

Señores.

JUZGADO SEXTO (06) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI (V)

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 760013333006 2025 00035-00
DEMANDANTES: MARTHA LILIANA LOAIZA SOLORZANO Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. Y OTROS
LLAMADOS EN GTÍA.: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado general de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio principal en calle 100 No. 9 A -45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con el NIT.860.524.654-6, representada legalmente por JUAN PABLO RUEDA SERRANO, identificado con cedula de ciudadanía 79.445.028, como consta en el poder especial allegado. Encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** propuesta por la señora Martha Liliana Loaiza Solorzano y otros en contra del HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. y el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E., y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por estos a mi prohijada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su despacho tanto en la demanda como en el llamamiento en garantía, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I. OPORTUNIDAD

Teniendo en consideración que la notificación electrónica del Auto Interlocutorio No 526 del 08 de julio de 2025 que admitió el llamamiento en garantía se efectuó el día 15 de julio de la misma anualidad y de acuerdo a lo reseñado en el artículo 199 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo modificado por el artículo 47 de la Ley 2080 de 2021, la notificación electrónica se entiende surtida pasados dos (2) días después del envío del mensaje de datos, por ello, el término empezó a contabilizarse desde el 18 de julio de 2025, y teniendo presente que el 07 de agosto de 2025 es festivo, por tanto, los juzgados no laboran; así, se tiene hasta el día 08 de agosto de 2025 para contestar la demanda y el llamamiento en garantía, por lo cual se concluye que este escrito se presenta dentro del término establecido para tal efecto.

METODOLOGIA

Por económica procesal, dentro del presente escrito inicialmente se contestará la demanda presentada por la parte actora; luego, se contestará el llamamiento en garantía formulado por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**, y por último el llamamiento formulado por el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**

CAPÍTULO II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

I. FRENTE A “HECHOS” DE LA DEMANDA

Frente al hecho denominado “PRIMERO”: A mi representada no le consta lo aquí manifestado, teniendo

de presente que se trata de un situación personalísima, ajena al objeto comercial de la compañía, y esta no cuenta con ningún medio para corroborar lo aquí señalado.

Frente al hecho denominado “SEGUNDO”: A mi representada no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que exige el proceso. Por otro lado, con fundamento en lo señalado por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, se evidencia que no es cierto lo aquí expresado, dado que la demandante inició controles prenatales de manera tardía, sin aportar exámenes esenciales para la vigilancia obstétrica, los cuales fueron ordenados y no realizados.

Frente al hecho denominado “TERCERO”: No es cierto, teniendo presente la historia clínica y la respuesta de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, la paciente ingresó por dolor pélvico de 5 días de evolución, sin signos de alarma obstétrica. Fue valorada, se le realizaron controles, y no reunió criterios de hospitalización. Asimismo, la auscultación realizada por el médico no fue necesario remitir a la paciente con el especialista, por lo que su dicho sobre que en ese momento no se contaba con Ginecología – Obstetricia, es un pronunciamiento irrelevante para esta atención médica.

Frente al hecho denominado “CUARTO”: A mi prohijada no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas a la paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que exige el proceso. No obstante, de conformidad con el historial clínico que obra en el expediente, se extrae que a la paciente se le ordenó ecografía obstétrica con perfil biofísico, la cual fue clínicamente positiva (8/8), por lo que se autorizó egreso con control en 48 horas y claras instrucciones de alarma.

Frente al hecho denominado “QUINTO”: A mi representada no le consta de manera directa lo señalado por los demandantes, ya que no tuvo conocimiento directo de las atenciones médicas brindadas al paciente, dado que estas son ajenas a su ámbito de intervención. La aseguradora no tiene injerencia, ni directa ni indirecta, en los actos médicos descritos. En todo caso, es importante señalar que corresponde a la parte actora acreditar sus afirmaciones de manera adecuada mediante los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles que exige el proceso. Empero, según consta en la historia clínica y de la respuesta la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, el 18 de febrero de 2022, la paciente fue valorada por ginecobstetricia. Se le realizó monitoria fetal categorizada como normal (Categoría I). No presentó signos clínicos de trabajo de parto. Fue citada para nueva monitoria fetal. Ahora, sobre las recomendaciones que manifiesta la demandante se le dieron, son contrarias a la realidad, dado que en la historia clínica consta expresamente que la recomendación fue evitar este tipo de bebidas o remedios caseros “NO DEBE TOMAR BAÑOS O BEBIDAS CON BREVO, AGUA DE CANELA, NI REMEDIOS PARA SACARSE EL FRÍO” O “ACELERAR LAS CONTRACCIONES”, como se aprecia:

ANÁLISIS Y PLAN

ESTABLES, DEBIDO A QUE PRESENTA REPORTE DE PARACLINICOS Y UN CULTIVO RECTO VAGINAL NEGATIVO ADEMÁS DE QUE TIENE DOMICILIO UBICADO EN PALMIRA SE DECIDE CITAR NUEVAMENTE EL DÍA DE MAÑANA 7 AM PARA INICIAR INDUCCIÓN DE PARTO.

SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y RECONSULTA TEMPRANA, REFIERE ENTENDER

DEBE CONSULTAR URGENTE SI:

Le sale de sangre o líquido por vagina, así no duela
Si pasan 3 HORAS y el bebé no se mueve o se mueve menos
Si le da dolor de cabeza intenso, ve lucecitas, le zumban los oídos o escucha pitos, le duele la boca del estómago o se hincha
Si tiene contracciones cada 3 minutos por al menos 2 horas seguidas
Si tiene fiebre
Si siente dificultad respiratoria
Si convulsiona
Si tiene alguna duda con relación a su bienestar o el de su bebé

NO DEBE TOMAR BAÑOS O BEBIDAS CON BREVO, AGUA DE CANELA, NI REMEDIOS PARA "SACARSE EL FRÍO" O ACELERAR LAS CONTRACCIONES

PLAN:

1. SALIDA.

Frente al hecho denominado "SEXTO": Si bien a mi representada no le consta directamente lo aquí expresado, según la historia clínica, la paciente consultó el 21 de febrero, siguiendo indicaciones anteriores. Fue hospitalizada y se inició inducción al trabajo de parto, conforme a protocolos establecidos. Los cuales era: hidratación intravenosa, misoprostol vía vaginal, vigilancia clínica, monitoreo fetal y toma de exámenes.

Frente al hecho denominado "SEPTIMO": Si bien a mi prohijada no le consta lo aquí descrito, dado que no intervino de manera directa o indirecta en la atención de la paciente. No es cierto lo aquí descrito, tal y como consta de la historia clínica y la respuesta de E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. Se evidencia que la paciente fue valorada de forma continua y periódica desde su ingreso el 21 de febrero de 2022. Asimismo, una paciente en estado de embarazo puede presentar modificaciones súbitas en su condición clínica, tanto materna como fetal, como ocurrió en este caso, donde la madre refirió ausencia de movimientos fetales cerca de las 7:30 p.m., apenas una hora después de haber sido valorada clínicamente con parámetros normales y evolución adecuada del trabajo de parto. La actuación institucional fue inmediata y diligente ante la novedad, dentro del marco de los protocolos asistenciales y la capacidad instalada del Hospital, como se aprecia:

****NOTAS DE ENFERMERIA del 21-Feb-2022 06:47 pm: 31 Años**

Id: 2917859

Fecha de grabación: 21-Feb-2022 06:47 pm

CONSTANTES VITALES

Tension arterial (mmhg):
Frecuencia cardiaca (por minuto): 82
Frecuencia respiratoria(por minuto): 20
Temperatura (°C): 36.2
Saturacion de oxigeno (%): 99
Peso(kgs): 0.00
talla (cms):
Sistole: 100
Diastole: 70

EVOLUCIÓN

19+00 QUEDA PACIENTE EN SALA DE RABAJO DE PARTO EN CAMA EN APARENTE BUENAS CONDICIONES FISICA TRANQUILA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN T.L.P NIEGA PREMONITORIOS PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS CON FCF:137* CON L.E.V PERMEABLES EN MSI PASANDO SS.N AL 0.9 % AL TV:D:4 CM,B:90 % , E - 2,M: INTEGRAS CON MONITORIA FETAL CATEGORIA I DE LAS 17 + 30 HORAS

Documento de venta asociado

FVE-196826
No asegurado: GOBERNACION VALLE DEL CAUCA [SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA]

Frente al hecho denominado "OCTAVO": Si bien a mi representada no le consta de manera directa lo aquí descrito, según la historia clínica, es cierto que el neonato fue recibido entubado, con bajo tono muscular, y dificultad respiratoria. Fue trasladado oportunamente a institución de mayor complejidad. Se debe tener presente que la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, como IPS de baja complejidad, no cuenta con UCI neonatal, tal y como lo señaló en su contestación a la demanda, por lo cual la remisión fue clínicamente necesaria y diligente.

Frente al hecho denominado "NOVENO": A mi prohijada no le consta directamente lo aquí expresado, toda vez que no tuvo participación directa en los hechos que narra el apoderado de la parte actora. No obstante, según la historia clínica, es cierto, en cuanto a la remisión al Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" debido al estado crítico del recién nacido. Según la historia clínica del HUV, el paciente ingresó en condiciones graves, con signos de compromiso neurológico y requerimiento de soporte ventilatorio. Se le brindó atención inmediata por parte del equipo médico especializado, incluyendo medidas avanzadas de soporte vital y monitoreo continuo.

Frente al hecho denominado "DÉCIMO": A mi prohijada no le consta directamente lo aquí expresado. Pero, según la historia clínica, es cierto, en cuanto a la realización de la resonancia magnética el 06 de marzo de 2022 y el diagnóstico de encefalopatía hipóxica-isquémica. La historia clínica del HUV documenta que, desde su ingreso, el paciente recibió atención en unidad de cuidados intensivos neonatales con medidas avanzadas de soporte vital y neuroprotección. Se realizaron los estudios diagnósticos necesarios y se instauró tratamiento acorde con su condición, evidenciando la atención integral prestada en todo momento por parte del hospital demandado.

Frente al hecho denominado "DÉCIMO PRIMERO": No es un hecho, son apreciaciones e imputaciones sin pruebas que realiza el apoderado de la parte actora, se debe tener presente que no se aportó prueba técnico-científico que diera cuenta de lo aquí manifestado y claramente el apoderado no cuenta con los

estudios y experiencia profesional en el área de la salud para emitir tales conceptos.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO SEGUNDO”: No es un hecho, sino una apreciación subjetiva carente de sustento técnico-científico. Además, inicialmente la parte actora no tiene en cuenta la remisión por parte del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. fue oportuna, la atención se brindó conforme a los protocolos establecidos para una institución de su nivel de complejidad y no hubo omisión injustificada por parte del personal asistencial. Se reitera que el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. es una institución de baja complejidad, por lo cual no está obligada a contar con unidad de cuidados intensivos neonatales, ni con los equipos de alta tecnología requeridos para atender ciertas condiciones críticas, razón por la cual gestionó de forma inmediata la remisión del recién nacido. Se hace la aclaración que dicha remisión estaba a cargo de la EPS.

Asimismo, Conforme a lo consignado en la historia clínica del menor Juan Manuel Perdomo Ruiz, no es cierto que la atención brindada por el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" haya sido deficiente, negligente o carente de diligencia. El paciente fue remitido desde el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira con diagnóstico de asfixia perinatal severa y síndrome de aspiración meconial, encontrándose en estado crítico, intubado, sin respuesta neurológica y con antecedente de reanimación neonatal avanzada por aproximadamente veinte minutos.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO TERCERO”: A mi representada no le consta los supuestos daños a la familia que señala la parte actora, teniendo presente que no se indica concretamente que daños, y claramente se trata de una situación personalísima, la cual mi representada no cuenta con los medios para corroborarlo. Correspondiéndole así la carga de prueba a la parte actora conforme al artículo 167 del CGP.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO CUARTO”: A mi prohijada no le consta de manera directa los supuestos perjuicios materiales, sobre todo porque no se aportó ninguna prueba de los supuestos pagos realizados, no hay que olvidar que los gastos médicos derivados del presunto evento tales como consultas, exámenes y medicamentos son asumidos por el Sistema de Seguridad Social en Salud, por lo que no corresponde atribuir estos costos a las entidades demandadas. Asimismo, no se cuenta con pruebas de las afectaciones morales de los padres, hermanos y abuelos del menor, teniendo en cuenta que se trata de una situación personalísima ajena al objeto comercial de la compañía.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO QUINTO”: A mi representada no le consta lo aquí expresado, teniendo en cuenta que no se aportan elementos técnicos, científicos ni periciales que permitan concluir que el menor JUAN MANUEL PERDOMO RUIZ padece una afectación psíquica o psicológica atribuible a una omisión en la atención médica prestada por el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. o por parte del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Sobre todo, porque no existe elementos de prueba que acrediten una falla en la prestación del servicio por parte de los hospitales demandados.

Frente al hecho denominado “DÉCIMO SEXTO”: No se trata de un hecho, son aseveraciones que realiza el apoderado de la parte actora sin prueba técnica que lo acredite. En ese sentido, la parte actora no arrojó prueba tan siquiera sumaria que permita establecer probatoriamente la configuración del daño y su eventual extensión. Además, en la jurisdicción contenciosa, el daño a la vida en relación no se encuentra reconocido como una tipología del daño, no obstante, de ser subsumido como un daño a la salud, tampoco se aportan pruebas que permita su reconocimiento. Por lo tanto, lo expuesto en este hecho no es cierto o no está probado.

II. FRENTE A “LO QUE SE PRETENDE” DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por carecer de fundamentos fácticos, jurídicos y probatorios que hagan viable su prosperidad. En las pretensiones de la demanda es notorio el deseo desproporcionado del extremo actor por lucrarse, debido a que no logra, siquiera de forma sumaria, demostrar los elementos esenciales para que se configure la eventual responsabilidad en cabeza de la parte pasiva de la Litis.

Frente la pretensión denominada “PRIMERA”: Respetuosamente manifiesto al despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se acceda a la solicitud de declaratoria de responsabilidad de las entidades demandadas **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** por los supuestos perjuicios ocasionados a los demandantes por la atención e intervención médica del día **21 de febrero de 2022.** Máxime cuando no hay ningún tipo de evidencia en el expediente que establezca que por parte del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** o del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** se haya desarrollado alguna conducta negligente u omisiva que hubiese sido la desencadenante de los hechos reprochados.

Frente la pretensión denominada “SEGUNDA”: Respetuosamente manifiesto al despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se acceda a la solicitud de declaratoria de condena de las entidades demandadas **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** por los supuestos perjuicios ocasionados a los demandantes por la atención e intervención quirúrgica del día **21 de febrero de 2022.** Máxime cuando no hay ningún tipo de evidencia en el expediente que establezca que por parte del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** o del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** se haya desarrollado alguna conducta negligente u omisiva que hubiese sido la desencadenante de los hechos reprochados.

Frente a la pretensión denominada “1º) PERJUICIOS MORALES”: Respetuosamente manifiesto al Despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene a las entidades demandadas **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.,** a indemnizar a los aquí demandantes por los supuestos daños morales sufridos, toda vez que ni siquiera se aportaron pruebas que acrediten los elementos de la responsabilidad.

Además, me opongo por cuanto los mismos son excesivos y desbordan los lineamientos establecidos en la Sentencia de Unificación del Consejo de Estado en caso de lesiones, pues no existe dentro del plenario medios de convicción que determine el porcentaje de la gravedad de la supuesta lesión sufrida al menor **Juan Manuel Perdomo Ruiz.** Para casos de lesiones el Consejo de Estado ha señalado por cada gravedad de lesión un monto máximo en salarios mínimos legales mensuales vigentes para los diferentes niveles de relación afectiva. Asimismo, la jurisprudencia contenciosa ha indicado sobre la certeza del daño lo siguiente: *“El primer elemento que se debe observar en el análisis de la responsabilidad Estatal es la existencia del daño, el cual, además, debe ser antijurídico, toda vez que, como lo ha reiterado la jurisprudencia de esta Sala, sin daño no hay responsabilidad y solo ante su acreditación hay lugar a explorar la posibilidad de imputación del mismo al Estado. [...] Como ya lo ha precisado esta Sala de Subsección respecto del daño, este debe ser cierto; es decir, no puede ser eventual, hipotético, fundado en suposiciones o conjeturas”*¹.

¹ NOTA DE RELATORÍA: Sobre los requisitos que se deben acreditar por el demandante para que el daño reclamado sea indemnizable, consultar providencia de 13 de agosto de 2008, Exp. 16516, C.P. Enrique Gil Botero; y de 9 de junio de 2012, Exp. 24633, C.P. Hernán Andrade Rincón

En el caso en mención no existen medios probatorios que den cuenta de la existencia de una mala praxis médica, como lo narra la parte actora, como tampoco la gravedad de lesión, ni mucho menos que la misma sea igual o superior al 50% para que la parte actora solicite cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por lo que resulta antitécnico solicitar perjuicios morales por una lesión de la cual no se tiene certeza.

Frente a la pretensión denominada “2). DAÑO EN LA VIDA EN RELACIÓN”: Respetuosamente manifiesto que me opongo a que se condene a las entidades demandadas **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** a indemnizar a los aquí demandantes por el supuesto daño en la vida en relación, toda vez que esta tipología de perjuicio fue abandonada por el Consejo de Estado a partir de la sentencia de unificación del 14 de septiembre del 2011, además, no existe ninguna presunción para su reconocimiento, y la parte actora no aportó ninguna prueba técnica de la misma.

Frente a la pretensión denominada “3). PERJUICIO FISIOLÓGICO” (PERJUICIO DAÑO A LA SALUD): Respetuosamente manifiesto al despacho que, aunque las pretensiones de la demanda NO están dirigidas en contra de mi representada, me opongo a que se condene a las entidades demandadas **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**, a indemnizar al menor **Juan Manuel Perdomo Ruiz** por el supuesto daño a la salud. Se insiste en que al plenario no se arrimó una sola prueba que diera cuenta de una acción omisiva o negligente atribuible a las E.S.E., así como tampoco se aportó con la demanda el porcentaje de las supuestas secuelas padecidas por el demandante, por lo que ante la orfandad probatoria resulta inadmisibles el reconocimiento de la presente tipología del daño, como quiera que el mismo resulta para esta etapa procesal en una mera especulación carente de todo sustento probatorio, razón suficiente para que se deniegue la pretensión

Frente a la pretensión denominada “4). PERJUICIO MATERIALES (DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE)”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohijada, manifiesto que me opongo a su reconocimiento, toda vez que es manifiestamente improcedente, teniendo presente que se trata de un menor de edad que apenas nació, por tanto, no existe prueba alguna de los ingresos que iba a generar o si lo iba hacer. Por otro lado, resulta abiertamente desproporcional que el lucro cesante futuro sea solicitado por la madre del menor, teniendo presente que no existe dependencia de esta.

Frente a la pretensión denominada “5).”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi representada, me opongo a la misma, toda vez que desconoce el funcionamiento de las IPS y EPS, y en general del sistema de salud Colombiano, y no se puede trasladar obligaciones de una EPS a una IPS. Incluso, que sea la IPS quien deba buscar una EPS para que se preste la atención al menor resulta a todas luces improcedente.

Frente a la pretensión denominada “TERCERA”: Aunque la pretensión no está dirigida directamente en contra de mi prohijada, manifiesto que me opongo a la prosperidad de la misma, por cuanto al no configurarse los elementos de la responsabilidad patrimonial y extracontractual en cabeza de las entidades demandadas **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**, no habrá lugar a dar lugar a lo establecido en el artículo 192 del CPACA, pues, si no existe una sentencia o un auto con una condena que establezca una cantidad líquida de dinero, no son viables los intereses moratorios.

Frente a la pretensión denominada “CUARTA”: Aunque la pretensión no es dirigida directamente en

contra de mi prohijada, manifiesto que me opongo enfáticamente a que se ordene a las entidades demandadas, **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**, a dar cumplimiento a establecido en el artículo 188 del CPACA. Lo anterior, toda vez que a todas luces resulta improcedente, pues no se acreditan los requisitos necesarios para que se estructure la responsabilidad como se ha explicado, por lo que no habrá condena en contra de la entidad demandada

III. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

En el presente acápite se presentarán los fundamentos de hecho y de derecho que en general, sustentan la oposición a las pretensiones de la demanda y que en particular dan cuenta de que la demandante no ha probado, como es su deber, la existencia de todos los supuestos normativos de la presunta responsabilidad patrimonial que pretende endilgarse a la parte demandada en este litigio.

Sustento la oposición a las pretensiones invocadas por el extremo activo de este litigio, de conformidad con las siguientes excepciones:

A. INEXISTENCIA DE LA FALLA DEL SERVICIO, NO ESTÁ ACREDITADA LA RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E. O HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.

Dentro del plenario no existen elementos materiales probatorios tan siquiera sumarios que acrediten la responsabilidad de las ESE demandadas, toda vez que no existió ninguna falla del servicio, de hecho, se evidencia que se le brindó una atención adecuada a la madre del menor y se siguieron los protocolos establecidos a tal punto de que el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** al evidenciar que el menor nació con complicaciones inmediatamente inició la remisión. A su vez, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** atendió al menor con las complicaciones con que fue remitido, y siguió todos los protocolos para salvarle la vida. Además, la historia clínica aportada por los asegurados no evidencia que el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y/o el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** hayan incumplido sus deberes y como consecuencia de esto se materializara algún daño. Aunado a esto, cualquier intervención quirúrgica o tratamiento médico lleva consigo ciertos riesgos inherentes y en un remoto evento que cualquiera de estos riesgos se materialice no por ello debe existir responsabilidad alguna.

En relación a la falla en la prestación de servicio, el Consejo de Estado ha determinado que la “*falla del servicio o la falta en la prestación del mismo se configura por retardo, por irregularidad, por ineficiencia, por omisión o por ausencia del mismo*”. (Consejo de Estado, 2012, Rad. 25000-23-26-000-1996-03282-01(20042)). Sin embargo, es trascendental que la autoridad a la que se le imputa responsabilidad sea competente y esté dentro de sus funciones la prestación del mismo. Al respecto la jurisprudencia contenciosa ha indicado que:

"1.- En casos como el presente, en los cuales se imputa responsabilidad a la administración por el incumplimiento o el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones, la determinación de si el daño causado al particular tiene el carácter de daño antijurídico, depende de acreditar que la conducta de la autoridad fue inadecuada. Si el daño que se imputa a ésta se deriva del incumplimiento de un deber que legalmente le corresponde, o de su cumplimiento inadecuado, la antijuridicidad del daño surgirá entonces aquí de dicha conducta inadecuada, o lo que es lo mismo, de una FALLA EN EL SERVICIO. [...] "2.- Para determinar si aquí se presentó o no dicha falla del servicio, debe entonces previamente establecerse cuál es el alcance de la obligación legal incumplida o cumplida inadecuadamente por la administración. Debe precisarse en qué forma debió haber cumplido el Estado con su obligación; qué era lo que a ella podía exigírsele; y, sólo si en las circunstancias concretas del caso que se estudia se establece que no obró adecuadamente, esto es, que no lo hizo como una administración diligente,

su omisión podrá considerarse como causa del daño cuya reparación se pretende. “La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y (...) su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía prestarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como anormalmente deficiente (Consejo de Estado, 2007, Rad: 27434)

Del texto anterior se extrae que existe responsabilidad siempre y cuando la omisión de una de las funciones que la autoridad administrativa sea competente haya sido la determinante para la producción del daño. No obstante, se debe probar dentro del proceso la existencia de tal falla del servicio, pues, *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”* (Ley 1564, 2012, Art 167). Por tanto, la parte demandante tiene la carga de probar el supuesto de hecho.

Asimismo, sobre la consecuencia probatoria y procesal que tiene lugar cuando quien debe acreditar el hecho y la causa de este, no lo hace, el Consejo de Estado ha determinado que:

Las consecuencias de la omisión probatoria advertida en el plenario obedecen a lo dispuesto por el artículo 177 del C. de P. Civil, de conformidad con el cual “[i]ncumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, norma que consagra, en estos términos, el principio de la carga de la prueba que le indica al juez cuál debe ser su decisión cuando en el proceso no se acreditan los hechos que constituyen la causa petendi de la demanda o de la defensa, según el caso. Carga de la prueba sustentada, como ha precisado la Sección, en el principio de autoresponsabilidad de las partes, que se constituye en requerimiento de conducta procesal facultativa exigible a quien le interesa sacar adelante sus pretensiones y evitar una decisión desfavorable. (...) en el caso concreto resulta evidente que la carga de la prueba recae en quien pretende, de manera que es la parte actora la que debe soportar las consecuencias de su inobservancia o descuido, esto es, un fallo adverso a sus pretensiones [...] (Consejo de Estado, 2012, 13001-23-31-000-1992-08522-01(21429))

Entendiéndose que en los casos que no se acredite probatoriamente las circunstancias de hecho, el camino a seguir es un fallo adverso. Asimismo, la responsabilidad de los médicos es de medio mas no de resultado; en consecuencia, por regla general la responsabilidad médica en la jurisdicción contenciosa deberá analizarse en principio bajo el régimen de la falla probada del servicio, lo que impone al demandante, según el análisis previo, la obligación de acreditar probatoriamente el daño, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y la consecuencia dañosa, tal y como ha sido reiterado por el Consejo de Estado, así:

Existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño (Consejo de Estado, 2010, Rad. 19101)

En el caso concreto, tenemos que, de las pruebas aportadas, el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** cumplieron cabalmente con la atención brindada a la demandante. Es así que si detallamos la atención brindada por cada una de esta, encontramos Inicialmente que el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** realizó diversos exámenes y ayudas diagnósticas; asimismo, cuando la actora cumplió con un criterio de urgencia fue internada y estuvo en constantes controles y vigilancia. Aunado a esto, apenas se evidenció algún factor de alarma para realizar intervención quirúrgica, se ordenó la misma, salvaguardando la vida del menor, como se aprecia:

****NOTAS DE ENFERMERIA del 21-Feb-2022 08:34 pm: 31 Años**

Id: 2917929

Fecha de grabación: 21-Feb-2022 08:34 pm

CONSTANTES VITALES

Tension arterial (mmhg):

Frecuencia cardiaca (por minuto): 99

Frecuencia respiratoria(por minuto): 22

Temperatura (°C): 36.6

Saturacion de oxigeno (%): 99

Peso(kgs): 0.00

talla (cms):

Sistole: 131

Diastole: 80

EVOLUCIÓN

19:00 HORAS RECIBO PACIENTE EN SALA DE TRABAJO DEPARTO, PACIENTE UBICADA EN CAMANUMERO 5, PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, PACIENTE QUE EN EL MOMENTO DE TOMA DE SIGNOS VITALES, NIEGA SENTIR CEFALEA, TINITUS, FOSFENO, SE OBSERVA MOVIMIENTO FETAL, SE LE PIDE FAVOR A LA DRA SALAS QUE NOS AYUDE A LA TOMA DE FETOCARDIA DONDE LA ENCUENTRA EN 120 X MINUTO POR DOPPLER FETAL, ORDENA TOMA DE MONITORIA FETAL, DONDE SE ENCUENTRA FETOCARDIA DE 112 POR MONITOR FETAL, PACIENTE ES OBSERVADA POR LA DRA SALAS GINECOLOGA DE TURNO. LA DRA SALAS, ORDENA PREPARAR PACIENTE PARA CESAREA, SE LLAMA A CX DONDE INFORMAN QUE LA PASE, SE PREPARA PACIENTE PARA CX, SE TRASLADA EN SILLA DE RUEDAS ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA SE TOMAN SIGNOS VITALES A LAS 20:20 TA 131/80 FC 99 FR 22 FCF 120 X MONITOR FETAL, PACIENTE QUE A LAS 20:45 SE TOMA FETOCARDIA EN SALA DE RECUPERACION, FCF TOMADA POR LA DRA SALAS ENCUENTRA FETOCARDIA CON MONITOR FETAL DE 119 X MINUTO, SE ENTREGA HISTORIA CLINICA COMPLETA DE LA PACIENTE, SE DEBE REGISTRAR FETOCARDIA EN LIBRO DE INGRESO DE LA PACIENTES DE CX

Nótese que el hospital demandado intervino quirúrgicamente a la actora por complicaciones, cuando efectivamente se presentaron las circunstancias. Por otro lado, se aprecia que no se aportó ninguna prueba técnica que permita evidenciar alguna omisión o mala praxis. Por su parte, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** recibió a la paciente y a su menor, el cual venia con muchas complicaciones, y le brindó una atención adecuada, realizando diversos exámenes y tratamiento. De hecho, en la demanda no se aprecia concretamente en qué consiste el reproche de la atención brindada por este último.

Asimismo, se debe tener de presente que las intervenciones quirúrgicas (y los partos) llevan consigo un riesgo inherente, es decir, las complicaciones que se pueden presentar por la sola realización del acto médico, y que tiene por causas la complejidad o dificultad del mismo, las condiciones del paciente o la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se utilizan para llevarlo a cabo etc. Y que termina produciendo, en algunos casos, un daño físico o psíquico en el paciente, sin que implique una mala praxis, o una negligencia médica. Es por ello, que resulta trascendental analizar las guías medicas y los procedimientos establecidos para época, pues, se resalta nuevamente que no se puede pretender que toda intervención médica sea satisfactoria o que no implique ningún riesgo.

En definitiva, se encuentra acreditada la diligencia por parte del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**, esto es, que la atención médica brindada a la madre y al menor se realizó con apego a la *lex artis*, y que los procedimientos a los que fueron sometidos se fundamentaron en la diagnosis que presentaba la paciente, los cuales, tal y como se extrae de la historia clínica, resultaron favorables en aras de salvaguardar la integridad de estos.

Con todo, solicito respetuosamente al despacho resuelva como probada la presente excepción.

B. AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD.

En el presente caso no configuró ninguna mala praxis de las entidades demandadas **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** en la intervención quirúrgica del parto acaecido el día **21 de febrero de 2022**. En primer lugar, la responsabilidad medica es de medio, no de resultado; por tanto, la mera enunciación del resultado no acredita la ocurrencia de una conducta antijurídica atribule a los centros hospitalario. En segundo lugar, para que se logre obtener la declaratoria de responsabilidad, es indispensable que se acrediten los elementos esenciales de la responsabilidad tales como un hecho dañoso que produjese un daño antijuridico, no obstante, en el presente caso no existe una relación entre el hecho dañoso y la ocurrencia del daño. Máxime, cuando no se aportaron elementos probatorios que dieran cuenta de la existencia de una mala praxis por parte de las entidades demandadas.

La responsabilidad civil del Estado se encuentra regulada en el artículo 90 de la Constitución Política que reza lo siguiente: *“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste.”* De acuerdo a lo señalado anteriormente, para que se configure la responsabilidad en cabeza del Estado, debe existir una acción u omisión causada por este. Adicionalmente, un nexo causal, el cual, según lo establecido por el Consejo de Estado, *“constituye un concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño”*.(Consejo de Estado, 2012, 17001-23-3-1000-1999-0909-01).

Asimismo, el consejo de estado ha sido muy reiterativo en su jurisprudencia, en materia de responsabilidad del Estado por prestación del servicio de salud, sobre acreditar adecuadamente los elementos para que se configure una falla en la prestación del servicio, pronunciándose de la siguiente manera:

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste” (Consejo de Estado, 2013, rad. 66001-23-31-000-2001-00063-01(25075))

En esa misma línea, la doctrina ha señalado que la carga probatoria en materia de responsabilidad recae de manera preponderante en la parte actora, así: *“En la responsabilidad civil existen dos nexos causales: primero, entre la culpa y el hecho, y el segundo, entre el hecho y el daño. Si no hay nexo causal entre la culpa y el hecho, hay causa extraña. Si no hay nexo causal entre el hecho y el daño, este es indirecto. Para que exista responsabilidad civil subjetiva, bien sea contractual o extracontractual, se requieren cuatro elementos: culpa, hecho, daño y nexo causal. En el caso de la responsabilidad civil objetiva, se necesitan tres elementos: hecho, daño y nexo causal”* [subraye y negrilla fuera del texto original].²

Sin embargo, en el caso concreto no se allegaron elementos materiales probatorios que den cuenta ni siquiera de la existencia de una mala praxis atribuible a las entidades demandadas. Además, es importante mencionar que cuando por acciones u omisiones se causa injustamente un daño a otro y existe además un factor o criterio de atribución, subjetivo por regla general y excepcionalmente objetivo, que permita trasladar dicho resultado dañoso a quien lo ha generado, surge a su cargo un deber de prestación y un derecho de crédito en favor de la persona que ha sufrido el detrimento. No obstante, en el presente asunto no se han configurado los elementos que se requieren para la configuración de dicha responsabilidad, al no presenciar un nexo causal entre las complicaciones del nacimiento del menor y la intervención quirúrgica, sobre todo porque la medicina no es una ciencia exacta, y en muchas ocasiones se pueden presentar situaciones o complicaciones no previsibles. De hecho, de la histórica clínica, se aprecia claramente como tras monitorear constantemente a la demandante, al variar las condiciones clínicas, los

² ORTIZ GÓMEZ Gerardo “Nexo Causal en la Responsabilidad Civil en: CASTRO Marcela, *Derecho de las Obligaciones Tomo II*. Editorial Temis S.A. Bogotá 2010.

médicos actuaron inmediatamente para intervenir quirúrgicamente a la paciente y salvarle la vida al menor, como se aprecia:

**NOTAS DE ENFERMERIA del 21-Feb-2022 08:34 pm: 31 Años
Id: 2917929
Fecha de grabación: 21-Feb-2022 08:34 pm
CONSTANTES VITALES
Tension arterial (mmhg):
Frecuencia cardiaca (por minuto): 99
Frecuencia respiratoria(por minuto): 22
Temperatura (°C): 36.6
Saturacion de oxigeno (%): 99
Peso(kgs): 0.00
talla (cms):
Sistole: 131
Diastole: 80
EVOLUCIÓN
19:00 HORAS RECIBO PACIENTE EN SALA DE TRABAJO DEPARTO,PACIENTE UBICADA EN CAMANUMERO 5, PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA,PACIENTE QUE EN EL MOMENTO DE TOMA DE SIGNOS VITALES,NIEGA SENTIR CEFALEA, TINITUS, FOSFENO, SE OBSEWRVA MOVIMIÉNTO FETAL, SE LE PIDE FAVOR A LA DRA SALAS QUE NOS AYUDE A LA TOMA DE FETOCÁRDIA DONDE LA ENCUENTRA EN 120 X MINUTO POR DOPPLER FETAL, ORDENA TOMA DE MONITORIA FETAL, DONDE SE ENCUENTRA FETOCÁRDIA DE 112 POR MONITOR FETAL , PACIENTE ES OBSERVADA POR LA DRA SALAS GINECOLOGA DE TURNO. LA DRA SALAS, ORDENA PREPARAR PACIENTE PARA CESAREA, SE LLAMA A CX DONDE INFORMAN QUE LA PASE,SE PREPARA PACIENTE PARA CX, SE TRASLADA EN SILLA DE RUEDAS ORIENTADA EN TIEMPO, LUGRA Y PERSONA SE TOMAN SIGNOS VITALES A LAS 20:20 TA 131/80 FC 99 FR 22 FCF 120 X MONITOR FETAL , PACIENTE QUE A LAS 20:45 SE TOMA FETOCÁRDIA EN SALA DE RECUPERACION , FCF TOMADA POR LA DRA SALAS ENCUENTRA FETOCÁRDIA CON MONITOR FETAL DE 119 X MINUTO, SE ENTREGA HISTORIA CLINICA COMPLETA DE LA PACIENTE, SE DWEJA REGISTRADA FETOCÁRDIA EN LIBRO DE INGRESO DE LA PACIENTES DE CX

En conclusión, no existe responsabilidad a cargo del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** o del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** por no configurarse los elementos de la responsabilidad del Estado. En efecto, no se allegaron elementos materiales probatorios que acreditaran que la supuesta lesión objeto de esta demanda se deba a una mala praxis. Es decir, no existe prueba de la supuesta conducta omisiva generadora del daño alegado y en ese sentido, no habrá argumentos jurídicos para imputar responsabilidad al **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**

En ese contexto, solicito respetuosamente al Despacho se sirva declarar probada esta excepción

C. LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ES DE MEDIO NO DE RESULTADO

Se debe tener de presente, como se ha señalado en todo el escrito, que la responsabilidad medica no sea analiza por el resultado, sino por los medios. Es decir, la parte demandante tiene la carga de aportar las guías o protocolos lo cuales debieron aplicarse y se desconocieron. Teniendo presente que el hecho que una persona asista al centro hospitalario o a urgencias no garantiza resultado alguno; además, las intervenciones quirúrgicas de por si acarrear riesgos inherentes a las mismas, pues, la acción de operar un cuerpo, aplicar medicamentos etc implica lidiar con posibles complicaciones, las cuales son normales,

pero que en muchos casos no son previsibles (todos los cuerpos reaccionan de una manera diferente). No hay que olvidar que la medicina no es una ciencia exacta, asimismo, en algunas ocasiones el personal médico cumple con los protocolos, pero debido a una reacción del cuerpo del paciente, o por complicaciones del paciente, el resultado puede ser adverso, y no por ello existe responsabilidad del centro hospitalario o personal médico.

En ese sentido, se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia del 1 de diciembre de 2011, expediente 05001-3103-008-1999-00797-01, que en lo pertinente indicó:

[...] 5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la “obligación del médico” es por: “regla general de “medio”, y en esa medida “(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”, y en el tema de la “culpa” se comentó: “(...) la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad. (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)” Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad. [...]

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 art. 26 de la Ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos: *“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.”*

Es por ello que se propone esta excepción, toda vez que no se aprecia prueba técnica que realmente permita evidenciar la existencia de una omisión o negligencia médica que haya sido el causante de algún tipo de daño, y el análisis de responsabilidad se hace por los medios y no por el resultado.

D. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.

Coadyuvo las excepciones propuestas por el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** solo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada, ni comprometan su responsabilidad.

E. IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS INMATERIALES:

Antes de abordar la oposición a los rubros señalados en la demanda, es menester indicar que los perjuicios no son indemnizables en el caso concreto, porque no revisten antijuridicidad, ya que ante el análisis de la imputabilidad fáctica no se observa, ni se prueba que el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** hayan participado con su conducta en los hechos que lo produjeron, ni tampoco es jurídicamente imputable al centro médico accionado por cuanto no se acredita una transgresión a un deber o una obligación de stirpe legal, ni constitucional.

1.1 Frente a los perjuicios morales:

La tasación propuesta del daño moral es exorbitante y en tal virtud, no puede ser tenida en cuenta por el despacho. La pretensión resulta excesivamente cuantificada al solicitarse la suma de **cien (100) SMLMV** para el menor de edad y sus padres, y **setenta y cinco (75) SMLMV** para el resto de demandantes, hermanos y abuelos del menor. Esta petición resulta antitécnica, pues no se ha logrado acreditar la gravedad de la lesión, ni la pérdida de capacidad laboral del menor, mucho menos que estas sean superiores o iguales a un 50%. Por ese motivo, no puede solicitar un reconocimiento basado en supuestos o sumas hipotéticas.

Ahora bien, debe aclararse que la indemnización no puede ser fuente de enriquecimiento para la presunta víctima. En otras palabras, es imperativo que el juez tenga en cuenta que los principios generales del derecho, la legislación y los criterios jurisprudenciales, establecen que la víctima de un hecho dañoso no puede enriquecerse como consecuencia de una indemnización. Por el contrario, la reparación únicamente debe propender por llevar a la persona al estado previo al acontecimiento del hecho. Por lo anterior y sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada, en el evento que el honorable juez considere que sí se reúnen los elementos de la responsabilidad, comedidamente le solicito desestime la tasación exorbitante de perjuicios propuesta por el demandante. En su lugar, se deberán atender fielmente los criterios jurisprudenciales establecidos por el Consejo de Estado que corresponden a lo siguiente:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Victima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

Así pues, frente a los perjuicios morales solicitados en el líbello de la demanda, es preciso señalar que el Consejo de Estado, mediante Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales, sostuvo lo siguiente:

La reparación moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas.

(...)

Deberá verificarse la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la que determinará el monto indemnizatorio en salarios mínimos. Para las víctimas indirectas se asignará un porcentaje de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado, conforme al cuadro.

La gravedad o levedad de la lesión y los correspondientes niveles se determinarán y motivarán de conformidad con lo probado en el proceso.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno-filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de

consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes). Tendrán derecho al reconocimiento de 100 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%, a 80 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 60 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 40 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 20 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 10 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior a 10%". (Énfasis propio).

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte demandante. Solicitar **(100) SMLMV** para el menor y sus padres, y **75 SMLMV** para los hermanos y abuelos el menor de edad resulta a todas luces exorbitantes, máxime cuando no existe documento que acredite la gravedad de la lesión y que la misma sea igual o superior al 50%, evidenciando así un ánimo injustificado de lucro, al tasar tal perjuicio en tan elevado monto. Por otro lado, no hay que olvidar que cualquier intervención quirúrgica o medica lleva consigo complicaciones inherentes al procedimiento, y/o a factores ajenos a la intervención del galeno; por ende, no fue la atención clínica la generadora de algún daño.

En conclusión, es inviable el reconocimiento por daño moral en las sumas pretendidas por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es equívoca. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por este concepto que supere los montos fijados a partir de la unificación jurisprudencial del Consejo de Estado. De ese modo, en tanto las sumas solicitadas en las pretensiones de la demanda desconocen los lineamientos establecidos por esa corporación y no se encuentran probadas, por ello, deben ser desestimadas.

Por todo lo anterior. solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1.2 Frente al daño a la vida en relación

Se debe tener presente que este perjuicio no es susceptible de reconocimiento alguno, toda vez que desde hace más de una década que el Consejo de Estado se apartó de su reconocimiento, por ello, actualmente no es considerado tan siquiera como un perjuicio autónomo, puesto que se encuentra cobijado por el daño a la salud; además, la parte demandante no aportó material probatorio que evidencie que la supuesta lesión se deba a la acción u omisión de los hospitales demandados; por tanto, resulta evidentemente improcedente la solicitud de esta categoría de perjuicio.

Es menester resaltar que desde el 2011 el Consejo de estado se apartó por completo del perjuicio denominado daño en la vida en relación, y eliminó su reconocimiento, en virtud de que a partir de ese año, el Consejo de Estado adoptó el perjuicio daño a la salud, señalando lo siguiente:

El daño a la salud gana claridad, exactitud y equidad donde los precisados perjuicios la pierden, puesto que siempre está referido a la afectación de la integridad psicofísica del sujeto, y está encaminado a cubrir no sólo la modificación de la unidad corporal sino las consecuencias que las mismas generan, razón por la que, sería comprensivo de otros daños como el estético, el sexual, el psicológico, entre otros, sin que existiera la necesidad de ampliar en demasía la gama o haz de daños indemnizables, con lo que se conseguiría una sistematización del daño no patrimonial. En otros términos, se insiste, en Colombia el sistema indemnizatorio está limitado y no puede dar lugar a que se abra una multiplicidad de categorías resarcitorias que afecten la estructura del derecho de daños y la estabilidad presupuestal que soporta un efectivo sistema de responsabilidad patrimonial del Estado, motivo por el que, se itera, **cuando el daño se origine en una lesión psíquica o física de la persona el único perjuicio inmaterial, diferente al moral que será viable reconocer por parte del operador judicial será el denominado "daño a la salud o fisiológico", sin que sea posible admitir otras categorías de perjuicios en este tipo de supuestos y, mucho menos, la alteración a las condiciones de existencia, categoría que bajo la égida del daño a la salud pierde relevancia, concreción y pertinencia para indemnizar este tipo de afectaciones.** En ese orden

de ideas, el concepto de salud comprende diversas esferas de la persona, razón por la que no sólo está circunscrito a la interna, sino que comprende aspectos físicos y psíquicos, por lo que su evaluación será mucho más sencilla puesto que ante lesiones iguales corresponderá una indemnización idéntica. **Por lo tanto, no es posible desagregar o subdividir el daño a la salud o perjuicio fisiológico en diversas expresiones corporales o relacionales (v.gr. daño estético, daño sexual, daño relacional familiar, daño relacional social), pues este tipo o clase de perjuicio es posible tasarlo o evaluarlo, de forma más o menos objetiva, con base en el porcentaje de invalidez decretado por el médico legista** (Consejo de Estado, 2011, Rad. 05001-23-25-000-1994-00020-01(19031)). (énfasis propio)

Por tanto, en el caso concreto, resulta incoherente el perjuicio solicitado por la demandante, puesto que solicita tanto daño a la salud como daño en la vida en relación lo que evidencia un ánimo injustificado de lucro, y un desconocimiento de los lineamientos jurisprudenciales que rigen lo contencioso desde hace más de 12 años.

Se puede concluir que se deberá rechazar la reclamación de este perjuicio, toda vez que desconoce los lineamientos jurisprudenciales del Consejo de Estado, evidencian un ánimo injustificado de lucro, aunado a esto, no existe prueba de una falla del servicio por parte del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**

1.2 **Frente al perjuicio fisiológico (daño a la salud).**

En primer lugar, es menester indicar que, analizando el caso en concreto, dentro del expediente se solicita una indemnización por esta tipología de perjuicios bajo una premisa completamente errada. Lo anterior, toda vez que no se arrió una sola prueba que diera cuenta que las supuestas secuelas padecidas en razón de la lesión que es objeto de demanda sean iguales o superiores al 50% de pérdida de la capacidad laboral de la actora y que su origen haya sido la intervención quirúrgica. Por lo cual, al no estar probados estos elementos esenciales, lo alegado en el líbello inicial tendrá que tenerse por desestimado. Asimismo, de forma equivocada se solicita la suma de **100 SMLMV** para la supuesta víctima directa del hecho, desbordando los lineamientos establecidos por el Consejo de Estado en Sentencia de Unificación.

Al momento de estimar la solicitud por daño a la salud, se desatendieron completamente los topes máximos de indemnización fijados por el máximo órgano de la Jurisdicción Contencioso Administrativo para la tasación del daño, los cuales son los siguientes:

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD	
REGLA GENERAL	
Gravedad de la lesión	Víctima directa
	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

En tal virtud, la solicitud se encuentra totalmente elevada y desconoce los lineamientos bajo los cuales se reconoce el mismo. Así las cosas, ante la desmesurada solicitud del daño a la salud estimado en **100 SMLMV**, para la supuesta víctima directa del hecho, es claro que no podrá proceder tal pretensión, toda vez que es evidente el ánimo especulativo de la errónea tasación de este perjuicio, en tanto el mismo resulta claramente exorbitante e improcedente.

Por lo tanto, al no existir pruebas que acrediten que los daños sean equivalentes al 50% de la pérdida de la capacidad laboral y que son producto del hecho, además, al no evidenciarse la responsabilidad en cabeza de las entidades demandadas, el despacho deberá desestimar la pretensión. Así mismo deberá tenerse en cuenta los límites fijados por el Consejo de Estado.

En conclusión, es desacertada la petición de reconocimiento del daño a la salud en la suma pretendida por la parte demandante, toda vez que no existen elementos materiales probatorios que den cuenta de la existencia de responsabilidad en cabeza del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**

F. IMPROCEDENTE E INDEBIDA ACREDITACIÓN DE LOS PERJUICIOS MATERIALES.

Antes de abordar la oposición a los rubros señalados en la demanda, es menester indicar que los perjuicios no son indemnizables en el caso concreto, porque no revisten antijuridicidad, ya que ante el análisis de la imputabilidad fáctica no se observa, ni se prueba que las E.S.E demandadas haya participado con su conducta en los hechos que lo produjeron, ni tampoco es jurídicamente imputable al centro médico accionado por cuanto no se acredita una transgresión a un deber o una obligación de stirpe legal, ni constitucional.

1.1. Sobre el lucro cesante o daño emergente

No existió ninguna mala praxis en la intervención quirúrgica ocurrida el día **21 de febrero de 2022**, y mucho menos existió responsabilidad por parte del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** o del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** al no allegarse una prueba técnica que acreditara una conducta negligente de la entidad demandada. Por lo tanto, es menester indicar al despacho que no hay lugar al reconocimiento de indemnización a título de lucro cesante, toda vez que no se aportó prueba de la supuesta pérdida de capacidad laboral o un dictamen que acreditara la gravedad de la lesión para la liquidación. Adicionalmente, la parte actora pretende el reconocimiento de dicho perjuicio sin cumplir con la carga probatoria correspondiente. Dado que claramente se trata de un menor recién nacido que claramente no labora y no genera ningún tipo de ingreso económico. Por otro lado, sobre el daño emergente, no se aportó ninguna factura, constancia de pago o prueba que permita evidenciar los supuestos gastos sufragados. Por lo tanto, al no existir elementos materiales probatorios para liquidar este perjuicio material no es procedente su reconocimiento.

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

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

Esto significa que el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias. Por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las

circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso, siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos dejados de percibir.

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

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

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

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

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

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual. Descendiendo al caso objeto de estudio, debe manifestarse que la parte actora pretende el reconocimiento del lucro cesante de un recién nacido en cuantía de **\$ 1.201.200.000 Pesos M/cte** derivado de la intervención quirúrgica como consecuencia del parto, lo cual desconoce el objeto del lucro cesante que es la ganancia dejada de percibir, y asumiendo supuesto ajenos al perjuicio, pues no se sabe si el menor una vez llegado los 18 años o 25 años iba a trabajar (todavía se desconoce si realmente no puede hacerlo), cuanto iba a ganar entre otros factores que den un mínimo de certeza del perjuicio. A su vez, no se aportó dictamen médico que permita evidenciar el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral del menor.

Por otro lado, con respecto al daño emergente, de debe tener presente que no se aportó ninguna factura, recibo de pago, transferencia o cualquier medio de prueba que acredite los supuestos pagos realizados, de hecho, se desconoce a razón de qué la parte actora está solicitando el perjuicio de daño emergente.

En conclusión, al no haberse aportado prueba si quiera sumaria que permita acreditar la ganancia dejada

de percibir como consecuencia del hecho dañoso, pues, se trata de un menor, ni tampoco acreditarse pagos realizados por la parte actora, no resulta procedente la pretensión impetrada en el líbello genitor, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante.

G. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito señora juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción. Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del Código General del Proceso que establece que *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”*.

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO III. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.

Siguiendo el orden propuesto, en este acápite se desarrollará lo concerniente al llamamiento en garantía formulado por **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** a la compañía aseguradora que represento. Así pues, se procederá:

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “PRIMERO”: Si bien no es un hecho que aluda al llamamiento sino a información del proceso. Es cierto que la señora Jennyfer Ruiz y su grupo familiar presentaron demanda contra el hospital ejerciendo el medio de control de reparación directa para que se declare la responsabilidad del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** por la atención brindada al menor Juan Perdomo el día 22 de febrero de 2022

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “SEGUNDO”: Es cierto, que entre HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E. y mi representada celebraron contratos de seguros documentados en las pólizas No 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050. No obstante, se hace la aclaración que solo la primera póliza estaba vigente al momento del hecho, es decir, el 22 de febrero de 2022. Dado que póliza No 420-88-99400000043 estuvo vigente desde el 06 de marzo de 2021 al 31 de diciembre de 2021, prorrogada hasta el 06 de marzo de 2022; por otro lado, la Póliza No 420-88-99400000050 estuvo vigente desde el 06 de marzo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022, prorrogada hasta el 01 de marzo de 2023, pero ninguna de las dos presta cobertura temporal, toda vez que la modalidad de cobertura pactada fue *claims made*, y la reclamación al asegurado se realizó posterior a la vigencia de las dos pólizas.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “TERCERO”: Es parcialmente cierto, si bien es cierto la cobertura pacta en los contratos de seguro en mención fue *claims made*. No es cierto, que las Pólizas en mención presten cobertura, teniendo en cuenta que para que esto suceda debe ocurrir dos

cosas: 1. El hecho debió ocurrir en la vigencia de la póliza o en su periodo de retroactividad. 2. La reclamación al asegurado o a la aseguradora se debió dar durante la vigencia de las pólizas, condición última que no se cumple, dado que la póliza No 420-88-99400000043 estuvo vigente desde el 06 de marzo de 2021 al 31 de diciembre de 2021, prorrogada hasta el 06 de marzo de 2022; por otro lado, la Póliza No 420-88-99400000050 estuvo vigente desde el 06 de marzo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022, prorrogada hasta el 01 de marzo de 2023. Sin embargo, la reclamación, conciliación extrajudicial se presentó el 16 de febrero de 2024, es decir, por fuera de la vigencia de las pólizas en comento.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “CUARTO”: No es un hecho, sino una pretensión. Sin embargo, manifiesto que me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en la **Pólizas No 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050**. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto por el Código de Comercio Colombiano. Asimismo, se reitera, porque ninguna de estas presta cobertura temporal.

II. FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Manifiesto que me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en las **Pólizas de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88-99400000043** vigente desde el 06 de marzo de 2021 al 31 de diciembre de 2021, prorrogada hasta el 06 de marzo de 2022, y, **No 420-88-99400000050** vigente desde el 06 de marzo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022, prorrogada hasta el 01 de marzo de 2023. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto por el Código de Comercio Colombiano. Aunado a esto, las pólizas a la cual se hizo referencia no prestan cobertura temporal, como se pasará a explicar.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A. AL TENER LA PÓLIZA UNA MODALIDAD DE COBERTURA DE CLAIMS MADE, LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No 420-88-99400000043 Y 420-88-99400000050 NO OFRECEN COBERTURA TEMPORAL

Las pólizas por medio de las cuales se vinculó a mi representada fueron expedida bajo la modalidad *Claims made*, lo que quiere decir que el hecho tuvo que haberse presentado durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad pactado por las partes, además, la reclamación a la aseguradora debía efectuarse dentro de su vigencia, sin embargo, la reclamación se realizó de manera extemporánea, por ello, la póliza no presta cobertura temporal.

Es imperativo recordar que existen diferentes modalidades de cobertura en los contratos de seguro. Las más comunes en la actividad aseguraticia son las siguientes: ocurrencia, descubrimiento y reclamación o *claims made*. La primera hace referencia a la cobertura que se brinda cuando el hecho que da lugar al amparo ocurre mientras la póliza está vigente. Bajo la modalidad de descubrimiento se ofrece cobertura cuando el tomador, asegurado o beneficiario conoce el hecho dañoso dentro de la vigencia de la póliza.

Por último, se tiene que el seguro pactado bajo la modalidad de reclamación o *claims made* opera siempre que se cumplan las siguientes dos condiciones: que el interesado haya presentado su reclamación dentro de la vigencia de la póliza y, que los hechos por los que se reclama ocurran dentro del período de vigencia o de retroactividad pactado.

Específicamente la modalidad de cobertura por *Claims made* tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997. Con la nombrada norma se introdujo esta nueva figura, cuya finalidad es que la aseguradora indemnice los perjuicios que se reclamen en vigencia de la póliza, así hayan ocurrido en el periodo de retroactividad. La respectiva norma establece lo siguiente:

En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años". (negrita adrede) (Negritas y subrayados por fuera del texto original)

Igualmente, se debe dejar claro que solamente se puede pactar la cobertura de descubrimiento en los casos de seguros de manejo y riesgos financieros, pero para los casos de responsabilidad tal modalidad no es posible pactarla.

Ahora bien, analizando el caso concreto tenemos que la vigencia de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88-9940000043** estuvo vigente desde el 06 de marzo de 2021 al 31 de diciembre de 2021, prorrogada hasta el 06 de marzo de 2022; pactándose bajo la modalidad de *claims made* y con un periodo de retroactividad del 01 de enero de 2018, como se aprecia:

AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ENERO 01 DE 2018 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Por otro lado, la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88-9940000050** estuvo vigente desde el 06 de marzo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022, prorrogada hasta el 01 de marzo de 2023, también se pactó bajo la modalidad de *Claims made* con un periodo de retroactividad desde el 01 de enero de 2018, así:

AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ENERO 01 DE 2018 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Nótese que la modalidad de cobertura es *claims made*, toda vez que señaló expresamente que la reclamación debe realizarse durante el periodo de vigencia de la póliza, por hechos ocurridos durante dicha vigencia o su periodo de retroactividad. Por consiguiente, la póliza solo ofrece cobertura si se presentan estos 2 eventos: Primero, debe ser un hecho ocurrido durante la vigencia de la póliza o durante el periodo de retroactividad, siempre y cuando el asegurado lo conozca durante la vigencia de la póliza. Segundo, la

reclamación a la entidad aseguradora o a la aseguradora se haya interpuesto durante el periodo de vigencia de la póliza. En caso de no presentarse alguno de los dos eventos antes mencionado, la póliza no ofrecerá cobertura temporal.

Así, detallando el caso en marras, tenemos que el hecho ocurrió el 22 de febrero de 2022, con la atención médica que recibió la demandante y el menor en las instalaciones del asegurado. No obstante, la reclamación a la entidad asegurada se efectuó de manera extemporánea con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial, el 16 de febrero de 2024, como se aprecia:

	FORMATO: ACTA DE AUDIENCIA PROCESO: INTERVENCIÓN	Versión	4
		Fecha	12/12/2023
		Código	IN-F-17

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL PROCURADURÍA 19 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS	
Radicación IUS E-2024-121489 IUC I-2024-3471513 Interno 2024 - 28	
Fecha de Radicación: 16 de febrero de 2024 Fecha de Reparto: 16 de febrero de 2024	
Convocante(s):	JENNYFER CAROLINA RUIZ, JUAN MANUEL PERDOMO LOAIZA EN NOMBRE PROPIO Y REPRESENTACION DE MAURICIO GREGORIO PEÑA RUIZ y JUAN MANUEL PERDOMO RUIZ; MARTHA LILIANA LOAIZA SOLORZANO Y JULIO CESAR PERDOMO REYES
Convocada(s):	HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E. S. E. DE PALMIRA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E. S. E. "EVARISTO GARCÍA", ALBA PATRICIA BELTRÁN, LAURA ELIZABETH MUÑOZ ORDOÑEZ, ASTRID JOHANNA LONDOÑO ARANGO, KAREN VALERIA HURTADO ESCOBAR, ERIKA FERNÁNDA MARTÍNEZ ORTÍZ, ORLANDO ARBOLEDA ZÚÑIGA y AHMED KANAN CALAT
Medio de Control:	REPARACION DIRECTA

Tal y como se evidencia de la imagen anterior, la reclamación al asegurado se realizó de manera extemporánea, esto es, cuando la vigencia del último anexo de la póliza **No 420-88-99400000050** ya había expirado, recordando que dicha vigencia culminó el 01 de marzo de 2023, como se señaló.

Se puede concluir que las pólizas de seguro vinculadas cuya vigencia abarca en el caso de **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88-99400000043** desde el 06 de marzo de 2021 al 31 de diciembre de 2021, prorrogada hasta el 06 de marzo de 2022; y de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88-99400000050** desde el 06 de marzo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022, prorrogada hasta el 01 de marzo de 2023, no ofrece cobertura temporal, pues, si bien el hecho ocurrió durante la vigencia de la primera póliza y durante el periodo de retroactividad de la última póliza, la reclamación se realizó posterior a la vigencia de estas dos, siendo así, se citó a audiencia de conciliación prejudicial, convocando a la entidad asegurada aquí demandada, el 16 de febrero de 2024, esto es, casi un año después de la terminación del último contrato de seguro.

B. INEXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-99400000043 Y 420-88-99400000050.

Sin perjuicio de lo anterior, y de manera subsidiaria, no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en las **Pólizas de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050**. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, luego que

para justificar sus pretensiones la parte actora no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales aparentemente sufridos, así como tampoco allegó pruebas que acreditaran la existencia de una mala praxis el día **22 de febrero de 2022** como consecuencia de una acción u omisión por parte del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** En ese sentido, no hay elementos para afectar el contrato de seguro aludido.

El Consejo de Estado ha intentado definir el contrato de seguro en su jurisprudencia, sobre todo el objeto del mismo, indicando lo siguiente:

El Código de Comercio no define el contrato de seguro, pero puede decirse que es aquel por medio del cual una persona legalmente autorizada para ejercer esta actividad, "(...) asume los riesgos ajenos mediante una prima fijada anticipadamente"; o dicho en otras palabras, es aquel contrato por el cual "(...) una parte, el asegurado, se hace prometer mediante una remuneración, la prima, para él o para un tercero, en caso de realización de un riesgo, una prestación por la otra parte, el asegurador (...)". Se trata de un mecanismo de protección frente a múltiples riesgos que pueden afectar el patrimonio de las personas y que pueden ser asumidos por el asegurador, quien se compromete a pagar una indemnización en caso de realizarse tal riesgo -lo que se traduce en la producción del siniestro- a cambio del pago de una determinada suma de dinero, denominada prima. (Consejo de Estado, 2013, 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472))

Con fundamento en la cita anterior, se debe tener en cuenta que la póliza se hace exigible una vez ocurre el siniestro, es decir, el cumplimiento del riesgo trasladado, entendiéndose como riesgo según el artículo 1054 Código de Comercio "*el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador*".

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone esta excepción toda vez que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** no está obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las condiciones generales documentadas en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000043**, el amparo que se pretende afectar con la presente acción se pactó así:

INTERES ASEGURADO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, por la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

Asimismo, el amparo de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000050** que se pretende afectar se pactó de la siguiente manera:

INTERES ASEGURADO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, por la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

De conformidad con lo anterior, se evidencia que el riesgo asegurado en el contrato de seguro en comento no es otro que la "*Responsabilidad Civil*" como consecuencia de "acto médico" en que incurra el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**, asegurado de acuerdo con la legislación colombiana. Dicho de otro modo, el contrato de seguro documentado en la **Pólizas de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros**

Médicos No. 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050 entrará a responder, si y solo sí el asegurado, en este caso el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** es declarado patrimonialmente responsable por los daños irrogados a “terceros” y siempre y cuando no se presente una causal de exclusión u otra circunstancia que enerve los efectos jurídicos del contrato de seguro. Así las cosas, esa declaratoria de responsabilidad civil extracontractual constituirá el “siniestro”, esto es, la realización del riesgo asegurado (Art. 1072 del C.Co.).

De acuerdo con la exposición anterior y teniendo en cuenta lo descrito en el líbello de demanda, así como los medios probatorios aportados al plenario, se tiene que la demandante no acreditó que efectivamente el riesgo asegurado se haya materializado por el concurso de los elementos propios de la responsabilidad y, por consiguiente, las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar. En consecuencia, no se logra estructurar una responsabilidad civil en cabeza del asegurado, esto es, no se realiza el riesgo asegurado como condición *sine qua non* para activar la responsabilidad que, eventual e hipotéticamente, pudiera corresponder a la aseguradora.

Se concluye, que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050**. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

Solicito señora Juez declarar probada esta excepción.

C. CONFIGURACIÓN DE EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza.

En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, Consejera Ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro.³

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro.

Razón por la cual, es menester señalar que las **Pólizas de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050** indican que se incluyen como exclusiones absolutas de cobertura las que figuran en el texto del condicionado general depositado por la aseguradora en la superintendencia, las cuales solicito expresamente se apliquen al caso concreto. Tales exclusiones

³ Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

se encuentran enumeradas en la página primera en el acápite nombrado “ARTÍCULO 2° EXCLUSIONES” de la siguiente manera:

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
2. DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN
7. INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIETADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
11. DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO, INCLUYENDO ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELLAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
12. CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
13. TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
14. TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 7 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
15. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, “BY-PASS” INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO

ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

17. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

18. TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD A LOS PACIENTES, DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.

19. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS DEL ASEGURADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA.

20. DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.

21. FALLOS DE TUTELA.

22. FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN. 23. FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA, ASÍ COMO AL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

24. RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.

25. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, INCLUIDOS LOS DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL.

26. DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

27. RESPONSABILIDAD PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

28. HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.

29. LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.

30. ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA, CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.

31. DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA, TENENCIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

32. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

33. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.

34. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.

35. MULTAS Y PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.
36. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
37. OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y SEA O NO CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY.
38. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA.
39. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.
40. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
42. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
43. DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
44. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.
45. USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
47. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HAYAN CONOCIDO, O QUE HAYAN DEBIDO CONOCER, LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS CON ANTELACIÓN A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUYO CONOCIMIENTO HUBIESE INDUCIDO A UNA PERSONA RAZONABLE A CONCLUIR QUE LOS MISMOS PODRÍAN DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN.
48. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AUN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS. SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
49. ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA.
50. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
51. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.
52. QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.
53. CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
54. LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
55. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO

RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.

56. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SALVO QUE CONSTE ACUERDO EXPRESO EN CONTRARIO.

57. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-9940000043 y 420-88-9940000050**, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

D. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento.

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

Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: perjuicios morales, perjuicios materiales y fisiológicos, no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte de la entidad que nada tuvo que ver con los supuestos daños alegados por la demandante.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciendo a la demandante.

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

E. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES PACTADOS EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-9940000043 y 420-88-9940000050

En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se estableció un límite de **DOS MIL DOCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$2.200.000.000) PESOS M/CTE**, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-9940000043** se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2.200.000.000.00	
	RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	2.200.000.000.00	
	TRANSPORTE EN AMBULANCIA	2.200.000.000.00	0.00
	RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	2.200.000.000.00	0.00
	USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2.200.000.000.00	0.00
	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2.200.000.000.00	0.00
	GASTOS DE DEFENSA	300.000.000.00	0.00

A su vez en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-9940000050** se pactaron así:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 2.200.000.000.00	
	RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	2.200.000.000.00	
	TRANSPORTE EN AMBULANCIA	2.200.000.000.00	0.00
	USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	2.200.000.000.00	0.00
	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	2.200.000.000.00	0.00
	GASTOS DE DEFENSA	300.000.000.00	0.00

Conforme a lo señalado anteriormente, en este caso en particular, operaría la suma asegurada equivalente

a **DOS MIL DOCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$2.200.000.000) PESOS M/CTE**, toda vez que el amparo que se pretende afectar es el de Responsabilidad Civil Institucional. En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción denominada "*Límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones pactados en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050*", los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

F. NO DEBE DESCONOCERSE LA EXISTENCIA DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88-99400000043 y 420-88-99400000050

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**, y, en este caso para la póliza, se pactó en el **10% del valor de la pérdida mínimo 2 SMMLV**

El deducible, el cual está legalmente permitido, encuentra su sustento normativo en el artículo 1103 del Código de Comercio, el cual reza que "*(...) Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)*"

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro.

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado.

En el caso concreto, el deducible se encuentra pactado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88-99400000043** de la siguiente manera:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Por su parte en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. y 420-88-99400000050** se pactó así:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el hipotético de que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.** sea hallado patrimonialmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas al proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**

G. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.

Esta excepción se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Nos encontramos frente a dos responsabilidades diferentes a saber: 1. la del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la Ley propia y 2. la de mí representada aseguradora cuyo fundamento no emanan de la ley propiamente dicha, sino de la existencia de un contrato de seguro celebrado dentro de los parámetros de los artículos 1036 del Código de Comercio y S.S., encontrándose entonces que las obligaciones del asegurado y de la aseguradora son independientes y, por tanto, carentes de solidaridad.

La Corte Suprema de Justicia a través de su Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017, Radicación No 05001-31-03-005-2008- 00497-01 ha precisado que: “(...) *Por último, la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (...)*”.

Entendido lo anterior, es preciso indicar que la solidaridad de las obligaciones solo se origina por pacto entre los contrayentes que expresamente la convenga, de acuerdo con el art. 1568 del Código Civil Colombiano que reza:

En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito. Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley.

En virtud de tal independencia en las obligaciones, se hace evidente la ausencia de solidaridad, de manera que la responsabilidad de mi representada está atada exclusivamente por las condiciones pactadas en la póliza, esto es, el límite asegurado para cada amparo, las condiciones del contrato de seguro, y por la normatividad que lo rige.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige.

Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de cada póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectaría como resultado de la configuración de una causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la carátula de la misma.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

H. PAGO POR REEMBOLSO

Sin que el planteamiento de esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. Se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

Debido a que el Seguro de Responsabilidad cuenta con la acción del asegurado (que normalmente se ejerce a través del llamamiento en garantía) y la acción directa (que puede ser ejercida por la víctima), la jurisprudencia ha dicho que, cuando la compañía aseguradora es vinculada al proceso judicial mediante el llamamiento en garantía -como sucede en este caso-, surge únicamente la obligación de reembolsar lo pagado por el asegurado. A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma directa a la aseguradora, precisamente porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia

es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.(...)” (Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado.)

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional, como se había indicado anteriormente. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le remolse el monto de la condena que sufiere

Así las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a través de pago directo, **sino por reembolso o reintegro.**

I. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prolijada.

Solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepción.

J. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro

Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del Código General del Proceso, el cual establece que *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”.*

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito del asunto.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO IV. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.

Siguiendo el orden propuesto, en este acápite se desarrollará lo concerniente al llamamiento en garantía

formulado por el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** a la compañía aseguradora que represento. Así pues, se procederá:

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “1”: Es cierto que entre el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** y me representada se celebró contrato de seguro documentado en la Póliza No 420-88 994000000022, la cual el anexo 3 estableció una vigencia desde el 28 de febrero de 2021 hasta el 28 de febrero de 2022 (prorrogada finalmente hasta el 30 de marzo de 2022), vigencia la cual ocurrieron los hechos objeto del presente proceso, concretamente entre el 12 y el 21 de febrero de 2022. No obstante, el apoderado omite que la póliza en mención evidencia que la modalidad de cobertura es *claims made*, es decir, no basta con que el hecho se haya presentado en vigencia de la póliza, sino que la reclamación igualmente debe realizar en vigencia de esta, requisito que en el presente caso no se cumple, careciendo de cobertura temporal.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “2”: Es cierto, la póliza en mención cubre la responsabilidad extracontractual del asegurado por actos médicos. Siempre y cuando preste cobertura material y temporal, requisito último que no se cumple, dado que carece de cobertura temporal al realizarse la reclamación después de finalizado en contrato de seguro. Por lo cual, la Póliza en comento no puede afectarse.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “3”: No es un hecho, sino una pretensión. Sin embargo, manifiesto que me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en la Póliza No. 420-88 994000000022, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto por el Código de Comercio Colombiano. Asimismo, es claro que la póliza no presta cobertura temporal, por ende, mi representada no esta llamada a responder por obligación alguna. Siendo así, no se puede afectar la Póliza por medio del cual mi prohijada fue vinculada.

Frente al hecho del llamamiento en garantía denominado “4”: No es un hecho, son manifestaciones que realiza el apoderado.

II.FRENTE A LA PRETENSIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Manifiesto que me opongo a que se le condene a pagar a mi prohijada cualquier suma de dinero a título de indemnización que no se encuentre dentro de las condiciones particulares y generales pactadas en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88 994000000022, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho de concertar un contrato de seguro no quiere decir que opere automáticamente alguna cobertura, por cuanto el mismo se rige esencialmente por las cláusulas particulares y generales pactadas entre las partes y por supuesto por el Código de Comercio Colombiano. Aunado a esto, la póliza a la cual se hizo referencia no presta cobertura temporal, como se pasará a explicar.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A. AL TENER LA PÓLIZA UNA MODALIDAD DE COBERTURA DE CLAIMS MADE, LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No 420-88 99400000022 NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL

La póliza por medio de la cual se vinculó a mi representada fue expedida bajo la modalidad *Claims made*, lo que quiere decir que el hecho tuvo que haberse presentado durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad pactado por las partes, además, la reclamación a la aseguradora debía efectuarse dentro de su vigencia, sin embargo, la reclamación se realizó de manera extemporánea, por ello, la póliza no presta cobertura temporal.

Es imperativo recordar que existen diferentes modalidades de cobertura en los contratos de seguro. Las más comunes en la actividad aseguradora son las siguientes: ocurrencia, descubrimiento y reclamación o *claims made*. La primera hace referencia a la cobertura que se brinda cuando el hecho que da lugar al amparo ocurre mientras la póliza está vigente. Bajo la modalidad de descubrimiento se ofrece cobertura cuando el tomador, asegurado o beneficiario conoce el hecho dañoso dentro de la vigencia de la póliza. Por último, se tiene que el seguro pactado bajo la modalidad de reclamación o *claims made* opera siempre que se cumplan las siguientes dos condiciones: que el interesado haya presentado su reclamación dentro de la vigencia de la póliza y, que los hechos por los que se reclama ocurran dentro del periodo de vigencia o de retroactividad pactado.

Específicamente la modalidad de cobertura por *Claims made* tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997. Con la nombrada norma se introdujo esta nueva figura, cuya finalidad es que la aseguradora indemnice los perjuicios que se reclamen en vigencia de la póliza, así hayan ocurrido en el periodo de retroactividad. La respectiva norma establece lo siguiente:

En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años". (negrita adrede) (Negritas y subrayados por fuera del texto original)

Igualmente, se debe dejar claro que solamente se puede pactar la cobertura de descubrimiento en los casos de seguros de manejo y riesgos financieros, pero para los casos de responsabilidad tal modalidad no es posible pactarla.

Ahora bien, analizando el caso concreto tenemos que la vigencia de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88 99400000022**, corrió desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, y fue posteriormente prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022, aunado a lo anterior, sobre la modalidad de cobertura en la póliza se estipuló lo siguiente:

MODALIDAD DE COBERTURA:

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

Nótese que la modalidad de cobertura es *claims made*, toda vez que señaló expresamente que la reclamación debe realizarse durante el periodo de vigencia de la póliza, por hechos ocurridos durante dicha vigencia o su periodo de retroactividad. Sobre este, el periodo de retroactividad se pactó de la siguiente manera:

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de 28 febrero de 2015, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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

Por tanto, se tiene que el periodo de retroactividad se estableció desde el 28 de febrero de 2015. Por consiguiente, la póliza solo ofrece cobertura si se presentan estos 2 eventos: Primero, debe ser un hecho ocurrido durante la vigencia de la póliza o durante el periodo de retroactividad, siempre y cuando el asegurado lo conozca durante la vigencia de la póliza. Segundo, la reclamación a la entidad aseguradora o a la aseguradora se haya interpuesto durante el periodo de vigencia de la póliza. En caso de no presentarse alguno de los dos eventos antes mencionado, la póliza no ofrecerá cobertura temporal.

Así, detallando el caso en marras, tenemos que el hecho ocurrió el **21 de febrero de 2022**, con la atención médica que recibió la demandante y el menor. No obstante, la reclamación a la entidad aseguradora se efectuó de manera extemporánea con la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial, el **16 de febrero de 2024**, como se aprecia:

	FORMATO: ACTA DE AUDIENCIA	Versión	4
	PROCESO: INTERVENCIÓN	Fecha	12/12/2023
		Código	IN-F-17

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL PROCURADURÍA 19 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS	
Radicación IUS E-2024-121489 IUC I-2024-3471513 Interno 2024 - 28	
Fecha de Radicación: 16 de febrero de 2024	
Fecha de Reparto: 16 de febrero de 2024	
Convocante(s):	JENNYFER CAROLINA RUIZ, JUAN MANUEL PERDOMO LOAIZA EN NOMBRE PROPIO Y REPRESENTACION DE MAURICIO GREGORIO PEÑA RUIZ y JUAN MANUEL PERDOMO RUIZ; MARTHA LILIANA LOAIZA SOLORZANO Y JULIO CESAR PERDOMO REYES
Convocada(s):	HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E. S. E. DE PALMIRA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E. S. E. "EVARISTO GARCÍA", ALBA PATRICIA BELTRÁN, LAURA ELIZABETH MUÑOZ ORDOÑEZ, ASTRID JOHANNA LONDOÑO ARANGO, KAREN VALERIA HURTADO ESCOBAR, ERIKA FERNÁNDA MARTÍNEZ ORTÍZ, ORLANDO ARBOLEDA ZÚÑIGA y AHMED KANAN CALAT
Medio de Control:	REPARACION DIRECTA

De la imagen anterior, queda corroborado que la reclamación al asegurado se realizó de manera extemporanea, esto es, cuando la vigencia del último anexo de la póliza ya había expirado, recordando que dicha vigencia culminó el 30 de marzo de 2022, como se señaló.

Se puede concluir que la póliza de seguro vinculada cuya vigencia abarca desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, y fue posteriormente prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022, no ofrece cobertura temporal, pues, si bien el hecho ocurrió durante el periodo de vigencia de la póliza, la reclamación se realizó posterior a esta, siendo así, se citó a audiencia de conciliación prejudicial, convocando a la entidad asegurada aquí demandada, el 16 de febrero de 2024, esto es, casi un 2 años después de la terminación del contrato de seguro.

B. INEXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88 994000000022.

Sin perjuicio de lo anterior, de manera subsidiaria, no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 994000000022**, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, luego que para justificar sus pretensiones la parte actora no cuenta con pruebas fehacientes para determinar la causación de los supuestos daños materiales e inmateriales aparentemente sufridos, así como tampoco allegó pruebas que acreditaran la existencia de una mala praxis el día **21 de febrero de 2022** como consecuencia de una acción u omisión por parte del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** En ese sentido, no hay elementos para afectar el contrato de seguro aludido.

El Consejo de Estado ha intentado definir el contrato de seguro en su jurisprudencia, sobre todo el objeto del mismo, indicando lo siguiente:

El Código de Comercio no define el contrato de seguro, pero puede decirse que es aquel por medio del cual una persona legalmente autorizada para ejercer esta actividad, "(...) asume los riesgos ajenos mediante una prima fijada anticipadamente"; o dicho en otras palabras, es aquel contrato por el cual "(...) una parte, el asegurado, se hace prometer mediante una remuneración, la prima, para él o para un tercero, en caso de realización de un riesgo, una prestación por la otra parte, el asegurador (...)". Se trata de un mecanismo de protección frente a múltiples riesgos que pueden afectar el patrimonio de las personas y que pueden ser asumidos por el asegurador, quien se compromete a pagar una indemnización en caso de realizarse tal riesgo -lo que se traduce en la producción del siniestro- a cambio del pago de una determinada suma de dinero, denominada prima. (Consejo de Estado, 2013, 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472))

Con fundamento en la cita anterior, se debe tener en cuenta que la póliza se hace exigible una vez ocurre el siniestro, es decir, el cumplimiento del riesgo trasladado, entendiéndose como riesgo según el artículo 1054 Código de Comercio "*el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador*".

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone esta excepción toda vez que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** no está obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las condiciones generales documentadas en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 994000000022**, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022, el amparo que se pretende afectar con la presente acción, se pactó así:

OBJETO DEL SEGURO:

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

De conformidad con lo anterior, se evidencia que el riesgo asegurado en el contrato de seguro en comento no es otro que la “*Responsabilidad Civil Profesional Médica*” en que incurra el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**, asegurado de acuerdo con la legislación colombiana. Dicho de otro modo, el contrato de seguro documentado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 994000000022**, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022 entrará a responder, si y solo sí el asegurado, en este caso el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** es declarado patrimonialmente responsable por los daños irrogados a “terceros” y siempre y cuando no se presente una causal de exclusión u otra circunstancia que enerve los efectos jurídicos del contrato de seguro. Así las cosas, esa declaratoria de responsabilidad civil extracontractual constituirá el “siniestro”, esto es, la realización del riesgo asegurado (Art. 1072 del C.Co.).

De acuerdo con la exposición anterior y teniendo en cuenta lo descrito en el líbello de demanda, así como los medios probatorios aportados al plenario, se tiene que la demandante no acreditó que efectivamente el riesgo asegurado se haya materializado por el concurso de los elementos propios de la responsabilidad y, por consiguiente, las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar. En consecuencia, no se logra estructurar una responsabilidad civil en cabeza del asegurado, esto es, no se realiza el riesgo asegurado como condición *sine qua non* para activar la responsabilidad que, eventual e hipotéticamente, pudiera corresponder a la aseguradora.

Se concluye, que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil, claramente no se ha realizado el riesgo asegurado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 994000000022**, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

Solicito señora Juez declarar probada esta excepción.

C. CONFIGURACIÓN DE EXCLUSIONES DE AMPARO CONCERTADAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88 994000000022

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza.

En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, Consejera Ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

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

numeral 29 del referido contrato de seguro.⁴

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro.

Razón por la cual, es menester señalar que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 436-88-99400000097 con vigencia desde el 13 de enero de 2021 al 13 enero de 2022, y que fue prorrogada hasta el 13 de enero de 2023, en su página 3 señala una serie de exclusiones, además, indica que se incluyen como exclusiones absolutas de cobertura las que figuran en el texto del condicionado general depositado por la aseguradora en la superintendencia, las cuales solicito expresamente se apliquen al caso concreto. Tales exclusiones se encuentran enumeradas en la página primera en el acápite nombrado "ARTÍCULO 2° EXCLUSIONES" de la siguiente manera:

ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

1. SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
2. DOLO O CULPA GRAVE DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA.
4. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, EXCEPTO EN CASO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DERIVADA DE UN ACCIDENTE O Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
5. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
6. CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA IMPEDIR O PROVOCAR EL EMBARAZO O LA PROCREACIÓN
7. INFECCIÓN CON VIRUS TIPO HIV (SIDA), HTLV III, LAV, CJD, HEPATITIS O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES; VIRUS O COMPLEJO VIRAL ACR O CUALQUIER SÍNDROME RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES.
8. INCUMPLIMIENTO O VIOLACIÓN AL DEBER DEL PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
9. INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O TERAPÉUTICO.
10. SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
11. DAÑOS GENÉTICOS CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO, INCLUYENDO ENFERMEDADES O MALFORMACIONES GENÉTICAS CUANDO SE DETERMINE QUE ELAS HAN SIDO CAUSADAS DIRECTAMENTE POR UNA MANIPULACIÓN GENÉTICA IMPUTABLE A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.
12. CONTAMINACIÓN CAUSADA DIRECTAMENTE POR RADIACIÓN IÓNICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DE CUALQUIER COMBUSTIBLE O DESECHO NUCLEAR; TÓXICOS, EXPLOSIVOS U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS O CONTAMINANTES DE CUALQUIER INSTALACIÓN NUCLEAR; CUALQUIER FISIÓN ATÓMICA O NUCLEAR Y/O FUSIÓN Y/O CUALQUIER OTRA REACCIÓN SIMILAR O FUERZA O FORMA RADIOACTIVA.
13. TRANSMUTACIONES NUCLEARES CUANDO NO DERIVEN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y, EN GENERAL, TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
14. TODA INFECCIÓN O CONTAMINACIÓN CON SANGRE O DERIVADOS DE SANGRE Y/O EN CONEXIÓN CON UN BANCO DE SANGRE, SALVO QUE, SIN PERJUICIO DE LA EXCLUSIÓN 7 ANTERIOR, EL ACTO MÉDICO SE HAYA REALIZADO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA Y/O MEDICINA TRANSFUSIONAL DE LAS CLÍNICAS,

⁴ Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS Y CUMPLA CON LAS NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES VIGENTES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHS SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

15. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.

16. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

17. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

18. TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD A LOS PACIENTES, DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR. SE EXCLUYEN TAMBIÉN LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD O LA CONTAMINACIÓN POR MATERIALES PROVENIENTES PARCIAL O TOTALMENTE DEL CUERPO HUMANO, TALES COMO TEJIDOS, CÉLULAS, ÓRGANOS DE TRASPLANTE, ETC.

19. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS DEL ASEGURADO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PERDIDA DE UTILIDADES, PERDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA.

20. DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE NO SE ENCUENTRE ESPECÍFICAMENTE AMPARADA.

21. FALLOS DE TUTELA.

22. FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN. 23. FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AL FABRICANTE DE PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA, ASÍ COMO AL PERSONAL EXTERNO DE MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

24. RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.

25. ACTOS MÉDICOS INDIRECTOS Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPÓREOS, TALES COMO INVESTIGACIÓN, EXPERIMENTACIÓN, AUTOPSIA, INCLUIDOS LOS DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL.

26. DAÑOS OCASIONADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS QUE, POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES, INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS, INCLUIDOS LOS EMPLEADOS Y AQUELLOS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE CON LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

27. RESPONSABILIDAD PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.

28. HURTO SIMPLE Y HURTO CALIFICADO.

29. LA POSESIÓN, EL USO Y LA APLICACIÓN A PACIENTES DE EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO; EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER); EQUIPOS DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA; EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER Y EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIATIVAS.

30. ERROR EN LA INTERPRETACIÓN O LECTURA ELECTROMAGNÉTICA DE DATOS, PÉRDIDA,

CORRUPCIÓN O DESTRUCCIÓN DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS, PROGRAMAS DE CODIFICACIÓN O SOFTWARE, Y/O INDISPONIBILIDAD DE DATOS O INFORMACIONES ELECTRÓNICAS Y FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO HARDWARE, SOFTWARE Y CIRCUITOS INTEGRADOS, Y/O PÉRDIDA DE BENEFICIOS PROVENIENTE DE LOS ANTERIORES.

31. DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA, TENENCIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

32. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

33. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.

34. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, ASÍ COMO LOS COSTOS Y GASTOS PARA LIMPIARLOS, DISPONER DE ELLOS, TRATARLOS, REMOVERLOS O NEUTRALIZARLOS.

35. MULTAS Y PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, ASÍ COMO SANCIONES ADMINISTRATIVAS, PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES.

36. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

37. OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, Y SEA O NO CATALOGADA COMO TAL POR LA LEY.

38. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, PROPIOS O NO PROPIOS, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, A LOS BIENES DENTRO DE ELLOS O A SUS OCUPANTES, INCLUIDOS LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO POR LO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.3 SECCIÓN I DEL ARTÍCULO 3° DE LA PRESENTE PÓLIZA.

39. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS, EXCEPTO CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

40. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, TOTAL O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO. 42. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO Y/O LA NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

43. DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTO, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DELA NATURALEZA, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES O INUNDACIONES POR AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

44. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO LA CONTAMINACIÓN POR RUIDO CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO.

45. USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

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

48. HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, EVENTOS O ACTOS MÉDICOS QUE HUBIEREN SIDO OBJETO DE PROCESOS ADELANTADOS Y CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, AUN CUANDO TALES PROCEDIMIENTOS SE HUBIESEN ABIERTO, ADELANTADO, CERRADO O FALLADO EN CONTRA DE PERSONAS DISTINTAS A LAS AHORA INVOLUCRADAS. SE EXCLUYE IGUALMENTE LA REAPERTURA DE PROCESOS QUE SE HUBIEREN ADELANTADO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

49. ACTOS MÉDICOS O CIRCUNSTANCIAS QUE YA HUBIESEN SIDO AVISADOS O RECLAMADOS O QUE SE ENCUENTREN RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN AVISADA O PRESENTADA BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANTERIOR A ESTA. 50. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.

51. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

52. QUE EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR

UN TERCERO.

53. CONTROVERSIAS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

54. LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

55. SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.

56. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SALVO QUE CONSTE ACUERDO EXPRESO EN CONTRARIO.

57. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA

En conclusión, bajo la anterior premisa, en caso de configurarse alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales y particulares de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 99400000022**, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022, éstas deberán ser aplicadas y deberán dársele los efectos señalados por la jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

D. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento.

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

Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por

conceptos de: perjuicios morales, perjuicios materiales y fisiológicos, no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte del **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización por parte de la entidad que nada tuvo que ver con los supuestos daños alegados por la demandante.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciendo a la demandante.

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

E. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES PACTADOS EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88 99400000022

En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se estableció un límite de **MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (\$1.500.000.000) PESOS M/CTE**, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 99400000022**, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022, se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		45,000,000.00	0.00

Conforme a lo señalado anteriormente, en este caso en particular, operarí la suma asegurada equivalente a **MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (\$1.500.000.000)**, toda vez que el amparo que se pretende afectar es el de Responsabilidad Civil Institucional. En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la

aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción denominada “*Límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones pactados en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 994000000022*”, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022, los cuales enmarcan las obligaciones de las partes, planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

F. NO DEBE DESCONOCERSE LA EXISTENCIA DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS No. 420-88 994000000022

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que de la eventual obligación de mi procurada se debe descontar el deducible pactado. Debe tenerse en cuenta que el deducible corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**, y, en este caso para la póliza, se pactó en el **10% del valor de la pérdida mínimo de \$5.000.000**

El deducible, el cual está legalmente permitido, encuentra su sustento normativo en el artículo 1103 del Código de Comercio, el cual reza que “(...) *Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)*”

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro.

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que, al asegurado **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado.

En el caso concreto, el deducible se encuentra pactado en la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 994000000022**, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022 de la siguiente manera:

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado sea mayor.

En conclusión, si en la causa bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible. Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el

hipotético de que el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.** sea hallado patrimonialmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas al proceso. Lo cual, analizado el expediente, considera el suscrito es altamente improbable, como quiera que, en el asunto de marras, no existe responsabilidad frente al **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**

G. AUSENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y EL HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.

Esta excepción se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Nos encontramos frente a dos responsabilidades diferentes a saber: 1. la del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la Ley propia y 2. la de mí representada aseguradora cuyo fundamento no emanan de la ley propiamente dicha, sino de la existencia de un contrato de seguro celebrado dentro de los parámetros de los artículos 1036 del Código de Comercio y S.S., encontrándose entonces que las obligaciones del asegurado y de la aseguradora son independientes y, por tanto, carentes de solidaridad.

La Corte Suprema de Justicia a través de su Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017, Radicación No 05001-31-03-005-2008- 00497-01 ha precisado que: *“(...) Por último, la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (...)”.*

Entendido lo anterior, es preciso indicar que la solidaridad de las obligaciones solo se origina por pacto entre los contrayentes que expresamente la convenga, de acuerdo con el art. 1568 del Código Civil Colombiano que reza:

En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito. Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley.

En virtud de tal independencia en las obligaciones, se hace evidente la ausencia de solidaridad, de manera que la responsabilidad de mi representada está atada exclusivamente por las condiciones pactadas en la póliza, esto es, el límite asegurado para cada amparo, las condiciones del contrato de seguro, y por la normatividad que lo rige.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de cada póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales vinculada en esta contienda, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado y se tiene que esta no se afectaría como resultado de la configuración de una causal de exclusión de responsabilidad indemnizatoria taxativamente determinada en la carátula de la misma.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

H. PAGO POR REEMBOLSO

Sin que el planteamiento de esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. Se solicita al honorable juez que, en el remotísimo caso de encontrar responsable al asegurado y de llegar a establecer que ha surgido alguna obligación resarcitoria en cabeza de la aseguradora, respetuosamente se manifiesta que la obligación de mi representada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que es el asegurado quien debe decidir si afecta o no el seguro, quedándole la opción de realizar el pago directo de la hipotética condena.

Debido a que el Seguro de Responsabilidad cuenta con la acción del asegurado (que normalmente se ejerce a través del llamamiento en garantía) y la acción directa (que puede ser ejercida por la víctima), la jurisprudencia ha dicho que, cuando la compañía aseguradora es vinculada al proceso judicial mediante el llamamiento en garantía -como sucede en este caso -, surge únicamente la obligación de reembolsar lo pagado por el asegurado. A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma directa a la aseguradora, precisamente porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.(...)” (Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado.)

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional, como se había indicado anteriormente. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le remolse el monto de la condena que sufiere

Así las cosas, se solicita que en el remoto caso de condena la misma no sea a través de pago directo, **sino por reembolso o reintegro.**

I. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Sin que con el planteamiento de esta excepción se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi representada, es pertinente manifestar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado de una póliza se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos, dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que, si para la fecha de la sentencia y ante una condena, se ha agotado totalmente el valor asegurado, no habrá lugar a obligación indemnizatoria por parte de mi prolijada.

Solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepción.

J. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito señor Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el decurso del proceso, que se encuentre originada en la Ley o en el contrato por el cual se convocó a mi representada, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro

Lo anterior, conforme a lo estipulado en el art 282 del Código General del Proceso, el cual establece que *“En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda”.*

En ese sentido, cualquier hecho que dentro del proceso constituya una excepción deberá reconocerse de manera oficiosa en la sentencia que defina el mérito del asunto.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO IV. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- **DOCUMENTALES**

1. Original del poder especial que me faculta para actuar como apoderado de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
2. Certificado de existencia y representación legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**
3. Copia de la carátula, el condicionado particular y general de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. 420-88 99400000022**, con vigencia desde el 03 de julio de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020, prorrogada hasta el 30 de marzo de 2022, cuyo tomador y asegurado es el **HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO E.S.E.**
4. copia de la carátula, el condicionado particular y general de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No. Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88-99400000043** desde el 06 de marzo de 2021 al 31 de diciembre de 2021, prorrogada hasta el 06 de marzo de 2022; y de la **Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos No 420-88-99400000050**, cuyo tomador y asegurado es el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.**

- **TESTIMONIALES.**

Respetuosamente, solicito a este Despacho decretar los testimonios de los galenos:

1. Dra. Aida Cristina Masson Rodríguez

- Especialidad: Neonatología
- Registro Médico: 471321-05

· Participación: Esta médica neonatóloga tuvo un papel fundamental en la atención inicial del menor, supervisando su manejo respiratorio, especialmente durante las primeras 48 horas críticas postnacimiento. Estuvo a cargo de la ventilación mecánica invasiva, ajustes en los parámetros respiratorios y el manejo general en UCI neonatal.

2. Dr. Mauricio Alberto Arévalo Sanabria

- Especialidad: Neonatología
- Registro Médico: 78151907

· Participación: Fue responsable de la gestión del soporte ventilatorio del paciente, controlando los parámetros de la ventilación mecánica invasiva y supervisando la evolución respiratoria del menor durante su ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

3. Dra. Monica María Álvarez

- Especialidad: Terapia Respiratoria
- Registro Médico: 29126810

· Participación: Intervino en la terapia respiratoria del paciente, asegurando la correcta ventilación mecánica, y realizando procedimientos como la succión de secreciones y el monitoreo del estado respiratorio del menor.

4. Dra. Erika Fernanda Martinez Ortíz

- Especialidad: Terapia Respiratoria

Registro Medico: 765657

· Participación: Se encargó de la administración de terapia respiratoria, especialmente el manejo de la ventilación y el apoyo continuo para mantener la oxigenación del menor, realizando intervenciones críticas

como la aspiración de secreciones para evitar complicaciones respiratorias adicionales.

5. Dr. Florencia Satizabal Rengifo

- Especialidad: Pediatría
- Registro Médico: 2121-2
- Participación: Supervisó el manejo clínico general del menor, controlando su evolución neurológica y respiratoria. Fue clave en el seguimiento de la adaptación del menor al destete de la ventilación mecánica y el monitoreo continuo de su condición.

6. Dr. Jhoan Manuel Sinisterra Galindo

- Especialidad: Terapia Ocupacional
- Registro Médico: 1144172347
- Participación: Participó en la terapia ocupacional del menor, ayudando a estimular la movilidad y el desarrollo sensoriomotor, crucial en su evolución postnatal, especialmente en relación con su movilidad y adaptación al entorno.

7. Dra. Ingrith Viviana Hoyos Garcia

- Especialidad: Neonatología
- Registro Médico: 8595-14
- Participación: Fue responsable del manejo general en UCI neonatal, controlando el estado hemodinámico y respiratorio del menor, además de realizar ajustes en la terapia médica, incluyendo la atención a complicaciones neurológicas.

8. Dra. Lorena Sofía Chamorro

- Especialidad: Pediatría
- Registro Médico: 1085285452
- Participación: Supervisó la evaluación general del menor en el contexto de su asfixia perinatal y complicaciones asociadas. Estuvo a cargo del manejo interdisciplinario del paciente y la planificación de su seguimiento pediátrico.

Mi representada desconoce el lugar de notificaciones o residencia de los anteriores galenos, solicitándole su señoría que sea el Hospital Universitario del Valle la entidad encargada de notificarlos. En caso de que el despacho no lo considere así, por favor que los médicos sean notificados en los correos y direcciones que manifestó el Hospital Universitario del Valle en su contestación, concretamente los siguiente:

Calle 5 No. 39-08, teléfono: 602 6200000 y/o a través de los correos electrónicos:

- talentohumano@correohuv.gov.co
- coordinacionagesoc201@gmail.com
- JURIDICO@asstracud.com.co
- coordinacionhuv@asstracud.com.co
- departamentodeenfermeria@correohuv.gov.co
- coordinacionclinica@correohuv.gov.co
- subgerenciaserviciosdesalud@correohuv.gov.co
- juridicotalentohumanohuv@gmail.com

Asimismo, solicito que por favor se decrete el testimonio de los siguientes galenos:

1. ALBA PATRICIA BELTRÁN, identificada con cédula de ciudadanía 66.783.539
2. LAURA ELIZABETH MUÑOZ ORDOÑEZ, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.971.930

3. ASTRID JOHANNA LONDOÑO ARANGO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 29.663.895
4. KAREN VALERIA HURTADO ESCOBAR, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.113.638.738
5. ERIKA FERNÁNDA MARTÍNEZ ORTÍZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 29.678.566
6. AHMED KANAN TALAT, identificado con el NIT No. 268571

El testimonio de los anteriores galenos permitirá demostrar, de forma precisa y objetiva, el cumplimiento del deber de atención médica, la ejecución diligente de los protocolos clínicos y la inexistencia de omisión, imprudencia o negligencia por parte del personal de salud del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. Asimismo, se hace la aclaración que mi representada no cuenta con información sobre el lugar de notificaciones de los médicos previamente citados, es por ello, que solicitamos que la carga de notificarlos le corresponda al Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., en caso de que el despacho no lo considere así, por favor que los galenos sean notificados en el lugar mencionado por la ESE demandada, concretamente lo siguiente:

Calle 29 N° 39 51 Teléfono: 2742419 Palmira – Valle. Dirección de correo electrónico notificacionesjudicialeshrob@gmail.com

Respetuosamente, solicito a este Despacho decretar el testimonio del Doctor **NICOLÁS LOAIZA SEGURA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.107.101.497 de Cali, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, asesor externo de la compañía de seguros que represento, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** quien podrá citarse al correo electrónico nicolas.1719@hotmail.com con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, y en especial para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de las pólizas expedidas por mi prohijada, tales como prorrogas, cláusulas entre otras condiciones y eventualmente con base en lo autorizado por el art. 221 del CGP, mediante su declaración incorpore documentos que den cuenta de novedades sobrevinientes en el tráfico de relaciones del contrato de seguro.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Solicito respetuosamente se sirva citar a la audiencia de pruebas o a la oportunidad procesal correspondiente a la demandante:

JENNYFER CAROLINA RUIZ

Lo anterior con la intención de responder a las preguntas que le formularé en sobre cerrado o verbalmente en la misma diligencia, correspondiente a la aclaración de las situaciones de hecho que motivó la presente demanda. La referida demandante podrá ser citada por conducto de su apoderado judicial.

OPOSICIÓN DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

- **Frente al dictamen pericial**

Solicito que se niegue su decreto porque no se aportó, ni solicitó conforme al artículo 218 del CPACA; teniendo presente que lo procedente era aportarlo con la demanda o enunciarlo para que sea el juez quien decida su decreto o vea viable conceder el término solicitado.

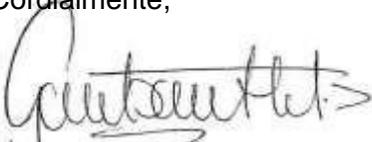
CAPÍTULO V. NOTIFICACIONES

A la parte actora, y su apoderado, en las direcciones referidas en el escrito de la demanda.

A mi procurada **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C** en la Calle 100 No. 9 A -45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C., Email: notificaciones@solidaria.com.co

Al suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali (V); correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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