencia, todas son jurídicamente relevantes, pues *“partiendo de un concepto de causalidad natural, todas las condiciones del resultado tienen idéntica y equivalente calidad causal”*. Y sobre la teoría de la causalidad adecuada la acción o la omisión que causa un resultado es aquella que normalmente lo produce. De estas teorías en materia de responsabilidad extracontractual se aplica la de causalidad adecuada, porque surge como un correctivo de la teoría de la equivalencia de las condiciones, para evitar la extensión de la cadena causal hasta el infinito.

Entendiendo que existen dos formas de manifestación, la causalidad jurídica se produce cuando un hecho es imputable jurídicamente al demandado y la causalidad física cuando un hecho se debe al actuar físico real de una persona, en el caso del acto médico la causalidad predominante es de tipo jurídico expresándose en el hecho de haber omitido una conducta, teniendo que en el presente caso no se cumplen las características de ninguno de los dos tipos de nexo causal, ni mucho menos es procedente atribuir esta causalidad a la Entidad Promotora de Salud.

La doctrina tradicional al respecto exige no sólo la prueba de la culpa médica, sino que, al mismo tiempo exige que se demuestre que esa culpa fue la causante del daño en el paciente.

Se precisa, que los servicios médicos brindados a la demandante fueron prestados por profesionales idóneos, de manera oportuna, diligente y perita y conforme a los protocolos de la lex artis; por lo que no existe obligación alguna en cabeza de las demandadas y en favor de los demandantes, que genere una responsabilidad civil a ella atribuible. Pues EPS SOS remitió a la paciente a las instituciones de salud que contaban con las especialidades requeridas para su padecimiento, en las cuales los profesionales de la salud procedieron a diagnosticar y emitir las órdenes de rigor para tratar de forma certera el padecimiento de la paciente, lo cual se efectuó conforme a los exámenes que la ciencia médica establece para quien tiene un cálculo renal.

Respetuosamente ruego declarar probada esta excepción.

6. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO AL ARTÍCULO 167 DEL C.G.P. – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA.

Se formula esta excepción, en virtud de que la responsabilidad del médico se determina por la culpa probada; correspondiéndole en dicha medida a la parte que alega la negligencia (Culpa), atender la carga probatoria, dado que aunque la relación sea de tipo contractual, la obligación contenida en el

contrato se servicios médicos, corresponde a una obligación de medios.

Siguiendo la línea argumentativa, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha señalado que al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, precisó que es indispensable:

*“(...) Ahora bien, teniendo en cuenta que las obligaciones que se desprenden del acto médico propiamente dicho son de medio y no de resultado, al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, puesto que es posible que, pese a todos los esfuerzos médicos, el paciente no reaccione favorablemente al tratamiento de su enfermedad. Por tal motivo, la jurisprudencia ha señalado de forma reiterada que **en los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, la parte actora tiene la carga de demostrar la falla del servicio atribuible a la entidad.** (...)”⁴(Negrilla y subrayado ajeno al texto)*

Bajo tal contexto, para que proceda la condena por la responsabilidad de las entidades que prestan servicios de salud, se requiere en primer lugar que se pruebe efectivamente su culpa y consecuentemente el nexo de causalidad entre esa culpa y los perjuicios alegados.

Todo lo anterior, aterrizado al caso de marras, dentro de los hechos de la demanda y los documentos aportados como sustento de esta, no se evidencia la existencia de un actuar negligente por parte de la Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A., menos aún de los profesionales que prestaron servicios médicos, a la demandante.

Solicito declarar probada la presente excepción.

7. LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA SE CUMPLIÓ CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA

De los documentos anexos al traslado de la demanda y los que se aportan con la contestación, se corrobora que la atención se brindó conforme los protocolos establecidos y con el lleno de los requisitos y estándares de calidad. A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico de conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos, sin embargo, la parte accionante no ha acreditado el desconocimiento de la lex artis por parte del personal de salud que la atendió.

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, C.P. Danilo Rojas Betancourth, E. No. 26352 de 2013.

Como se puede observar el médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrático de cada paciente (características propias de cada cuerpo humano), así como la alea terapéutica siempre presente en los tratamientos médicos.

Por ello los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida. Dentro del marco de la *lex artis*, se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que “debe hacerse”, lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebido son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, entre tanto que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

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

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

Solicito declarar probada esta excepción.

8. 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 pasiva. 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”⁵, 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 justicia⁶.

En este sentido, el valor solicitado por concepto de perjuicios morales resulta arbitrario teniendo en cuenta que, frente a la paciente, su esposo y sus hijos se pretende en un inicio el reconocimiento de 100 SMLMV para cada uno de ellos, posteriormente, adicionalmente, se pretende el reconocimiento de 50 SMLMV a favor del supuesto yerno de la paciente. Dichas solicitudes desconocen totalmente los límites reconocidos por la Corte Suprema de Justicia frente al perjuicio del daño moral los cuales son de 100 SMLMV y se reconocen únicamente a los familiares más cercanos de la víctima de caso de fallecimiento de esta. 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 (…)».

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004- 032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

⁶ Ídem

*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 (...)⁷ (Énfasis propio)*

Ha señalado igualmente la Corte⁸ que, dentro de la concepción jurídica de los perjuicios extrapatrimoniales, específicamente respecto al daño moral, por ejemplo, no hay una valoración pecuniaria en sentido estricto, ya que al pertenecer a la siquis de cada persona “es *inviabile de valorar al igual que una mercancía o bien de capital*”, de ahí entonces que sea razonable estimar que, (i) en cada caso el juez realice una valoración concreta, con la debida objetividad y conforme lo que se logre probar en el transcurso del proceso; y, (ii) no resulta apropiado que las partes puedan estimar el valor económico de su propio sufrimiento, “*ya que eso iría en contravía de la naturaleza especial del perjuicio inmaterial o espiritual, que escapa al ámbito de lo pecuniario*”.

De igual manera, no existe ninguna presunción que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia⁹ 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 en sentencia SC 072 de 2025 ha reconocido una suma igual a 100 SMLMV por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido, 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 conforme a los presupuestos fácticos del presente caso, 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.

⁷ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000- 2017-00405-00.

⁸ Ibidem.

⁹ CSJ, SC-5340-2018.

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.

En consecuencia, solicito declarar probada esta excepción.

9. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL PERJUICIO DENOMINADO DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN SOLICITADO EN LA DEMANDA

El extremo actor pretende que se condene al extremo pasivo de la litis al pago de los perjuicios extrapatrimoniales en la modalidad daño a la vida en relación. Sin embargo, es menester resaltar que es jurídicamente improcedente condenar a los demandados al pago de suma alguna a título de daño a la vida de relación, toda vez que en los eventos en que la Corte Suprema de Justicia ha reconocido este emolumento se requiere una alta carga probatoria que la parte demandante no ha cumplido, en la medida en que no se evidencia acreditación alguna de un cambio en las condiciones de vida, la imposición de cargas desproporcionadas o el cambio del proyecto de vida de aquellas con ocasión al hecho lesivo, por ende, no se satisfacen los elementos de procedencia por lo que el Despacho no podrá acceder a tal pedimento.

La Corte Suprema de Justicia ha establecido que el daño a la vida de relación se presenta cuando la víctima sufre una alteración psíquica o física que le impide o dificulta gozar de actividades rutinarias que disfrutaba antes del hecho lesivo. En este sentido, la corte ha manifestado:

“(…) Como se observa, a diferencia del daño moral, que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo, el daño a la vida de relación constituye una afectación a la esfera exterior de la persona, que puede verse alterada en mayor o menor grado a causa de una lesión inflingida (sic) a los bienes de la personalidad o a otro tipo de intereses jurídicos, en desmedro de lo que la Corte en su momento denominó “actividad social no patrimonial”.

Dicho con otras palabras, esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado

para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, comoquiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, a paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro la víctima encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar (...)"¹⁰

Ahora bien, el análisis del cumplimiento de las circunstancias enunciadas por la Corte debe hacerse considerando si en efecto las posibles alteraciones tienen origen o no en la atención médica brindada. En este sentido, se debe manifestar que la demandante alega que la extracción de su riñón se debió a una mala atención médica en tanto no se practicó de forma oportuna la cirugía para retirar el cálculo renal, no obstante, Clínica Nuestra hizo la valoración de la paciente de manera temprana, ordenando de forma celeridad los exámenes pertinentes lo que les permitió efectuar un diagnóstico ágil y determinar el plan de manejo de la afección mediante cirugía prioritaria, por lo que el accionar de la entidad asegurada no ha causado el daño alegado por los demandantes.

Por otra parte, también es necesario recordar que en sentencia SC-072 de 2025 la Corte Suprema de Justicia reiteró que la tasación de este perjuicio debe obedecer al *arbitrio judicis* del funcionario judicial haciendo un correcto análisis del caso concreto, sin que lo reconocido pueda generar enriquecimiento para quien lo solicita:

"(...) En desarrollo de este deber el juez debe señalar una suma líquida satisfactoria para la víctima, y/o prever reparaciones simbólicas, según su discrecionalidad reflexiva, pero sin perder de vista la ponderación, pues debe evitar que la condena se «constituya [en] una 'fuente de enriquecimiento para el indemnizado [o una] desventaja ridícula o mediocre para el responsable (...)"

En este sentido, es claro que en el caso concreto no se debe reconocer suma alguna por este concepto pues se pretende su causación con fundamento en un accionar de las entidades de salud que no guarda un nexo causal con el supuesto daño generado. Ahora bien, si hipotéticamente se llegare a considerar reconocer dicho perjuicio, no puede perderse de vista que la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC 072 de 2025 estableció como límite de este perjuicio el de 200 SMLMV

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 13 de mayo de 2008, radicado 11001-3103-006-1997-09327-01.

el cual solo procede en las circunstancias más graves y grandes alteraciones a las condiciones de existencia, no obstante, en el caso concreto resulta claramente excesivo pedir incluso la suma de 100 SMLMV pues si bien no excede el límite mencionado, no existe prueba alguna que permita considerar el origen de este daño en el accionar de las entidades de salud y, mucho menos, existe sustento alguno de las supuestas alteraciones de existencia y la gravedad de las mismas, por lo que la petición de este perjuicio resulta claramente arbitraria y denota el ánimo de enriquecimiento de la parte.

Se concluye por lo mencionado que no es procedente reconocer el presente perjuicio toda vez que:

- i) el surgimiento de este daño no es atribuible a la conducta desplegada por las entidades de salud;
- ii) la parte demandante no ha acreditado las supuestas alteraciones a las condiciones de existencia ocasionadas por la atención prestada, y;
- iii) la suma solicitada desconoce el carácter meramente resarcitorio de este perjuicio pues resulta excesiva teniendo en cuenta que no existe prueba de las alteraciones a las condiciones de existencia y la gravedad de dichas alteraciones.

Solicito al juzgado declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO II:
CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA EPS SA
SOS A LA SOCIEDAD NSDR S.A.S. – CLINICA NUESTRA

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO
FORMULADO A CLINICA NUESTRA**

FRENTE AL HECHO PRIMERO: A mi representada no le consta lo aquí referido sobre la relación contractual entre la llamante y la llamada en garantía, sin embargo, conforme a la contestación de Clínica Nuestra, lo aquí manifestado corresponde a la relación contractual entre la llamante y la llamada en garantía.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado, sin embargo, de la historia clínica aportada puede verificarse que la demandante fue atendida por Clínica Nuestra en julio de 2018.

FRENTE AL HECHO TERCERO: A mi representada no le consta de forma directa lo aquí manifestado, sin embargo, conforme lo refiere Clínica Nuestra en su contestación, es cierto que la paciente fue atendida atendiendo al hecho de que dicha entidad hace parte de la red de prestadores de salud de SOS EPS.

FRENTE AL HECHO CUARTO: A mi representada no le consta lo aquí referido sobre la suscripción de un contrato entre la llamante y la llamada en garantía, sin embargo, conforme a la contestación de Clínica Nuestra, lo aquí manifestado corresponde a la relación contractual entre la llamante y la llamada en garantía.

FRENTE AL HECHO QUINTO: A mi representada no le consta directamente lo aquí manifestado, sin embargo, no se opone a dicha manifestación ya que Clínica Nuestra lo corrobora en su contestación.

FRENTE AL HECHO SEXTO: No es cierto. en el presente caso no se corrobora la responsabilidad de Clínica Nuestra pues ordenó el tratamiento conforme los síntomas y resultados de los exámenes efectuados a la paciente, además, fue esta última quien con su propio actuar causó la afectación que hoy pretende presentar como daño al haber demorado el procedimiento de la nefrectomía pese a que ya le había sido advertida la necesidad del mismo por personal especializado y, por último, no se evidencia la existencia de un nexo causal entre el actuar de Clínica Nuestra con el daño alegado por la paciente pues se procedió de conformidad con lo indicado por la ciencia médica para el padecimiento que tenía. Por lo anterior, se debe aclarar que la relación contractual entre la llamante en garantía y la asegurada no implica por sí sola la posibilidad de determinar la responsabilidad civil en cabeza de esta última.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: No se trata de un hecho jurídicamente relevante para el proceso.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO FORMULADO A CLINICA NUESTRA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO teniendo en cuenta que no existe motivo para vincular a Clínica Nuestra al presente proceso en consideración que el mismo se fundamenta en la demora administrativa que eventualmente hubiera surgido por parte de SOS EPS para la autorización de los tratamientos médicos de la paciente, situación que es ajena a las funciones de la llamada en garantía.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO teniendo en cuenta que la responsabilidad de Clínica Nuestra no se encuentra probada pues ordenó el tratamiento conforme los síntomas y resultados de los exámenes efectuados a la paciente, además, fue esta última quien con su propio actuar causó la afectación que hoy pretende presentar como daño al haber demorado el procedimiento de la nefrectomía pese a que ya le había sido advertida la necesidad del mismo por personal especializado y, por último, no se evidencia la existencia de un nexo causal entre el actuar de Clínica Nuestra con el daño alegado por la paciente pues se procedió de conformidad con lo indicado por la ciencia médica para el padecimiento que tenía. Por lo anterior, se debe aclarar

que la relación contractual entre la llamante en garantía y la asegurada no implica por sí sola la posibilidad de determinar la responsabilidad civil en cabeza de esta última.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SUBSIDIARIA: ME OPONGO teniendo en cuenta que la motivación de esta pretensión es similar a la anterior siendo abiertamente improcedente pues la responsabilidad de Clínica Nuestra no se encuentra acreditada pues ordenó el tratamiento conforme los síntomas y resultados de los exámenes efectuados a la paciente, además, fue esta última quien con su propio actuar causó la afectación que hoy pretende presentar como daño al haber demorado el procedimiento de la nefrectomía pese a que ya le había sido advertida la necesidad del mismo por personal especializado y, por último, no se evidencia la existencia de un nexo causal entre el actuar de Clínica Nuestra con el daño alegado por la paciente pues se procedió de conformidad con lo indicado por la ciencia médica para el padecimiento que tenía. Por lo anterior, se debe aclarar que la relación contractual entre la llamante en garantía y la asegurada no implica por sí sola la posibilidad de determinar la responsabilidad civil en cabeza de esta última. En este sentido, la eventual condena en contra de la EPS no conlleva por sí sola el deber de reembolso de la Clínica Nuestra.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO FORMULADO A LA SOCIEDAD NSDR S.A.S. –CLINICA NUESTRA

1. 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 DE LA SOCIEDAD NSDR S.A.S. – CLINICA NUESTRA

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. No obstante lo anterior, en el presente caso no se corrobora la responsabilidad de Clínica Nuestra pues ordenó el tratamiento conforme los síntomas y resultados de los exámenes efectuados a la paciente, además, fue esta última quien con su propio actuar causó la afectación que hoy pretende presentar como daño al haber demorado el procedimiento de la nefrectomía pese a que ya le había sido advertida la necesidad del mismo por personal especializado y, por último, no se evidencia la existencia de un nexo causal entre el actuar de SOS EPS y Clínica Nuestra con

el daño alegado por la paciente pues se procedió de conformidad con lo indicado por la ciencia médica para el padecimiento que tenía.

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 intervenirlo 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 hacerse saber cuál es la responsabilidad médica (...)”¹¹ (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:

¹¹ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.

“(…) 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 exiguo, 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 (…)¹² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo pronunciamiento indicó lo siguiente:

“(…) El criterio de normalidad está ínsito en la *lex artis*, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la *Lex Artis*, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico (…)¹³

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 (…)¹⁴. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de la sociedad NSDR S.A.S. y su

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01.

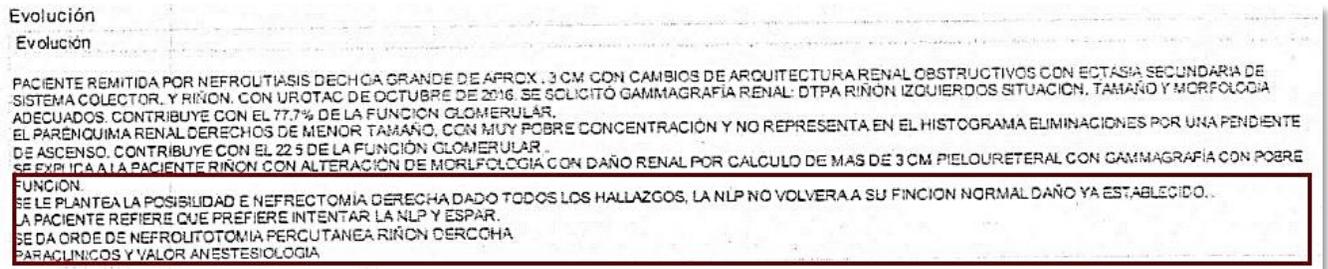
personal médico, es menester precisar el contenido obligatorio al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. 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)

Dado lo anterior, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de la Institución médica. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es **(i)** La falla, **(ii)** El daño y **(iii)** El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar el error médico y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la sociedad Clínica NSDR S.A.S. 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 María Doris Suarez Velasco.

Dicho lo anterior, se puede afirmar con base en la simple lectura de la historia clínica que las atenciones brindadas por el equipo médico de la asegurada, 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 equipo médico y personal especializado idóneo pues se verifica que la consulta fue dirigida por un urólogo quien resulta ser el médico especializado idóneo para el análisis del padecimiento de la paciente relativo a la falla en la funcionalidad del riñón derecho.

Conforme a la historia clínica que reposa en el expediente, la paciente fue atendida por el especialista en urología adscrito a la entidad asegurada el día 27 de junio de 2017, momento en el cual advierte la falla funcional del riñón y la existencia del cálculo renal con una dimensión considerable de más de 3 cm, por lo que recomienda practicar la nefrectomía, veamos:



Como se observa, la recomendación del médico especialista se dio conforme a la evidencia científica del estado de salud de la paciente, determinando el diagnóstico adecuado según su padecimiento y el consecuente procedimiento a seguir dada la defectuosa función del riñón derecho de la paciente. En efecto, considerando los padecimientos de la paciente, el médico especialista recomienda de forma acertada la extracción del riñón derecho pues ya desde dicha época se evidenció que el retiro del cálculo renal no era una opción viable para lograr la mejoría de la paciente.

A lo anterior se debe agregar que ninguna culpa, negligencia o desatención a la *lex artis* es imputable a la asegurada, pues la parte actora se queja de que la indebida atención causó la pérdida de su riñón, no obstante, es claro que mucho tiempo antes de la extracción del mismo ya existía un concepto médico claro de la necesidad de su extracción, el cual además fue ignorado por la misma paciente, pues como se evidencia en la nota de evolución referida, la paciente hizo caso omiso a la necesidad de extracción del riñón y prefirió la práctica de la nefrolitotomía percutánea pese a que se le explicó que la misma no tendría ningún efecto significativo. Aun así, ante tal situación, el especialista ordenó la práctica de paraclínicos y valoración por anestesiología siendo claro que dio trámite oportuno a la atención del paciente no siendo posible imputar a la institución asegurada una supuesta demora en la atención médica que se tradujera en la pérdida de su riñón pues, al menos en lo que respecta en la atención brindada por la sociedad CNSDR S.A.S., esta fue oportuna, explicó de manera suficiente el padecimiento existente, su forma de atenderlo y, ante la negativa de la paciente y su evidente inclinación por otro tipo de procedimiento, de todas formas se procedió a dar las órdenes respectivas, saliendo del ámbito de control de la asegurada cualquier demora que se hubiere podido dar pues la misma solo puede limitarse a dar las órdenes de rigor las cuales deben ser autorizadas por la EPS.

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 emitir las órdenes consecuentes con el tratamiento que debía otorgarse a los padecimientos de la paciente y que ella aceptó, 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 brindado una atención oportuna para la extracción del cálculo renal lo que, consecuentemente, la llevó a la pérdida de su riñón derecho. 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 su cálculo no fue extraído a tiempo, sin embargo, para la fecha en que fue atendida por la entidad asegurada, la función renal presentaba una falla de tal magnitud que lo recomendable era la extracción del riñón, no obstante, fue la demandante quien se opuso a la misma agravando su situación de salud. Aun así, al preferir la extracción del cálculo renal sobre la del riñón, el médico especialista emitió las órdenes respectivas cuyo cumplimiento se sujeta a trámites administrativos propios de las funciones de la EPS que, en caso de fallar, no pueden ser endilgadas a la sociedad NSDR S.A.S. De esta manera, como se mencionó, el desacuerdo de la parte demandante se basa en una simple apreciación subjetiva carente de soporte probatorio científico que ponga en tela de juicio la experticia, la diligencia y el apego a los protocolos que rigen la materia por parte de la asegurada.

En conclusión, es evidente que los galenos de la institución asegurada procedieron de conformidad con la *lex artis* y trataron a la paciente de forma acorde a los síntomas presentados dando el plan de manejo adecuado para sus padecimientos y emitiendo las órdenes médicas que resultaron concordantes a ello como los paraclínicos y la valoración por anestesiología, no obstante, la supuesta demora que hubiere podido ocurrir en la atención brindada a la paciente para la extracción del cálculo renal no es imputable a la sociedad NSDR S.A.S. toda vez que emitió las órdenes de rigor de manera oportuna correspondiendo su autorización a un trámite administrativo que no le compete y, en todo caso, se señala que incluso desde la valoración a la paciente se determinó que lo mejor era la cirugía extractiva del riñón lo que denota la falla que el mismo tenía incluso con anterioridad a la atención brindada, no obstante, la paciente hizo caso omiso a dicha recomendación. De esta forma, es claro que no se verifica la configuración de la culpa de la institución por el actuar de los galenos al no existir impericia, negligencia, imprudencia o incumplimiento de la *lex artis*, por lo tanto, no se configura la responsabilidad médica alegada.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

2. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA SOCIEDAD NSDR S.A.S. – CLÍNICA NUESTRA

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 la sociedad NSDR S.A.S., 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, agregando a este hecho que la supuesta atención inoportuna no tiene una fuente concreta en la atención brindada por la asegurada pues en las numerosas atenciones médicas existió intervención por parte de la EPS y diferentes IPS adscritas a la red de prestadores de servicio de salud de esta.

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 2019¹⁵, 29 de abril de 2019¹⁶ y 27 de septiembre de 2018¹⁷. 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 paciente y la actuación de la asegurada, lo que, es más, se evidencia que la consecuencia consistente en la extracción del riñón se derivó del propio estado de salud de la paciente y no de la supuesta demora alegada respecto al servicio de salud. 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.

¹⁵ Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2133425. MP: MARÍA ADRIANA MARÍN.

¹⁶ Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2133698. MP: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS.

¹⁷ Sección Tercera -subsección A- del Consejo de Estado. Radicado No. 2121903. MP: MARÍA ADRIANA MARÍN.

Así las cosas, en el caso que nos ocupa, encontramos que no existe nexo causal entre las conductas desplegadas por la clínica y el daño que predica la actora, pues la lectura de la historia clínica refleja que el especialista en urología adscrito a la asegurada realizó los exámenes pertinente e informó a la paciente de la necesidad de extraer el riñón, sin embargo, 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 paciente que asiste a consulta con una clara falla renal que amerita la extracción del órgano. Adicionalmente, se resalta que incluso desde la consulta en las instalaciones de la asegurada se señaló la necesidad de extraer el riñón por la falla en su funcionamiento, es decir que la extracción tiene como origen el estado de salud de la paciente y no la acción u omisión del personal médico, ante lo cual la demandante se negó, situación que evidentemente solo podía agravar su estado de salud.

Debe añadirse a lo mencionado que, como lo afirma la misma parte y se verifica en la historia clínica, la atención médica fue brindada por diferentes instituciones de salud y las supuestas demoras alegadas en el servicio no se imputan siquiera a la asegurada, sino a la EPS de la accionante, por lo que no es posible afirmar la existencia de culpa y mucho menos de un nexo de causalidad entre la atención médica de la sociedad NSDR S.A.S. y la pérdida del riñón de la paciente.

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, y no queda lugar a dudas que la clínica puso a disposición el especialista idóneo quien diagnosticó y emitió las órdenes médicas de manera oportuna y acertada. Lo anterior sin dejar de lado que la paciente se negó a la práctica del procedimiento consistente en la extracción de su riñón la cual había sido recomendada por el especialista, y que la atención a la demandante fue brindada por múltiples entidades de salud, situación a la que debe agregarse que el cumplimiento de las órdenes médicas depende de la gestión administrativa y autorizaciones de la EPS.

En ese sentido, al no estar probados dos elementos neurálgicos de la responsabilidad civil, a saber, la culpa y nexo de causalidad, es apenas lógico concluir que se abre paso esta excepción, por lo tanto, solicito que se declare probada y, en consecuencia, se nieguen las pretensiones de la demanda.

3. INEXISTENCIA DE LA CULPA EN CABEZA DE LA SOCIEDAD NSDR S.A.S - CLÍNICA NUESTRA

En este aspecto se destaca que sobre la llamante en garantía gravita la carga de la prueba sobre

la supuesta culpa que pretende atribuir a la institución de salud siendo para ellos menester que corrobore o pruebe la existencia de la comisión de una conducta imperita, ausente de diligencia o desconocedora de la *lex artis*. 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 la sociedad NSDR S.A.S., 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 demostrando la falta u omisión que predica y en la que funda sus pretensiones, agregando a este hecho que la supuesta atención inoportuna no tiene una fuente concreta en la atención brindada por la asegurada pues en las numerosas atenciones médicas existió intervención por parte de la EPS y diferentes IPS adscritas a la red de prestadores de servicio de salud de esta.

Conforme a lo anterior, es necesario recordar que el desarrollo jurisprudencial en materia de responsabilidad médica es claro al referir que la culpa debe comprobarse mediante el desconocimiento de la *lex artis*, es así como la Corte Suprema de Justicia indicó lo siguiente:

*“(...) El criterio de normalidad está ínsito en la *lex artis*, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la *Lex Artis*, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico (...)”¹⁸*

Adicionalmente, la debida diligencia o cuidado forma un elemento importante mediante el cual se puede establecer o no la existencia de la culpa. Es así como 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 (...)”¹⁹. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ 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.

Así las cosas, en el caso que nos ocupa, encontramos que no existe materialización del elemento culpa en las conductas desplegadas por la clínica, pues la lectura de la historia clínica refleja que el especialista en urología adscrito a la asegurada realizó los exámenes pertinente e informó a la paciente de la necesidad de extraer el riñón, 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 paciente que asiste a consulta con una clara falla renal que amerita la extracción del órgano. Adicionalmente, se resalta que incluso desde la consulta en las instalaciones de la asegurada se señaló la necesidad de extraer el riñón por la falla en su funcionamiento, es decir que la extracción tiene como origen el estado de salud de la paciente y no la acción u omisión del personal médico, ante lo cual la demandante se negó, situación que evidentemente solo podía agravar su estado de salud.

Debe añadirse a lo mencionado que, como lo afirma la misma parte y se verifica en la historia clínica, la atención médica fue brindada por diferentes instituciones de salud y las supuestas demoras alegadas en el servicio no se imputan siquiera a la asegurada, sino a la EPS de la accionante, por lo que no es posible afirmar la existencia de culpa de la sociedad NSDR S.A.S.

Conforme a lo anterior, las pretensiones del llamamiento en garantía deberán ser negadas por la imposibilidad de demostrar el elemento culpa en el actuar del personal médico de Clínica Nuestra pues los galenos adscritos a la institución médica actuaron con la diligencia y cuidado exigibles, y no queda lugar a dudas que la clínica puso a disposición el especialista idóneo quien diagnosticó y emitió las órdenes médicas de manera oportuna y acertada. Lo anterior sin dejar de lado que la paciente se negó a la práctica del procedimiento consistente en la extracción de su riñón la cual había sido recomendada por el especialista, y que la atención a la demandante fue brindada por múltiples entidades de salud, situación a la que debe agregarse que el cumplimiento de las órdenes médicas depende de la gestión administrativa y autorizaciones de la EPS.

En ese sentido, al no estar probado uno de los elementos neurálgicos de la responsabilidad civil, a saber, la culpa, es apenas lógico concluir que se abre paso esta excepción, por lo tanto, solicito que se declare probada y, en consecuencia, se nieguen las pretensiones del llamamiento en garantía.

4. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

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

La Corte Suprema de Justicia advierte:

*“(…) Hay que precisar, a ese respecto, que la jurisprudencia fundacional de lo que hoy es el querer de la ley, se orientaba a **corregir las situaciones en las cuales el patrimonio de un sujeto de derecho sufría menqua, 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** (…).”²⁰ (Énfasis propio)*

De todo lo anterior se desprende que en caso de condenar a la demandada-llamante en garantía 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, y lo que es aún peor, de acceder de forma consecencial a las pretensiones del llamamiento en garantía condenando a Clínica La Nuestra, se estaría accediendo a un empobrecimiento de esta última, a costas de la restitución del patrimonio de la EPS. No sólo el actuar temeroso de la demandante y de la EPS hace necesaria esta conclusión, sino también el que no se haya cumplido con la carga probatoria al no estar demostrado con los medios de pruebas pertinentes, útiles y conducentes que Clínica La Nuestra, generó un daño en la parte demandante que la obligue a su indemnización. Además, en el hipotético caso en que si se determine que hubo un daño imputable a la demandada y a la llamada en garantía 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.

CAPÍTULO III:
CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA
SOCIEDAD NSDR S.A.S. - CLINICA NUESTRA A SEGUROS GENERALES
SURAMERICANA SA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO FORMULADO A SURAMERICANA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: Es cierto, conforme se observa en la documental allegada con el llamamiento en garantía, Seguros Generales Suramericana S.A. y la sociedad NSDR S.A.S. celebraron el contrato de seguro instrumentalizado en la póliza de responsabilidad civil profesional

²⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. 19 de diciembre de 2012. Exp. 54001-3103-006-1999-00280-01.

para clínicas y hospitales No. 900001212352, no obstante, se aclara que la vigencia de la póliza así como las demás características y condiciones del contrato de seguro no pueden determinarse simplemente por la cotización allegada por la llamante en garantía, sino que deben confirmarse en las condiciones particulares y generales de la póliza.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Es cierto, dicho llamamiento en garantía puede observarse en el respectivo cuaderno del expediente digital.

FRENTE AL HECHO TERCERO: Este hecho contiene diferentes afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que la póliza contratada cuenta con la modalidad de cobertura denominada claims made según la cual se considera que existe cobertura temporal en tanto los hechos objeto de la reclamación hayan sucedido en el periodo de retroactividad de la póliza o su vigencia, y la reclamación hecha al asegurado haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.
- Es cierto que la retroactividad de la póliza se contabiliza desde el 23 de septiembre de 2013, conforme a la cotización del contrato de seguro allegada por la llamante en garantía.
- No es cierto que mi representada deba responder ante el caso de una eventual condena por el simple hecho de que la póliza pueda prestar cobertura temporal, pues también es necesario verificar si el riesgo asegurado se configuró dentro de las condiciones o límites estipulados en la póliza, y si existe la configuración de una exclusión que exima de responsabilidad a mi representada. En este caso no se demostró la ocurrencia del riesgo asegurado, toda vez que Clínica Nuestra actuó con diligencia al ordenar los exámenes y proceder con el diagnóstico de la paciente, disponiendo al personal especializado en la materia el cual se apegó a la lex artis con el fin de analizar y tratar el estado de salud de la accionante, por lo tanto, no se verifica la existencia de culpa imputable a la entidad y mucho menos el nexo causal entre las conductas desplegadas por esta y el supuesto daño generado a la accionante consistente en la pérdida de su riñón, luego el siniestro no se ha configurado conforme a lo previsto en el contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO CUARTO: No es cierto que Seguros Generales Suramericana S.A. se encuentre obligada a responder patrimonialmente frente a una eventual sentencia condenatoria en contra de la sociedad NSDR S.A.S., pues la modalidad claims made no se constituye en el único criterio para determinar la cobertura y afectación de la póliza. En efecto, es necesario corroborar la ocurrencia del riesgo asegurado en los términos descritos en el contrato de seguro, así como la existencia de una exclusión que, en consecuencia, implique que mi representada se exima del pago por concepto de indemnización. En este caso no se demostró la ocurrencia del riesgo asegurado, toda vez que Clínica nuestra actuó con diligencia al ordenar los exámenes y proceder con el diagnóstico de la paciente, disponiendo al personal especializado en la materia el cual se apegó a

la *lex artis* con el fin de analizar y tratar el estado de salud de la accionante, por lo tanto, no se verifica la existencia de culpa imputable a la entidad y mucho menos el nexo causal entre las conductas desplegadas por esta y el supuesto daño generado a la accionante, pues no puede deducirse que de los exámenes y el diagnóstico brindado se hubiera generado un erróneo concepto médico o una demora en la atención que hubiere dado lugar a la configuración del siniestro.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO FORMULADO A SURAMERICANA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO a esta pretensión ya que en el presente caso no se ha configurado el siniestro conforme a lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues el supuesto daño causado a la demandante no es imputable a la sociedad NSDR S.A.S., pues mediante el personal de Clínica Nuestra actuó con diligencia en la atención de la paciente ordenando de manera celeridad los exámenes médicos y el procedimiento quirúrgico requerido incluso clasificándolo como prioritario, con apego a la *lex artis* y demostrando la pericia requerida en el caso en cuestión. Por lo que, ante la no demostración de la ocurrencia del evento asegurado, la póliza no puede resultar afectada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión teniendo en cuenta que desconoce abiertamente lo establecido en el artículo 1089 del Código de Comercio, el cual limita la responsabilidad de la compañía aseguradora al valor real del interés asegurado al momento del siniestro, lo que permite concluir que la suma indemnizatoria no es susceptible de ajuste, sino que esta debe limitarse o adecuarse según el año en el que habría ocurrido la atención, esto es, el año 2018. Además, en todo caso, no se ha configurado el siniestro conforme a lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues el supuesto daño causado a la demandante no es imputable a la sociedad NSDR S.A.S., pues mediante el personal de Clínica Nuestra actuó con diligencia en la atención de la paciente ordenando de manera celeridad los exámenes médicos y el procedimiento quirúrgico requerido incluso clasificándolo como prioritario, con apego a la *lex artis* y demostrando la pericia requerida en el caso en cuestión; por lo que ante la no demostración de la ocurrencia del evento asegurado, la póliza no puede resultar afectada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión teniendo en cuenta que no se ha acreditado la ocurrencia del siniestro ni la materialización de las condiciones del contrato de seguro para proceder con el pago reclamado.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO FORMULADO A SURAMERICANA

1. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. POR NO HABERSE REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO - INEXISTENCIA DE SINIESTRO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTICULO 1072 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

Es necesario aclarar que, para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, debe acreditarse la ocurrencia del riesgo asegurado, o lo que es lo mismo, la ocurrencia del siniestro. En tal virtud, si no se prueba este elemento la prestación condicional de la aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza por medio de la cual es vinculada mi representada al presente proceso. Dado que en este 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 de la sociedad N.S.D.R. S.A.S., y el daño alegado por el demandante, toda vez que se configura una completa ausencia de medios de prueba que permitan dilucidar la negligencia, impericia o desatención a la *lex artis* por parte de la institución de salud en la atención brindada en el año 2018 y de manera posterior en el año 2024, es claro que no nació la obligación de indemnizar por parte de la sociedad asegurada, en este sentido, nunca surgió el riesgo de la afectación del patrimonio del asegurado con ocasión de la atención médica brindada a la parte demandante, por lo que los presupuestos del amparo otorgado no se cumplen haciendo jurídicamente inviable la emisión de una hipotética sentencia condenatoria en contra de mi representada.

Conforme a lo anterior, resulta necesario en este punto recordar la definición de siniestro establecida en el artículo 1072 del Código de Comercio: **“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”**.

De esta manera, la definición traída por el estatuto comercial resulta trascendental para determinar el surgimiento de la responsabilidad indemnizatoria a cargo de la aseguradora, pues esta solo puede darse cuando el riesgo amparado se materializa atendiendo a las características del mismo y a las condiciones plasmadas en la respectiva póliza en aplicación de la prerrogativa establecida en el artículo 1056 del Código de Comercio.

Ahora bien, el acaecimiento del riesgo asegurado o siniestro tiene tanta trascendencia en la determinación de la existencia de la obligación indemnizatoria de la compañía aseguradora que incluso el artículo 1077 del Código de Comercio la contempla como un requisito trascendental que debe ser demostrado, de lo contrario la pretensión de afectación de la respectiva póliza está destinada a fracasar, veamos: **“(…)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).

Es así como, continuando con la evidente relevancia de la ocurrencia del siniestro, se debe señalar

que el cumplimiento de tal carga probatoria respecto de la ocurrencia de este, 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 asegurativo, 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) (...)”²¹ (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. Ahora bien, para el caso en estudio, debe señalarse que no se acreditó la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no es patente la existencia de la responsabilidad médica de la asegurada

²¹ 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.

que ponga en riesgo su patrimonio, el cual se encuentra amparado ante la eventual declaratoria de dicho tipo de responsabilidad, luego, el riesgo no ha tenido lugar conforme a las características y condiciones descritas en la póliza.

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 profesional para clínicas y hospitales, no obstante, la parte demandante soporta sus pretensiones únicamente en apreciaciones subjetivas frente a la supuesta mala atención o atención inoportuna brindada con ocasión de su afección en el riñón derecho. En efecto, la demanda denota 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, negligente o inoportuna 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 pérdida del riñón de la paciente.

Lo anterior cobra incluso más relevancia si se tiene en cuenta que durante la atención brindada entre los días 24 y 30 de julio de 2018, la Clínica Nuestra procedió a ordenar los exámenes de rigor con el fin de verificar el estado de salud de la paciente y las condiciones en las que se encontraba su riñón. Así, en anotación de la historia clínica del 24 de julio del mencionado año se verifica que se ordenó gamagrafía y urocultivo renal como se muestra a continuación:

Datos Generales
Fecha: 24/07/2018
Historia: 66817908
Hora: 21:36
Telefono: 3106173476 3122563747
Nombre: MARIA DORIS SUAREZ VELASCO
Edad: 52 Años
Sexo: Femenino

Estado de Conciencia
Estado de Conciencia: Alerta

Estado General
SUBJETIVO: NOTA DE RECIBO A CARGO DE LA JEFE CLAUDIA.
OBJETIVO: RECIBO PACIENTE EN CAMA DESPIERTA CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA. PACIENTE EN APARENTES BUENS
CONDICIONES CON PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ FOSAS NASALES HUMEDAS SATURANDO AMBIENTE. PACIENTE QUE RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL EN
CANTIDADES ADECUADAS. PACIENTE QUE SE OBSERVA CON CUELLO MOVIL Y TORAX SIMETRICO. PACIENTE CON ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION EN
EL MOMENTO SIN DOLOR. PACIENTE CANALIZADA EN DORSO DE SU MANO IZQUIERDA CON ANGIO # 22 DEL 24/07/2018 PERMEHABLE SIN SIGNOS DE
LEBITIS. PACIENTE QUE DEHAMBULA SIN DIFICULTAD Y ELIMINA EXPONTANEO EN BAÑO.
ANALISIS: CALCULO RENAL + RINON HIPOTROFICO. IVU. X.E. COLI. ATB: CEFTRI FI 21/7. P/ DEF NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA VS NEFRECTOMIA.
PLAN: P/R GAMAGRAFIA RENAL 24/07 P/R UROCULT 24/7.

Posteriormente, a los pocos días de haber ordenado dichos exámenes, se determinó la necesidad de proceder con la respectiva cirugía para retirar el cálculo renal ordenando la valoración respectiva por anestesiología la cual contó de manera pronta con visto bueno como se observa a continuación:

Estado General

SUBJETIVO: NOTA DE ENTREGA A CARGO DE LA JEFE DERLY

OBJETIVO: ENTREGO PACIENTE EN CAMA DESPIERTA CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA. PACIENTE EN APARENTES BUENS CONDICIONES CON PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ FOSAS NAALES HUMEDAS SATURANDO AMBIENTE. PACIENTE QUE RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL EN CANTIDADES ADECUADAS. PACIENTE QUE SE OBSERVA CON CUELLO MOVIL Y TORAX SIMETRICO. PACIENTE CON ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION EN EL MOMENTO SIN DOLOR. PACIENTE CANALIZADA EN PLIEGUE DE BRAZO IZQUIERDO CON ANGIO # 22 DEL 28/07/2018 PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. PACIENTE QUE DEAMBULA SIN DIFICULTAD Y ELIMINA EXPONTANEO EN BAÑO. PACIENTE QUE SE OBSERVA CON MANILLAS INSTITUCIONALES. SE EDUCA A FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE MANTENER VARANDAS ELEVADAS DE SU CAMA Y SOBRE EL BUEN USO DE TIMBRE

ANALISIS: CALCULO RENAL + RIÑON HIPOTROFICO. IVU X E. COLI. ATB: CEFTRI FI 21/7. P/ NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA VS NEFRECTOMIA. (CARGAR PROC) VAL X ANESTESIA OK. DA AVAL PARA PROCEDIMINETO **PLAN:** CONTINUAR CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Ahora bien, aunque los extractos de la historia clínica anteriormente señalados son más que suficientes para corroborar la atención oportuna de la paciente, se resalta que apenas un día después del visto bueno por anestesiología, la demandante ya contaba con la orden y la respectiva autorización para efectuar la cirugía en cuestión:

Datos Generales

Fecha: 30/07/2018
Historia: 66817908
Hora: 06:54
Telefono: 3106173476 3122563747

Nombre: MARIA DORIS SUAREZ VELASCO
Edad: 52 Años
Sexo: Femenino

Estado de Conciencia: Alerta

Estado General

SUBJETIVO: NOTA DE RECIBO A CARGO DE LA JEFE HEIDY

OBJETIVO: RECIBO PACIENTE EN CAMA DESPIERTA CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA. PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES CON MUCOSAS HUMEDAS SATURANDO AMBIENTE. PACIENTE QUE RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL EN CANTIDADES ADECUADAS. PACIENTE QUE SE OBSERVA CON CUELLO MOVIL Y TORAX SIMETRICO. PACIENTE CON ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION EN EL MOMENTO SIN DOLOR. PACIENTE CANALIZADA EN PLIEGUE DE BRAZO IZQUIERDO CON ANGIO # 22 DEL 29/07/2018 PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS. PACIENTE QUE DEAMBULA SIN DIFICULTAD Y ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO. PACIENTE QUE SE OBSERVA CON MANILLAS INSTITUCIONALES. SE EDUCA A FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE MANTENER BARANDAS ELEVADAS DE SU CAMA Y SOBRE EL BUEN USO DE TIMBRE

ANALISIS: DX: CALCULO RENAL + RIÑON HIPOTROFICO. IVU X E. COLI. ATB: CEFTRI FI: 21/07. P/ NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA REQ 366991 (AUT: 432760-30016) YA TIENE AVAL X ANESTESIO.

PLAN: P/ NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA REQ 366991 (AUT: 432760-30016) YA TIENE AVAL X ANESTESIO.

De esta manera resulta palmaria la diligencia de Clínica Nuestra en la atención, análisis diagnóstico y determinación del procedimiento a seguir para lograr la mejoría del estado de salud de la demandante. Además, en la historia clínica aportada por la misma parte demandante se exhibe una orden de cirugía que señala el carácter de prioritario, situación que denota la diligencia y preocupación del personal de la salud en la atención de la accionante, veamos:

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 31/07/2018 03:05 p.m.
Lugar y Fecha: CALI, VALLE 31/07/2018 03:05 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 66817908 MARIA DORIS SUAREZ VELASCO
No Historia: 66817908 Orden N°: 5353067

Registro de Admision No: 237668

- **Procedimiento:** 550103 - NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CALCULO O CUERPO EXTRAÑO POR NEFROTOMIA

Observaciones: NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA DERECHA ---- PROGRAMACION PRIORITARIA

Materiales Especiales:

Una vez establecida la evidente diligencia de Clínica Nuestra, al igual que la pericia de los médicos que brindaron la atención y su apego a la *lex artis*, pues su diagnóstico y plan de manejo emergió de la orden y práctica de los exámenes pertinentes que permitieran emitir una conclusión científica acertada, debe resaltarse que la paciente volvió a ser atendida por la entidad asegurada en enero

de 2024, cuando la nefrectomía que motiva la demanda en cuestión ya había sido realizada, veamos:

PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS DE EDAD CONSULTA POR HALLAZGO INCIDENTAL DE COLELITIASIS □
ANTECEDENTE DE NEFRECTOMIA DERECHA 2022, REMITIDA POR NEFROLITIASIS IZQUIERDA, REFIERE DOLOR LUMBAR OCASIONAL QUE SE INCREMENTA CON EL CAMBIO DE POSICIONES. □
□
PARACLINICOS. □
* 19/01/24 TC DE ABD: NEFRECTOMIA DERECHA, MIOMA CALCIFICADO EN UTERO, NO HIDRONEFROSIS NI LITOS □
* 18/12/23 ECO DE ABD TOTAL: ESTEATOSIS GRADO II, COLELITIASIS SIN COLECISTITIS, NEFRECTOMIA DER, NEFROLITIASIS IZQ □
□
ANTECEDENTES. □
PATOLOGICOS. DM2, CA DE MAMA QUIMIO/RT, MONORENAL □
FARMACOLOGICOS. METFORMINA, ASTRAZO □
ALERGICOS. NIEGA □
QUIRURGICOS. POMEROY, NEFRECTOMIA DERECHA 2022, VACIAMIENTO GANGLIONAR DERECHO PÓR CA DE MAMA □
TOXICOS. NIEGA □

En este sentido, es claro que la atención más reciente brindada a la paciente ni siquiera puede relacionarse de alguna manera con la extracción del riñón que motiva la pretensión de resarcimiento, pues la accionante acudió a Clínica Nuestra cuando el procedimiento quirúrgico ya se había realizado, lo que, es más, había transcurrido un tiempo considerable de 2 años entre la práctica de la cirugía y la presencia de la paciente en las instalaciones de la asegurada.

Conforme a lo mencionado anteriormente, es evidente la inexistencia de la configuración de la culpa y el nexo causal como elementos de la responsabilidad, lo que inexorablemente impide la configuración de la misma, pues desde la atención brindada en el año 2018 por Clínica Nuestra, la asegurada se caracterizó por dar respuesta oportuna frente a la situación de salud que atravesaba la demandante, así como por apegarse a un actual perito y apegado a la *lex artis* en tanto procedió a ordenar los exámenes de rigor para determinar el tipo de padecimiento y el plan de manejo que debía darse, situación esta última que además dio lugar a la orden de cirugía prioritaria lo que permite corroborar la evidente preocupación y profesionalismo de los integrantes del personal de salud de la institución referida.

En conclusión, no resulta procedente declarar la afectación de la póliza de seguro No. 900001212352 teniendo en cuenta que no acaeció el riesgo asegurado de la responsabilidad civil profesional en cabeza de Clínica Nuestra (sociedad N.S.D.R. S.A.S.) en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, debido a la evidente inexistencia de la configuración de los elementos culpa y nexo causal, pues de la simple lectura de la historia clínica se confirma una atención oportuna, perita y apegada a la *lex artis*, y que solo volvió a darse 2 años después de que a la paciente le fuera extraído su riñón derecho por parte de una institución de salud ajena a ella. Por lo tanto, el supuesto daño causado a la demandante no tiene su origen en ninguna de las actuaciones adelantadas por la sociedad asegurada tornando en improcedente las pretensiones indemnizatorias de la demanda ante la clara inexistencia de la responsabilidad civil que se persigue lo que, en consecuencia, impide la afectación de la póliza.

Solicito declarar probada esta excepción.

2. EL SEGURO CONTENIDO EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES 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 (...)”²² (Negrita por fuera de texto).

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

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

En vista de lo anterior, para el caso concreto, como se expuso en las excepciones de fondo planteadas anteriormente, 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 respecto de determinados demandantes de la parte activa, sino porque supera totalmente los baremos jurisprudenciales establecidos 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 y daño a la vida de relación, es evidente que existe una indebida pretensión de enriquecimiento con base en el contrato de seguro, vulnerando el carácter indemnizatorio que reviste pues lo solicitado en el escrito petitorio no obedece a perjuicios que efectivamente hayan sido causados, y menos en las proporciones que se estiman, por la sociedad asegurada, luego, dicha ausencia de causalidad entre lo pretendido y el actuar de la asegurada trae consigo la injustificada búsqueda de la afectación de la póliza, la cual debe ser negada atendiendo a que no se configura supuesto fáctico alguno que permita vislumbrar la existencia de un deber de resarcir.

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

3. 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. 900001212352 vigente al momento de la reclamación judicial 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. 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 se limita a la concurrencia de la suma asegurada.

Conforme a lo mencionado, es necesario traer a colación el artículo 1079 del Código de Comercio,

según el cual debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

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

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

“(…) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización (…).”²³.

En orden de lo comentado, las condiciones estipuladas en la póliza No. 900001212352, expedida por Seguros Generales Suramericana S.A., 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:

Valor asegurado: \$2.000.000.000

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

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA
Gastos de Defensa	100%	100%
Gastos de Defensa (Penales)	50%	50%
Responsabilidad civil por la posesion el uso o el mantenimiento de los predios	100%	100%
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%

Siendo las cosas de ese modo, si en gracia de discusión naciera obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, esta no podrá exceder el límite del valor asegurado el cual asciende a \$2.000.000.000, descontando previamente el valor del deducible, porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a la aseguradora a asumir el riesgo asegurado.

Adicionalmente a lo mencionado, debe recordarse que el artículo 1089 del Código de Comercio establece el límite de la obligación indemnizatoria de la aseguradora en el siguiente sentido:

“ARTÍCULO 1089. LIMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN. 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.

Se presume valor real del interés asegurado el que haya sido objeto de un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. Este, no obstante, podrá probar que el valor acordado excede notablemente el verdadero valor real del interés objeto del contrato, mas no que es inferior a él”

De esta forma, es claro que por disposición legal el valor del límite asegurado anteriormente referido no puede ser objeto de indexación toda vez que del análisis de la norma en cita se concluye que el valor del límite asegurado corresponde al de la fecha de la ocurrencia del siniestro.

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 con el fin de circunscribir la hipotética obligación indemnizatoria a lo verdaderamente probado en el proceso sin que dicha suma exceda el límite del valor asegurado.

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

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro, esto es 15% del valor de la pérdida, o mínimo \$70.000.000 m/cte.

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

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

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

Así, aplicando esta definición al caso en concreto se puede verificar que en la carátula de la póliza vigente al momento de la reclamación judicial se pactó un deducible equivalente al 15% del valor de la pérdida y mínimo \$70.000.000 m/cte para el amparo de responsabilidad profesional como se observa a continuación:

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

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	15% de la pérdida, mínimo \$70.000.000 COP
Gastos de Defensa (Penales)	50%	50%	15% de la pérdida, mínimo \$70.000.000 COP
Responsabilidad civil por la posesión el uso o el mantenimiento de los predios	100%	100%	15% de la pérdida, mínimo \$70.000.000 COP
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	15% de la pérdida, mínimo \$70.000.000 COP

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 15% del valor de la pérdida o mínimo \$70.000.000 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. 900001212352, la cual se encuentra vigente al momento de la reclamación judicial.

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

5. 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.

6. CONFIGURACIÓN DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO No. 900001212352

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que, 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. Consecuentemente, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar

contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio, de tal manera que, si durante el proceso se llega a probar los supuestos facticos en que se fundan las exclusiones de cobertura, no quedará otra salida que desestimar las pretensiones que se enfilaron en contra de mi mandante.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan 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 No. 900001212352 en sus Condiciones Generales refiere una serie de exclusiones para el amparo de responsabilidad civil profesional y para el contrato de seguro en general.

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de la póliza, aquella no podrá ser afectada, en tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión de cobertura que en virtud de la libertad contractual fueron acordadas por las partes del seguro. Por ende, el Despacho de cara a definir las obligaciones que pueden surgir a cargo de cada una de las partes, no puede pasar por alto el seguro en su integridad, con sus amparos y exclusiones puesto que aquel acto jurídico compone el límite de la asunción de los riesgos por parte de Seguros Generales Suramericana S.A., luego si se prueba alguna causa de exclusión se frustra la posibilidad de imponer obligación alguna.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

7. 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.

8. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Esta excepción se propone en caso de que durante el desarrollo del proceso se demuestre que Clínica Nuestra recibió reclamación sea judicial o extrajudicial de forma previa al mes de enero de 2025 con fundamento en los hechos que motivan la demanda, caso en el cual la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro habrá operado conforme a lo establecido en los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, situación que requerirá la declaratoria de la misma impidiendo efectuar un análisis de fondo sobre las peticiones del llamamiento en garantía.

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros, y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

*“ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES: **La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro 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 que nace el respectivo derecho.

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

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo (conocimiento), en la segunda no se efectúa esa distinción, sino que se cuenta desde el acaecimiento del hecho. Sobre este particular y en especial para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (...)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), **al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.***”(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Ahora bien, lo anterior debe leerse de forma conjunta con lo dispuesto en el artículo 1131 de estatuto mercantil aplicable a los seguros de responsabilidad civil, la norma en cuestión estipula lo siguiente:

“ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. *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.”*

En este sentido, es posible observar una modificación en lo atinente al momento desde el cual comienza a contarse la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, así, el asegurado cuenta con 2 años para interponer la respectiva acción contados a partir de la reclamación judicial o extrajudicial que se le formule.

Por lo anterior, es claro que si en el transcurso del proceso llega a corroborarse la existencia de una reclamación anterior a enero de 2025 efectuada Clínica La Nuestra, será desde la misma que deberá contabilizarse el término de prescripción para efectuar el presente llamamiento en garantía siendo procedente su declaratoria.

9. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS

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

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. CONTRADICCIÓN AL DICTAMEN PERICIAL

Teniendo en cuenta que el artículo 228 del Código General del Proceso establece frente a la contradicción del dictamen pericial: *“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. Estas deberán realizarse dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado o, en su defecto, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la providencia que lo ponga en conocimiento. En virtud de la anterior solicitud, o si el juez lo considera necesario, citará al perito a la respectiva audiencia, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen. La contraparte de quien haya aportado el dictamen podrá formular preguntas asertivas e insinuantes. Las partes tendrán derecho, si lo consideran necesario, a interrogar nuevamente al perito, en el orden establecido para el testimonio. Si el perito citado no asiste a la audiencia, el dictamen no tendrá valor (...)”*, solicito comedidamente al Juzgado ordenar la comparecencia del Dr. Rafael Castellanos Acosta a la audiencia de instrucción y juzgamiento con el fin de ejercer la contradicción al dictamen pericial aportado con la demanda.

VI. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

A. 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 María Doris Suarez Velasco 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 María Doris Suarez 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 Rodrigo de

Jesús Sánchez 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 Rodrigo de Jesús Sánchez podrá ser notificado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor Mauricio Ramírez Suarez 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 Mauricio Ramírez Suarez podrá ser notificado en la dirección de notificación relacionada en la demanda
4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora Jhoana Sánchez Suarez 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 Jhoana Sánchez Suarez podrá ser notificada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora Nureidy Sánchez Suarez 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 Nureidy Sánchez Suarez podrá ser notificada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
6. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora Judith Sánchez Suarez 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 Judith Sánchez Suarez podrá ser notificada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
7. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor Eymar Humberto Zuleta Gómez 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 Eymar Humberto Zuleta Gómez podrá ser notificado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
8. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de SOS EPS 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.

9. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la sociedad NSRD S.A.S.-Clínica Nuestra 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.
10. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de Comfandi 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.
11. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de Clínica Imbanaco 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.
12. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de Clínica Imbanaco 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.
13. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal del Instituto de Religiosas San José de Gerona 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.
14. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la Clínica Versalles 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.
15. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal

de la Clínica Valle de Lili 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.

16. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de Seguros del Estado 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.

B. 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 SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., 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: notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

C. TESTIMONIALES

- Sírvase citar y hacer comparecer al DOCTOR ANDRES VARGAS de la especialidad de UROLOGÍA, para que declare respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicanuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al DOCTOR FABRICIO BECERRA MEDINA de la especialidad de UROLOGÍA, para que declare respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicanuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al DOCTOR ANDRES MANUEL DIAZ de la especialidad de UROLOGÍA, para que declare sobre la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ

VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.

- Sírvase citar y hacer comparecer al DOCTOR JUAN FERNANDO TEJADA de la especialidad de UROLOGÍA, para que declare sobre la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la DOCTORA CINDY PATRICIA GUERRERO SANTACRUZ de la especialidad de MEDICINA GENERAL, para que declare sobre la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificada por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al DOCTOR ANDRÉS FELIPE TENORIO CONTRERAS de la especialidad de MEDICINA GENERAL, para que declare sobre la atención brindada al señor MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud al paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la DOCTORA LAINETH PAOLA RODRÍGUEZ de la especialidad de MEDICINA GENERAL, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificada por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la DOCTORA ANGÉLICA CARELI GUERRERO GRANADOS de la especialidad de MEDICINA GENERAL, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificada por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico

contrataciones@clinicauuestra.com.

- Sírvase citar y hacer comparecer al DOCTOR JUAN PABLO RAMÍREZ TORRES de la especialidad de MEDICINA GENERAL, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada al señor MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud al paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la DOCTORA MELISSA CATACHUNGA MARÍN de la especialidad de MEDICINA GENERAL, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificada por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la DOCTORA PAOLA ANDREA RUIZ JIMÉNEZ de la especialidad de MEDICINA GENERAL, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificada por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al DOCTOR ESTEBAN MOSQUERA MOSQUERA de la especialidad de MEDICINA GENERAL, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada al señor MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud al paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al DOCTOR ESTANISLAO LOPEZ URBANO de la especialidad de ANESTESIOLOGÍA, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al ENFERMERO JAWMAR ESMERLING MONTOYA GARCIA, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia

médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.

- Sírvase citar y hacer comparecer al ENFERMERO CRISTIAN HARLEY ROMAN MANCILLA, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al ENFERMERO JOSE FRANCISCO BOLAÑOS SANCHEZ, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al ENFERMERO BRIAN STEVEN PACHECO GALEANO, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al ENFERMERO JERSON VALENCIA GARCIA, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al ENFERMERO SEBASTIAN CAICEDO DIAZ, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer al ENFERMERO ANDERSON MENDEZ RODRIGUEZ, para

que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.

- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA LUZ ANDREA VASQUEZ LOPEZ, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA MARIA CAMILA VELEZ DIAZ, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA EYDIS BALANTA MINA, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA DIANA MARCELA ESPINOSA ERAZO, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA ANGIE CATALINA ARANGO DAZA, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicamuestra.com.

- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA MARIANA OSORIO HENAO, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA MARIA CAMILIA QUIROZ VALENCIA, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA ERIKA JOHANA CASTRO ORTIZ, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA VIVIAN KATHERIN LARA MILLAN, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA INGRID CONSTANSA LASSO VIDAL, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA KELLY PATRICIA CABRERA MONTOYA, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se

fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.

- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA MARTHA CECILIA JACANAMIJOY TISOY, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA YEIMI ISABEL GONAZALES RAMIREZ, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA MELIZA HERNANDEZ RESTREPO, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA MARIA ISABEL AGUIRRE CIFUENTES, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA XIMENA CASTAÑEDA ORTIZ, para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.
- Sírvase citar y hacer comparecer a la ENFERMERA ANGIE LIZETH MALLAMA para que declare sobre los hechos de la demanda del 1 al 4, respecto de la atención brindada a la señora

MARIA DORIS SUAREZ VELASCO, así como la supuesta negligencia médica y supuesta defectuosa prestación de los servicios de salud a la paciente, en las que se fundamenta la demanda, quien puede ser notificado por medio de SOCIEDAD NSDR SAS, correo electrónico contrataciones@clinicauuestra.com.

- 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.

D. DICTAMEN PERICIAL

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

Teniendo en cuenta lo prescrito en la norma, mi representada se valdrá de dictamen pericial rendido por el profesional que designará posteriormente con el fin de determinar si los exámenes realizados, el diagnóstico de la paciente, el procedimiento ordenado y la oportunidad en la atención fueron correctos.

Debido a que se debe realizar el respectivo análisis de la historia clínica que resulta bastante amplia en tanto comprende las atenciones brindadas en diferentes instituciones desde el año 2016 hasta el año 2022, se tiene que el término para contestar el llamamiento en garantía resulta insuficiente para aportar el dictamen pericial, por lo tanto, solicito al señor juez que al momento de decretar la prueba señale el término para aportarla en un término no inferior a vistos meses.

VII. ANEXOS

1. Poder especial otorgado por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. con el respectivo mensaje de datos.

2. Certificado de existencia y representación legal de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

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 Seguros Generales Suramericana S.A., recibirán notificaciones en la Carrera 63 49 A 31 Piso 1 Ed. Camacol de Medellín, y al correo electrónico: notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

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

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

C.C No. 19.395.114 de Bogotá D.C

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