

Señores

JUZGADO NOVENO (9°) ADMINISTRATIVO DE CALI – VALLE DEL CAUCA

of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co / adm09cali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:

PROCESO:

RADICADO:

DEMANDANTES:

DEMANDADOS:

LLAMADO EN GTÍA:

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

REPARACIÓN DIRECTA

76001-33-33-009-2022-00260-00

MARY LUZ PORTOCARRERO CHEME Y OTROS.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI Y OTRO.

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** mediante el presente escrito procedo a **REASUMIR** el poder a mi conferido en el proceso de la referencia, y a presentar dentro del término legal, los **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**; solicitando desde ya, se profiera sentencia favorable a los intereses de mi representada, desestimando las pretensiones de la parte actora y declarando probada las excepciones propuestas al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía:

CAPÍTULO I. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR ALEGATOS.

En audiencia de pruebas llevada a cabo el día 28 de mayo de 2025, el Juzgado Noveno Administrativo Oral del Circuito de Santiago de Cali clausuró la etapa probatoria en el presente proceso, y ordenó correr traslado por el termino conjunto de 10 días para que las partes presenten Alegatos de Merito en Primera instancia conforme a lo previsto por el artículo 181 del CPACA. En ese sentido, dicho término transcurrió los días 29, 30 de mayo, 03, 04, 05, 06, 09, 10, 11 y 12 de junio de 2025 (los días 31 de mayo, 01, 02, 07, 08 de junio no se cuentan por ser días no hábiles), por lo que se concluye que este escrito es presentado dentro del tiempo previsto para tal efecto.

CAPÍTULO II. ASPECTO PREVIOS RELATIVOS A LA “IMPUTACIÓN”.

Es importante precisar que el objeto del litigio aquí ventilado corresponde al fijado por el despacho en audiencia inicial, en los siguientes términos:

Determinar si el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E., Hospital San Juan de Dios de Cali, Red de Salud de Oriente E.S.E. y EMSSANAR S.A.S., son administrativa y patrimonialmente responsables por el presunto daño causado a los demandantes con ocasión de la muerte de la señora

EMC

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075



Luisa María Portocarrero Cheme, por la presunta pérdida de oportunidad por omisión de protocolos médicos y de enfermería para determinar un verdadero diagnóstico de las patologías sufridas en hechos ocurridos entre 12 de febrero de 2019 y el 1 de agosto de 2020, falleciendo por múltiples patologías originadas por el cáncer padecido.

En caso de que la respuesta al anterior cuestionamiento resulte afirmativa, el Despacho deberá determinar con base en las pruebas allegadas si es posible acceder a la reparación solicitada en la demanda y si es posible ordenar el reembolso a las llamadas en garantía.”¹

I. ALEGATOS DE MERITO FRENTE A LO PROBADO EN LA DEMANDA

1. SE PROBÓ LA INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA EN INTERVENCIÓN URGENTE.

Como se expuso de manera precisa en la contestación de la demanda y se demostró a lo largo del proceso, el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI dio cumplimiento a las obligaciones legales previstas en el artículo 177 y siguientes de la Ley 100, garantizando la prestación del servicio médico a la señora LUISA MARÍA PORTOCARRERO CHEME. Este cumplimiento evidencia una conducta ajustada a los principios de respeto por la vida y la salud del paciente. En consecuencia, no puede atribuirse culpa contractual al hospital, y por tanto, no surge obligación de indemnizar perjuicio alguno, dado que su actuación fue conforme a la lex artis, al estado clínico de la paciente y a sus antecedentes médicos.

Lo anterior se sustenta en que, tal como se había indicado inicialmente y se probó, el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI atendió el estado de salud de la paciente hasta el último momento, actuando con diligencia y procurando aliviar los síntomas que presentaba, brindándole atención en todo momento.

Del examen detallado de la historia clínica allegada al proceso, se evidencia que en ningún momento se le negó atención médica a la señora LUISA MARÍA PORTOCARRERO CHEME, quien recibió todos los cuidados requeridos, tanto con anterioridad como con posterioridad al hecho que dio lugar a la controversia. En igual sentido, los testimonios rendidos por los doctores José Raúl Quesada Ocampo y Mauricio Escobar Loaiza, junto con las demás pruebas incorporadas al expediente, permiten concluir que el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI y su equipo médico actuaron en estricto cumplimiento de los protocolos establecidos para la atención del caso, sin que se advierta negligencia, imprudencia, en respuesta a la necesaria atención urgente.

En el presente proceso judicial, se pretende atribuir responsabilidad médica por la atención brindada a la paciente LUISA MARÍA PORTOCARRERO GARCÉS en el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Sin embargo, de acuerdo con el material probatorio obrante en el expediente y con base en las

¹ Acta de audiencia inicial No. 67 de fecha 03 de julio de 2024.

declaraciones rendidas por los doctores JOSÉ RAÚL QUESADA OCAMPO Y MAURICIO ESCOBAR LOAIZA, se puede afirmar con total claridad que la intervención médica practicada fue plenamente acorde con la Lex Artis ad hoc, esto es, conforme a los conocimientos científicos vigentes, los protocolos médicos aplicables y los recursos disponibles en el momento y lugar en que se prestó la atención.

Desde el inicio del proceso asistencial, la paciente fue valorada por el servicio de ginecología del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, donde se detectó una masa pélvica de gran tamaño (aproximadamente 15 cm), dolorosa y acompañada de pérdida de peso, cuya imagen ecográfica era altamente sugestiva de una tumoración ovárica maligna. Con fundamento en dichos hallazgos, el personal ginecológico solicitó su remisión a un centro de tercer nivel para valoración por un ginecólogo oncólogo, como lo indica la normativa médica y las guías clínicas. No obstante, esta remisión no pudo concretarse por causas ajenas a los médicos tratantes, debido a la falta de disponibilidad de cupo en los centros especializados, lo que constituye una deficiencia estructural del sistema de salud y no una omisión imputable al personal asistencial.

En los días siguientes, la evolución clínica de la paciente fue marcadamente desfavorable: presentó incremento del dolor, fiebre persistente, signos de irritación peritoneal y alteración de reactantes de fase aguda, lo que hizo pensar en un cuadro infeccioso o inflamatorio agudo. Por esa razón, ginecología solicitó interconsulta con el servicio de cirugía general. El Dr. Abraham Osorio, valoró a la paciente y, ante la sospecha de una **patología mixta**, posiblemente un absceso pélvico, plastrón apendicular o apendicitis complicada, avaló la necesidad de practicar una laparotomía exploratoria urgente, debido al inminente riesgo de peritonitis generalizada y shock séptico, que comprometía de forma inmediata la vida de la paciente.

Tanto el Dr. JOSÉ RAÚL QUESADA OCAMPO, quien conoció del caso como parte del equipo de cirugía, como el Dr. MAURICIO ESCOBAR LOAIZA, quien participó en la intervención como segundo ayudante, fueron enfáticos en señalar en sus declaraciones en audiencia de pruebas llevada ante el despacho el pasado 28 de mayo de 2025 dentro del presente proceso, que **la indicación quirúrgica fue de carácter urgente, impostergable y orientada a preservar la vida**, dadas las condiciones clínicas del momento. No se trató de una cirugía oncológica, programada o electiva, sino de una respuesta médica adecuada ante un escenario clínico grave, progresivo y de causa aún no plenamente determinada. En estos contextos, el médico está obligado a actuar conforme a su juicio clínico, evitando dilaciones que pongan en riesgo al paciente.

Durante el procedimiento quirúrgico, el equipo encontró, tal como lo señaló en su declaración y fue corroborado por la historia clínica, una masa pélvica friable, adherida al útero, trompas y retroperitoneo, en evidente estado de necrosis. Es importante destacar que, según lo manifestado por el Dr. Escobar, **al momento de ingresar a la cavidad abdominal, el tumor ya se encontraba roto y necrótico**, lo cual explica en gran medida el cuadro séptico de la paciente. La fragmentación

parcial que se presentó durante la resección no obedeció a impericia ni imprudencia, sino a la **fragilidad extrema del tejido tumoral** y al deterioro anatómico causado por la misma enfermedad. Todos los fragmentos fueron retirados y enviados a patología conforme al protocolo, y la paciente fue entregada nuevamente a ginecología para seguimiento postoperatorio.

Desde el punto de vista jurídico, debe recordarse que la responsabilidad médica se fundamenta en la existencia de una falla del servicio, la cual debe acreditarse mediante la demostración de que el profesional de la salud actuó en contra de los protocolos, normas técnicas o de manera negligente, imprudente o imperita. En este caso, no solo no se ha demostrado dicha falla, sino que la evidencia demuestra que los médicos actuaron conforme al deber objetivo de cuidado, atendiendo una emergencia médica real, con los medios disponibles en el hospital y bajo una sospecha clínica fundada de patología séptica abdominal. En suma, la conducta médica fue diligente, proporcional, técnicamente razonable y absolutamente justificada desde todo punto de vista.

La intervención médica no puede calificarse como la causa del fallecimiento de la paciente. De hecho, el perito médico forense que rindió dictamen en la audiencia reconoció que al momento de su ingreso al Hospital Universitario del Valle, la paciente se encontraba en condición clínica terminal, y que incluso en las mejores condiciones hospitalarias del país o del exterior, su pronóstico no habría sido diferente. La evolución fatal fue consecuencia del avance biológico de una enfermedad maligna agresiva y de las limitaciones estructurales del sistema de salud, no del actuar de los médicos que la atendieron con urgencia y profesionalismo.

En consecuencia, no puede atribuirse responsabilidad médica alguna al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI por el tratamiento médico que recibió la paciente LUISA MARIA PORTOCARRERO CHEME, ni del actuar del Dr. José Raúl Quesada Ocampo, al Dr. Mauricio Escobar Loaiza ni de la atención en general prestada por el hospital. Todas las intervenciones fueron adecuadas, necesarias y orientadas a preservar la vida de la paciente en un contexto clínico límite. La Lex Artis fue respetada y no se ha demostrado una desviación técnica, ni causalidad entre la conducta médica y el resultado lamentable. La atención brindada respondió a un criterio de urgencia médica debidamente documentada, fundada en una sospecha razonable de una patología mixta que comprometía severamente la integridad de la paciente. Por ello, solicitamos con respeto que se declare la inexistencia de falla médica y, en consecuencia, se absuelva de toda responsabilidad al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI y a mi representada.

2. ROMPIMIENTO DEL NEXO CAUSAL ENTRE EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y EL RESULTADO LESIVO OCURRIDO A LA PACIENTE LUISA MARÍA PORTOCARRERO GARCÉS.

En este proceso, se pretende atribuir responsabilidad al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI por el fallecimiento de la paciente LUISA MARÍA PORTOCARRERO GARCÉS, argumentando

supuestos errores médicos durante la atención brindada en dicha institución. No obstante, a la luz de los elementos fácticos y jurídicos que obran en el expediente, debe afirmarse que no existe nexo de causalidad entre la intervención médica prestada en el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS y el desenlace fatal de la paciente, por lo cual debe exonerarse de toda responsabilidad patrimonial a esta institución y al personal médico interviniente.

En primer lugar, es fundamental destacar que la propia parte actora ha orientado su acusación principal hacia la **Red de Salud del Oriente E.S.E. – Hospital Carlos Holmes Trujillo y los centros de salud de primera atención (Decepaz, Potrero Grande, Pizamos)**, al señalar que fue allí donde se produjo una **prolongada cadena de omisiones diagnósticas**, que derivó en una **tardía detección del tumor maligno** que comprometía la salud de la paciente. Así lo admite expresamente en su demanda, al afirmar que:

“fallecida LUISA MARIA PORTOCARRERO CHEME por cuanto el diagnostico tardío le restó a la paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse en virtud de que dicho diagnostico se produjo mas de 4 meses después de que la señora Portocarrero consultara en primera oportunidad por las afectaciones que le generaban el tumor maligno que posteriormente le fue detectado y que finalmente acabó con su vida, tiempo durante el cual los galenos que la atendieron pudieron ordenarle una ecografía lo que hubiera ocasionado una detención temprana que conllevaría a un tratamiento adecuado aumentando así sus posibilidades de sobrevivir, no obstante, dicho diagnostico tardío la llevó a fallecer apenas 2 meses y 8 días después de dicho diagnostico a pesar de que desde enero de 2020 la señora Portocarrero venia presentando evidentes signos de malignidad, como lo era la amenorrea, pérdida de peso y fiebre intermitente.

Dicha negligencia constituye uno de los factores que determinan la culpa, como lo es la impericia o inobservancia de los reglamentos y protocolos médicos, maxime si se dispuso su salida del centro asistencial en las ocasiones en que las acudió a urgencias, sin que hubiera recuperado su salud y, lo que es peor, con desconocimiento de cuál era la patología que presentaba.”²

Lo anterior implica una ruptura objetiva del nexo causal, en tanto la causa adecuada del agravamiento de la enfermedad y del desenlace final no se originó en la intervención quirúrgica efectuada en el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, sino en la conducta omisiva reiterada de los médicos que inicialmente la valoraron sin ordenar exámenes diagnósticos básicos como la ecografía. Fue esa falla sistémica y continua, durante tres meses de consultas médicas, por síntomas como pérdida de peso, dolor abdominal, amenorrea y fiebre intermitente, la que impidió una detección y tratamiento tempranos de la patología de base.

² Demanda, Concepto de la violación.

Esta idea se refuerza con la jurisprudencia del Consejo de Estado, que ha indicado que:

“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”³

Además, me es dable precisar que la conducta desplegada por **Red de Salud del Oriente E.S.E. – Hospital Carlos Holmes Trujillo y los centros de salud de primera atención (Decepaz, Potrero Grande, Pizamos)**, resulta relevante en este punto bajo el criterio de **causalidad adecuada**, ampliamente desarrollado por la jurisprudencia del Consejo de Estado, entre otras, en la sentencia de la Sección Tercera, Subsección B, con ponencia del Dr. Ramiro Pazos Guerrero (Rad. 05001-23-31-000-1999-02059-01), donde se indicó:

“Para que pueda predicarse la existencia de una falla en la prestación del servicio médico, (...) deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance”.

En el caso sub judice, el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS sí desplegó todos los medios a su alcance y actuó con diligencia médica y técnica acorde con la Lex Artis, una vez recibió a la paciente ya con una masa ovárica avanzada, con sintomatología aguda, fiebre, dolor no controlado y signos de obstrucción. La paciente fue valorada inicialmente por ginecología, que solicitó remisión a ginecología oncológica, y ante la falta de cupo en centros de tercer nivel, circunstancia no imputable al hospital ni a su personal, fue intervenida por cirugía general ante la sospecha razonable de una patología mixta urgente (tumoración más proceso inflamatorio séptico).

El Dr. Mauricio Escobar Loaiza, quien participó como segundo ayudante, fue claro en señalar que la intervención se llevó a cabo como una laparotomía exploratoria urgente ante un cuadro clínico grave. Durante la intervención se halló una masa ya rota y en estado de necrosis, lo cual demuestra que la cirugía no fue la causa de la fragmentación del tumor, y que el daño tumoral ya se había producido antes del procedimiento. La cirugía fue, por tanto, un acto médico legítimo, urgente y necesario, no un factor generador del daño.

Por su parte, el Dr. José Raúl Quesada Ocampo indicó que la cirugía no tuvo carácter oncológico, ni pretendía ser resolutive del tumor, sino que se orientó a controlar una posible complicación

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia rad. 11764, ponente: Carlos Betancur Jaramillo

infecciosa con riesgo de peritonitis. Así, no puede imputarse a este procedimiento el agravamiento de la condición de salud de la paciente, sino que debe ubicarse la causa eficiente del daño en la omisión prolongada del diagnóstico temprano, como lo ha sostenido incluso la parte demandante.

En este orden de ideas, conforme a la teoría de la imputación fáctica, se hace evidente que el desenlace fatal que sufrió la paciente Luisa María Portocarrero Garcés no fue consecuencia directa, ni exclusiva, ni adecuada de la actuación del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, sino resultado de una secuencia causal iniciada meses antes en otras instituciones, cuando se omitió la realización de exámenes básicos que habrían permitido un tratamiento oportuno. Así, se verifica un rompimiento del nexo causal entre la conducta médica de los doctores Quesada y Escobar y el resultado dañoso final, lo que impide estructurar responsabilidad en su contra.

en materia de imputación jurídica, la causa eficiente del daño no siempre coincide con el último hecho cronológicamente registrado, pues no toda causa física implica necesariamente una causa jurídica. Al respecto, la misma jurisprudencia ha precisado que:

“No puede determinarse, como única causa de un daño, aquella que corresponde al último suceso ocurrido en el tiempo. Este criterio simple (...) implicaría confundir la causalidad jurídica con la causalidad física y no tomar en cuenta hechos u omisiones que, si bien no son la última causa del daño sí contribuyeron a determinar su producción”⁴

Este criterio cobra especial importancia en el caso concreto: el hecho de que la última atención médica significativa antes del fallecimiento se haya dado en el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS no convierte a esa institución en la causa jurídica del daño, pues la progresión patológica ya se encontraba en estado avanzado, con masa necrótica, ruptura tumoral previa y sintomatología sistémica grave. Como bien enseña el profesor Soler, citado por Ricardo Lorenzetti: *“No debe sorprendernos que la solución jurídica concreta de tal cuestión se detenga, a veces, en un punto determinado, situado más acá de donde iría el examen físico de una serie causal...”*.

Aplicando ese principio, se debe entender que la imputación jurídica se detiene en la cadena causal anterior, atribuible a los centros de atención primaria, que omitieron el diagnóstico durante meses, mientras que la intervención del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS fue una respuesta terapéutica urgente y adecuada ante un cuadro crítico ya instaurado, lo cual rompe el vínculo causal con el resultado.

En conclusión, no puede afirmarse válidamente que haya existido falla en la prestación del servicio por parte del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI ni de sus médicos tratantes. La atención brindada fue oportuna dentro del contexto en que fue recibida la paciente, se ajustó a los protocolos clínicos vigentes y fue guiada por criterios de necesidad, urgencia y proporcionalidad. Al no

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de septiembre de 1997, rad. 11764).

configurarse una conducta antijurídica, ni una relación de causalidad directa con el daño, debe concluirse que no existe fundamento fáctico ni jurídico para atribuir responsabilidad patrimonial al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ni al personal médico aquí representado, por lo que se solicita su absolución total en los términos del artículo 90 de la Constitución Política y conforme a la jurisprudencia vigente del Consejo de Estado.

3. CONCURRENCIA DE CULPAS Y AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI.

En atención a los hechos materia del presente proceso, y sin que ello implique aceptación alguna de responsabilidad, y únicamente en **gracia de discusión**, en el remoto evento en que se profiera una sentencia condenatoria, el despecho deberá determinar la concurrencia de culpas, en virtud de a que se declararse la afectación de los derechos de la paciente LUISA MARÍA PORTOCARRERO GARCÉS, tal afectación que generaría responsabilidad no es atribuible exclusivamente, ni principalmente, a HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, sino que ha sido el resultado de una secuencia asistencial prolongada, con intervención de múltiples entidades de salud, todas ellas también vinculadas en el presente litigio.

Ha quedado plenamente demostrado que el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI no puede ser declarado responsable de manera exclusiva, ni mucho menos principal, por el fallecimiento de la señora LUISA MARÍA PORTOCARRERO GARCÉS, toda vez que su atención médica fue apenas uno de los eslabones finales de una extensa cadena asistencial en la que intervinieron múltiples instituciones, cada una de ellas con responsabilidad en la evolución negativa del estado de salud de la paciente.

De manera concreta, está acreditado que la señora Portocarrero consultó durante más de tres meses en diversas sedes de la **Red de Salud del Oriente E.S.E., incluyendo el Hospital Carlos Holmes Trujillo, el Centro de Salud Decepaz, el Centro de Salud Potrero Grande, y el Puesto de Salud Pizamos**, todas ellas entidades públicas encargadas de la atención primaria en salud y de realizar la detección y remisión oportuna de patologías de mayor complejidad. Así mismo, se encuentra vinculada **EMSSANAR S.A.S.**, entidad que, en calidad de EPS, tenía bajo su responsabilidad garantizar la continuidad, oportunidad e integralidad del servicio de salud que debía recibir la paciente.

En este sentido, fue precisamente durante esa etapa inicial de atención, que se prolongó por más de noventa días, cuando la paciente acudió en reiteradas ocasiones con síntomas persistentes y compatibles con una patología ginecológica grave: amenorrea, pérdida de peso acelerada, fiebre intermitente, dolor pélvico y abdominal, entre otros. A pesar de ello, no se ordenaron estudios diagnósticos básicos como una ecografía pélvica y no se promovió su remisión oportuna a un centro de mayor complejidad. Esa omisión estructural y reiterada, que impidió la detección precoz de un

tumor ovárico maligno, fue la que determinó de manera directa y decisiva el avance clínico irreversible de la enfermedad.

De hecho, es la misma parte actora quien reconoce este hecho al manifestar, en su escrito de demanda, que el diagnóstico se produjo cuatro meses después de la primera consulta, cuando ya era imposible realizar un tratamiento efectivo y curativo y que obligó a los médicos tratantes del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI a una intervención de urgencia. Por tanto, no es jurídicamente aceptable atribuir el resultado a una sola institución, y mucho menos al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, que recibió a la paciente cuando su estado clínico grave, con masa tumoral rota, signos de necrosis y fallas orgánicas múltiples, tal como lo confirmaron el dictamen pericial del médico ginecólogo oncólogo y los testimonios rendidos por los doctores José Raúl Quesada Ocampo y Mauricio Escobar Loaiza.

En concordancia con estos hechos, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha señalado con claridad que cuando el perjuicio se produce como resultado de múltiples conductas concurrentes, la responsabilidad debe ser compartida entre quienes intervinieron en la cadena causal. En su sentencia del 14 de diciembre de 2012, la Corte sostuvo:

“Cuando varios hechos o acciones tienen la aptitud jurídica suficiente para producir el perjuicio sobreviniente, de suerte que todos ellos hayan cooperado en su realización, entonces se estará frente a una causalidad conjunta, que comporta una imputación plural en contra de todos sus autores.”⁵

Bajo ese mismo criterio, el Consejo de Estado ha reiterado que la responsabilidad patrimonial del Estado solo puede configurarse si se demuestra una conducta antijurídica específica, atribuible directamente a la entidad demandada, lo cual no ha sido probado respecto del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI. Por el contrario, el acervo probatorio evidencia que esta institución actuó conforme a la Lex Artis, interviniendo ante una urgencia vital, y que su participación fue secundaria, reactiva y limitada por las condiciones clínicas preexistentes de la paciente.

En consecuencia, si el despacho llegare a considerar, hipotéticamente, que existió un daño resarcible, la valoración de la responsabilidad no puede hacerse de forma aislada, sino que debe atender a la concurrencia de culpas entre todas las entidades que intervinieron, conforme al principio de justicia material y responsabilidad proporcional. Ello implica que cualquier condena, de llegar a imponerse, debe contemplar la distribución ponderada de la responsabilidad, asignando a cada institución vinculada su cuota correspondiente, conforme a su grado de participación y oportunidad de intervención.

Por todo lo anterior, el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI solicita al despacho que se

⁵ Corte Suprema de Justicia, Exp. 11001-31-03-028-2002-00188-01, M.P. Ariel Salazar Ramírez.

absuelva de toda responsabilidad, en tanto no existe prueba que acredite una conducta omisiva, negligente o contraria a la Lex Artis por parte de esta institución. Y, en subsidio, en el evento remoto de una declaratoria de responsabilidad, que se reconozca formalmente la existencia de una concurrencia de culpas, distribuyendo las consecuencias jurídicas entre todas las entidades vinculadas en proporción al grado de participación que tuvieron en el daño alegado.

4. INEXISTENCIA DE PRUEBA SUFICIENTE SOBRE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS: AUSENCIA DE CERTEZA, CUANTIFICACIÓN Y RESPALDO PROBATORIO.

Tal como se ha expuesto a lo largo del proceso, la pretensión indemnizatoria formulada por la parte actora carece de sustento probatorio concluyente que permita acreditar, de manera clara, cierta y objetiva, la existencia, magnitud y cuantía del daño alegado. En efecto, la carga de la prueba recae en quien afirma, conforme a los artículos 167 del Código General del Proceso y 177 del Código de Procedimiento Civil, de modo que no basta con enunciar perjuicios de forma genérica: es indispensable demostrar con elementos probatorios idóneos, pertinentes y suficientes que efectivamente el daño se produjo, en qué consistió, y en qué medida debe ser reparado.

En relación con los **perjuicios materiales**, particularmente el lucro cesante, la **Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado**, en Sentencia de Unificación del 18 de julio de 2019 (Exp. 44572), estableció que, en lo concerniente a la liquidación del lucro cesante futuro, resulta impropio sostener la presunción de que toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, por cuanto ello contraviene uno de los elementos estructurales del daño, a saber, la **certeza**. De este modo, dicha Corporación precisó que admitir sin prueba alguna la existencia de un perjuicio conllevaría al error de ordenar una indemnización por un daño inexistente, incierto o meramente eventual. En este sentido, señaló expresamente la providencia:

“1.1. Presupuestos para acceder al reconocimiento del lucro cesante

2.1.2 Todo daño y perjuicio que el demandante pida que se le indemnice por concepto de lucro cesante debe ser objeto de prueba suficiente que lo acredite o, de lo contrario, no puede haber reconocimiento alguno (artículos 177 del C. de P. C. y 167 del C.G.P.).

(...)

2.2.2 Ingreso base de liquidación

(...)

El ingreso de los independientes debe quedar también suficientemente acreditado y para ello es necesario que hayan aportado, por ejemplo, los libros contables que debe llevar y registrar el comerciante y que den cuenta de los ingresos percibidos por su actividad comercial o remitir, por parte de quienes estén obligados a expedirlas, las facturas de venta, las cuales tendrán valor probatorio siempre que satisfagan los requisitos previstos en el Estatuto Tributario, o que se haya allegado cualquier otra prueba idónea para acreditar tal ingreso.” (Subrayado y negrita fuera del texto original).

En el presente caso, no obra en el expediente prueba alguna sobre los ingresos de la víctima, su profesión, oficio, vinculación laboral o actividad comercial. No se aportaron declaraciones, certificaciones, libros contables, registros tributarios ni ningún documento que permita establecer

con certeza la existencia de una afectación económica real. Por tanto, cualquier liquidación del lucro cesante sería meramente conjetural, carente de certeza y abiertamente contraria a los principios que rigen la responsabilidad patrimonial del Estado.

En cuanto a los perjuicios inmateriales, es necesario precisar, conforme a la Acta de Unificación Jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, expedida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, que el ordenamiento jurídico colombiano ha consolidado una tipología cerrada del daño inmaterial, la cual está compuesta exclusivamente por tres categorías: el daño moral, el daño a la salud y la afectación a bienes o derechos constitucional y convencionalmente amparados.

De acuerdo con dicha jurisprudencia unificada, el llamado “daño a la vida en relación”, también conocido como perjuicio fisiológico, fue absorbido en la categoría de daño a la salud. En consecuencia, ya no puede ser reconocido como perjuicio autónomo, y ningún juez administrativo puede apartarse de esta directriz sin incurrir en desconocimiento del precedente jurisprudencial obligatorio. En el presente caso, la parte actora solicita de forma indistinta la indemnización de perjuicios por vida en relación y daño a la salud, lo cual desconoce la consolidación doctrinal de la unidad conceptual del daño a la salud como la única categoría indemnizable cuando se trata de afectaciones psico-físicas.

Por tanto, al despacho no le queda más remedio, al momento de desatar sentencia, que declare la improcedencia del reconocimiento del daño a la vida en relación como categoría independiente y que, en caso de proceder al análisis de eventuales afectaciones psico-físicas, se restrinja su valoración exclusivamente dentro del marco conceptual del daño a la salud, como lo exige la unificación jurisprudencial vigente.

Adicionalmente, la cuantificación presentada por el extremo demandante en relación con los daños morales adolece de falta de criterios objetivos, lo que pone en evidencia un ánimo injustificado de lucro, desproporcionado frente a los parámetros establecidos por la jurisprudencia contencioso administrativa. Si bien el daño moral es de naturaleza extrapatrimonial y su valoración puede tener un componente subjetivo, ello no habilita a reclamar montos exorbitantes y desproporcionados sin tener en cuenta los factores definidos por el Consejo de Estado, tales como el grado de cercanía con la víctima directa, la gravedad del hecho y los precedentes establecidos en casos similares.

La jurisprudencia ha sido reiterativa en señalar que la tasación de perjuicios morales debe atender a los principios de objetividad, proporcionalidad y seguridad jurídica, evitando que la indemnización se convierta en una fuente de enriquecimiento injustificado. En el caso concreto, las sumas solicitadas no guardan correspondencia con la estructura jurisprudencial indemnizatoria de nuestro ordenamiento y deben ser revisadas con rigor si llegase a declararse, en el remotísimo evento, la existencia de responsabilidad administrativa.

Aun en gracia de discusión, y ante la remota posibilidad de una condena, el despacho deberá tener en cuenta que las pretensiones indemnizatorias formuladas por la parte actora deben ser rechazadas en su integridad, toda vez que no existe prueba suficiente que permita acreditar la existencia, magnitud ni cuantía de los perjuicios materiales y morales reclamados. En lo que respecta al daño material, no se allegó evidencia que permita establecer la actividad económica de la víctima, ni sus ingresos reales o proyectados, haciendo inviable cualquier reconocimiento por

concepto de lucro cesante. En cuanto al daño inmaterial, debe recordarse que, conforme a la unificación jurisprudencial de la Sección Tercera del Consejo de Estado, el perjuicio denominado vida en relación ha sido subsumido bajo el concepto de daño a la salud, por lo cual no puede reconocerse como una categoría autónoma. Asimismo, la tasación presentada por la parte demandante en cuanto a perjuicios morales es notoriamente desproporcionada y carece de criterios objetivos, evidenciando un ánimo de lucro que excede los parámetros jurisprudenciales en materia de responsabilidad extracontractual del Estado. En este orden, ante la falta de pruebas que acrediten los supuestos daños alegados, y dado que ni siquiera se ha configurado responsabilidad alguna por parte de los extremos demandados, la consecuencia jurídica inevitable es el rechazo total de las pretensiones indemnizatorias por improcedentes, infundadas y carentes del respaldo probatorio exigido por el ordenamiento jurídico.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADO POR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI

1. AUSENCIA PROBADA DE COBERTURA TEMPORAL – MODALIDAD "CLAIMS MADE" Y FALTA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA PRORROGADA.

En el presente proceso se ha pretendido vincular la cobertura de responsabilidad civil profesional derivada de la PÓLIZA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294, expedida a favor del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, bajo la afirmación de que dicho contrato ampararía los hechos objeto de esta litis. Sin embargo, al analizar el contenido del contrato de seguros, así como su estructura temporal, es preciso concluir que no se cumplen los presupuestos necesarios para su operatividad, dado que se trata de una póliza contratada bajo la modalidad "*claims made*", con vencimiento anterior a la presentación del reclamo formal.

De acuerdo con la documentación obrante en el expediente, la póliza indicada fue inicialmente contratada con vigencia desde el 7 de enero de 2019 hasta el 7 de enero de 2020, bajo el certificado N.º AA009817, y posteriormente fue prorrogada por un período adicional de un (1) año, esto es, hasta el 7 de enero de 2021, bajo el certificado N.º AA017018. En consecuencia, nos encontramos ante un único contrato de seguro prorrogado en el tiempo, el cual mantuvo sin alteración su naturaleza de póliza "*claims made*". Tal como se evidencia:

IS GENERALES O.C.
GUROS

de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES S.C.
S.C. COMPANÍAS DE SEGUROS

Esta modalidad, como es ampliamente conocido en la doctrina del derecho de seguros y reconocido en la práctica aseguradora nacional, exige para la procedencia de la cobertura dos requisitos esenciales:

1. Que el hecho generador del siniestro (acto médico que da lugar al reclamo) haya ocurrido dentro del período de vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado.
2. Que la reclamación contra el asegurado sea formulada también dentro del período de vigencia de la póliza.

Ahora bien, en relación con el primer presupuesto, se tiene que el hecho generador de la eventual responsabilidad médica ocurrió el 01 de agosto de 2020, fecha en la que falleció la señora Luisa María Portocarrero Garcés. Es decir, los eventos ocurrieron dentro del período de cobertura prorrogada, por lo que este primer requisito se cumple.

Sin embargo, en cuanto al segundo requisito, se advierte que la reclamación contra el asegurado se presentó por fuera del período de cobertura, específicamente mediante la convocatoria a audiencia prejudicial radicada el 27 de julio de 2022 y celebrada el 18 de octubre de 2022, fechas que se ubican más de un año después del vencimiento de la póliza prorrogada (que finalizó el 7 de enero de 2021). Este hecho resulta determinante, pues el contrato de seguros en modalidad *"claims made"* exige que tanto el hecho generador como la reclamación se produzcan dentro del plazo contractual. Al no cumplirse esta última condición, la póliza no resulta aplicable para cubrir los hechos que motivan el presente litigio.

De esta manera, queda claro que no se trata de dos pólizas distintas, sino de un solo contrato prorrogado, cuya vigencia total se extendió desde el 7 de enero de 2019 hasta el 7 de enero de 2021, y en cuya cláusula de cobertura se estipuló expresamente la exigencia de que el reclamo se presente dentro del término de vigencia. La presentación extemporánea del reclamo, al haberse radicado en el 27 de julio de 2022, impide que el siniestro sea amparado, aun si el hecho generador se hubiera producido dentro de la vigencia.

Si bien es cierto entre mi representada y el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI se celebró el negocio aseguratorio documentado en PÓLIZA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294 cuya vigencia corrió desde el 7 de enero de 2019 hasta el 7 de enero de 2020, y prorrogada desde hasta el 7 de enero de 2021, se debe recordar que en dicho contrato de seguro también se concertó una delimitación temporal de la cobertura, llamada *"claims made"*, con fundamento en artículo 4 de la Ley 389 de 1997; esta norma determina que, en el seguro de manejo y riesgos financieros, la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia del contrato. 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.”

En consecuencia, no se satisface el presupuesto esencial que permite activar la cobertura contractual, yy, por lo tanto, la aseguradora no está obligada a asumir la garantía indemnizatoria invocada en este proceso. Así las cosas, la póliza R.C. Profesional Clínicas N.º AA005294, identificada con los certificados AA009817 (vigencia inicial) y AA017018 (prórroga), no está llamada a operar en este proceso, por cuanto el reclamo fue presentado de manera extemporánea respecto de su período de cobertura.

2. NO SE CONFIGURÓ EL SINIESTRO POR AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO: NO OPERA LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA

En el presente proceso, no resulta procedente el reconocimiento de cobertura alguna a cargo de la PÓLIZA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294, contratada por el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, por cuanto ha quedado plenamente demostrado que no se materializó el riesgo asegurado, conforme a lo estipulado en la normativa aplicable, particularmente en el artículo 1072 del Código de Comercio, que define el siniestro como “la realización del riesgo asegurado”. Esto significa que la sola existencia de una reclamación o la simple ocurrencia de un evento no bastan para generar la obligación indemnizatoria del asegurador. Es imprescindible que el hecho sea jurídicamente imputable al asegurado, y que además se encuentre dentro del ámbito de cobertura pactado en el contrato de seguro.

Desde este punto de vista, cabe recordar que la póliza vinculada al proceso fue contratada bajo la modalidad "claims made", la cual exige que para que se configure el siniestro y nazca la obligación del asegurador, se verifiquen dos requisitos esenciales y concurrentes: (i) que el hecho generador de la responsabilidad haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o su período de retroactividad, y (ii) que la reclamación contra el asegurado se haya formulado también dentro de esa misma vigencia contractual. En este caso, se trata de una única póliza que fue prorrogada en el tiempo, inicialmente vigente entre el 7 de enero de 2019 y el 7 de enero de 2020 (certificado N.º AA009817), y posteriormente prorrogada hasta el 7 de enero de 2021 (certificado N.º AA017018), conservando en todo momento la modalidad "claims made".

En lo que concierne al primer requisito, es decir, la ocurrencia del hecho dentro del periodo de cobertura, se tiene que el fallecimiento de la señora Portocarrero ocurrió el 01 de agosto de 2020, por lo que sí se encuentran comprendidos dentro de la vigencia de la póliza prorrogada. No obstante, en cuanto al segundo requisito, resulta absolutamente claro que el reclamo contra el asegurado fue presentado de forma extemporánea, pues la convocatoria a audiencia prejudicial ante la Procuraduría General de la Nación fue radicada el 27 de julio de 2022 y celebrada el 18 de octubre de 2022, fechas que se ubican más de un año después del vencimiento de la póliza (7 de enero de 2021). En virtud de ello, no se cumple el presupuesto temporal exigido por la cláusula "claims made", por lo cual la cobertura no se activa y el contrato de seguro no está llamado a operar en este caso.

Pero incluso si se ignorara esa limitación temporal, lo cual se afirma solo en gracia de discusión, lo cierto es que tampoco se acreditó la existencia de responsabilidad en cabeza del asegurado, condición indispensable para que se entienda realizado el siniestro. Conforme al régimen general de responsabilidad patrimonial aplicable a la responsabilidad civil profesional, se requiere la verificación de una conducta antijurídica, de un daño cierto y de una relación causal directa entre ambos elementos, imputables al asegurado. Ninguno de esos componentes se encuentra demostrado en el expediente.

El análisis probatorio permite afirmar, en el que se incluye el contrato de seguro referido, en el que se dispuso:

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DANOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE. EL ALCANCE GENERAL DE LA COBERTURA ESTÁ DELIMITADO POR LOS SIGUIENTES AMPAROS, QUE APARECEN DEFINIDOS EN LA CLÁUSULA "DEFINICIÓN DE AMPAROS" Y POR LAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LA CLÁUSULA "EXCLUSIONES".

Se debe mencionar que sin lugar a dudas, que el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI actuó dentro de los parámetros establecidos por la Lex Artis, interviniendo en una situación de urgencia, con un paciente que ingresó en condición crítica y con escasas posibilidades clínicas de recuperación. Como lo confirmaron los doctores José Raúl Quesada Ocampo y Mauricio Escobar Loaiza, la actuación médica fue orientada a estabilizar a la paciente frente a un cuadro abdominal agudo con sospecha de patología mixta (tumoral e infecciosa), situación que obligaba a una intervención inmediata, limitada por la falta de cupo en ginecología oncológica y por el deterioro progresivo de la paciente. No se ha acreditado en el proceso la existencia de una falla del servicio atribuible a la entidad asegurada.

En este contexto, no se verificó un hecho generador imputable al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, ni se demostró un nexo de causalidad entre su intervención y el fallecimiento de la paciente. En ausencia de imputación jurídica, no se puede afirmar que se haya realizado el riesgo

asegurado, lo cual impide estructurar la existencia del siniestro, conforme lo exige el contrato de seguro. Tal y como lo dispone el artículo 1072 del Código de Comercio y ha sido reiterado por la jurisprudencia contencioso-administrativa, la obligación del asegurador solo nace cuando se configura la materialización del riesgo asegurado, esto es, la efectiva responsabilidad del asegurado por un hecho dañoso que se encuentre cubierto bajo los términos contractuales.

Por lo tanto, al no haberse acreditado la responsabilidad del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI en los hechos materia del litigio, no ha surgido la condición jurídica que activa la cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional contratada. En consecuencia, cualquier intento de afectar dicho contrato sería jurídicamente improcedente, tanto por el incumplimiento de las condiciones temporales de la modalidad “claims made”, como por la ausencia de responsabilidad jurídica que permita configurar el siniestro asegurado, por lo que no procede la obligación indemnizatoria del asegurador, y debe declararse, en consecuencia, que la póliza R.C. Profesional Clínicas N.º AA005294, en sus dos certificados vinculados, no resulta oponible ni exigible dentro del presente litigio. Cualquier pretensión encaminada a trasladar las consecuencias económicas del proceso a dicho contrato debe ser desestimada por completo.

3. LÍMITE INVARIABLE DE LA COBERTURA ASEGURADA Y DISMINUCIÓN PROGRESIVA POR PAGOS INDEMNIZATORIOS – PÓLIZA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294.

En el presente proceso, y sin que ello implique aceptación de los hechos materia de la demanda ni admisión sobre la aplicabilidad de las pólizas vinculadas, es necesario señalar que la cobertura del contrato de seguro de responsabilidad civil está supeditada al cumplimiento de exigencias legales y contractuales específicas, cuyo desconocimiento impide activar cualquier obligación indemnizatoria a cargo del asegurador. Lo anterior constituye un argumento de defensa que debe ser considerado de manera estricta y técnica por este despacho, en la eventualidad de una decisión desfavorable.

En primer lugar, es indispensable recordar que el seguro de responsabilidad civil profesional médica, como cualquier contrato de seguro, no opera de manera automática, y requiere para su aplicación la verificación de condiciones estructurales mínimas, tales como:

- Que el asegurado haya incurrido en responsabilidad civil extracontractual, conforme al marco normativo colombiano.
- Que el hecho generador del daño esté expresamente previsto dentro del ámbito de cobertura de la póliza contratada.
- Que no se configure ninguna causal de exclusión estipulada en las condiciones generales o particulares.

- Que los perjuicios reclamados estén efectivamente amparados dentro de las coberturas y sublímites contractuales pactados por las partes.

De acuerdo con lo anterior, debe advertirse que incluso en el hipotético evento de una condena en contra del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, la aseguradora solo estaría llamada a responder en los estrictos términos pactados contractualmente, en especial en cuanto a los riesgos amparados y los montos máximos de responsabilidad definidos en la póliza. En otras palabras, el asegurador no puede ser obligado a cubrir perjuicios no pactados, ni asumir montos que superen los límites cuantitativos expresamente convenidos entre las partes contratantes.

8. LIMITE ASEGURADO

La suma consignada en la carátula de la presente póliza constituye la responsabilidad máxima de La Equidad, por un evento o por gastos o cualesquiera otra clase de desembolsos, que se causen con ocasión del siniestro amparado.

Los sub-límites estipulados para algunos amparos contemplados en la carátula de la presente póliza no incrementan la responsabilidad máxima del asegurado por lo tanto no aumentan el límite asegurado.

En este punto, resulta pertinente señalar que el valor asegurado bajo la póliza de responsabilidad civil profesional médica vinculada al proceso no es ilimitado, ni puede ser interpretado de forma extensiva o indiscriminada. Por el contrario, el monto de cobertura y el deducible aplicable están claramente definidos en la carátula y condiciones del contrato, los cuales rigen el alcance del compromiso asegurador.

Detalles de la póliza y su alcance contractual:

1. PÓLIZA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294

- Vigencia: Del 7 de enero de 2020 a las 00:00 horas hasta el 7 de enero de 2021 a las 00:00 horas
- Certificado: N.º AA017018 – Orden 1
- Expedida por: Agencia Franquicia Promotora Soles Ltda.
- Condiciones generales aplicables: Forma 01042010-1501-P-06-0000000000001008
- Valor asegurado: Hasta MIL MILLONES DE PESOS (\$1.000.000.000)
- Deducible: 1 salario mínimo mensual legal vigente (SMLMV) o el 10% del valor del siniestro, dependiendo del caso.
- Observación: El deducible y el monto asegurado se aplican de manera estricta conforme al tipo de evento y sin que puedan ser superados los límites pactados.

2. PÓLIZA R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294

- Vigencia: Del 7 de enero de 2019 a las 00:00 horas hasta el 7 de enero de 2020 a las 00:00 horas

- Certificado: N.º AA009817 – Orden 1
- Expedida por: Agencia Galvis & Asociados Ltda., Asesores de Seguros
- Condiciones generales: Misma Forma 01042010-1501-P-06-0000000000001008
- Valor asegurado y deducible: Idénticos a los indicados para el periodo prorrogado.

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

Estas estipulaciones contractuales son de cumplimiento obligatorio y vinculante, tanto para el tomador como para el asegurador, y definen de forma precisa los límites máximos de responsabilidad y los eventos amparados. Tal como lo establece la jurisprudencia y la doctrina en materia de contratos de seguro, el asegurador no está obligado a responder por fuera de lo que fue expresamente pactado, ni puede verse compelido a cubrir valores que excedan los montos asegurados disponibles o a asumir obligaciones frente a hechos no cubiertos.

En tal sentido, y reiterando que no se acepta responsabilidad alguna por parte del asegurado ni se admite la existencia de cobertura automática, de llegarse a proferir una sentencia en contra del HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI, la participación eventual del asegurador deberá ceñirse estrictamente a las condiciones acordadas en la póliza. Esto implica que cualquier reconocimiento indemnizatorio: i) Estará sujeto al análisis de la existencia efectiva del siniestro y de la responsabilidad del asegurado. ii) Se limitará a los riesgos expresamente cubiertos. iii) Respetará el deducible y el monto máximo de cobertura indicado en la carátula. y iiiii) Dependerá de la vigencia del contrato y de que la reclamación se haya presentado dentro de su cobertura temporal. Por consiguiente, la aseguradora no puede ser llamada a responder por encima de lo contratado, ni mucho menos a cubrir daños que superen los límites económicos establecidos o que se pretendan cobrar sin observancia de las condiciones legales y contractuales. En suma, el límite del valor asegurado y la estructura misma de la póliza imponen una barrera infranqueable frente a cualquier pretensión de trasladar al asegurador una carga superior a la pactada.

4. LA EXISTENCIA DE UN DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA EXCLUYE PARCIALMENTE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DE LA ASEGURADORA.

Dentro del marco del contrato de seguro de PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294, suscrito entre HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI y LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, se pactó expresamente una cláusula de deducible que establece un límite mínimo a partir del cual opera la cobertura por parte de la compañía aseguradora. Esta

estipulación impone al asegurado la obligación de asumir, por su propia cuenta, una parte del riesgo asegurado en caso de presentarse un siniestro, reduciendo así proporcionalmente el monto a indemnizar por parte del asegurado.

Tal condición ha sido reconocida y definida por la Superintendencia Financiera de Colombia como legalmente viable dentro del régimen de seguros, a través del Concepto No. 2019098264 del 29 de agosto de 2019. En dicho pronunciamiento, la entidad precisó que el deducible representa la parte del daño que debe asumir el asegurado y que su estipulación busca, entre otras finalidades, incentivar una mayor diligencia en la gestión y prevención del riesgo asegurado. Textualmente se indicó: *"El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado"*. Este principio está recogido en el artículo 1103 del Código de Comercio, que faculta expresamente la inclusión de cláusulas mediante las cuales el asegurado "deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño", reforzando así la validez y obligatoriedad del deducible dentro del contrato de seguro.

En el caso concreto, se encuentra plenamente acreditado en el proceso que en la carátula de la póliza expedida por la compañía aseguradora se pactó un deducible del 10% del valor de la pérdida o de la eventual condena, siendo el mínimo 1 SMLMV. Esto implica que cualquier reclamación indemnizatoria derivada de la póliza en mención deberá descontar previamente el valor del deducible, quedando a cargo del asegurado esa fracción inicial del perjuicio reclamado, tal como se observa:

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

Cabe anotar que este tipo de estipulación no solo tiene respaldo legal y jurisprudencial, sino que constituye una condición particular del contrato válidamente suscrito, y como tal debe ser respetada en todos los efectos derivados de su ejecución. Así lo sostuvo la Superintendencia Financiera en el mismo concepto citado, al señalar que: *"El monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil"*. Por consiguiente, aún en el improbable evento de que se llegara a establecer la procedencia del llamamiento en garantía formulado contra la compañía aseguradora, el despacho deberá reconocer y aplicar esta cláusula contractual en su integridad, de forma que el valor del deducible pactado sea descontado del monto indemnizable, en estricto cumplimiento del contrato.

Finalmente, se solicita al despacho que en el remoto caso en el que se profiera una sentencia condenatoria contra mi representada, se tenga en cuenta el deducible obligatorio a cargo del asegurado, cuya operatividad jurídica incide directamente en la cuantía de la indemnización eventualmente reconocible, reduciéndola en la proporción pactada.

5. EL CONTRATO DE SEGURO DE PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294 REVISTE UN CARÁCTER EstrictAMENTE INDEMNIZATORIO QUE IMPIDE EL ENRIQUECIMIENTO DEL ASEGURADO O DE LA VÍCTIMA.

Uno de los principios esenciales que rige el contrato de seguro de daños, es su naturaleza estrictamente indemnizatoria. Esto significa que su objeto no es otro que reparar el perjuicio efectivamente sufrido por el asegurado o el tercero damnificado, sin que pueda en modo alguno representar una fuente de ganancia o enriquecimiento para quienes lo invocan. Este principio, reiteradamente reconocido tanto en la doctrina como en la jurisprudencia nacional, ha sido expresado de forma categórica por la Corte Suprema de Justicia. En sentencia de la Sala de Casación Civil del 22 de julio de 1999 (Expediente 5065), se indicó con claridad que: *“Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. [...] El asegurador debe efectuar [el pago] una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato”*.

De igual forma, el artículo 1127 del Código de Comercio, modificado por la Ley 45 de 1990, establece que, en el seguro de responsabilidad, el asegurador tiene la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales causados por el asegurado, siempre que haya lugar a ello conforme a la ley, pero únicamente hasta el valor efectivamente demostrado, dentro de los límites del contrato. En el presente proceso se encuentra demostrado que las pretensiones indemnizatorias formuladas por la parte actora, particularmente aquellas relacionadas con el lucro cesante, los perjuicios morales y el daño a la salud, desbordan claramente los márgenes de indemnización permitidos por el contrato de seguro. Se ha probado también que tales rubros, en adición a no haber sido debidamente acreditados, resultarían incompatibles con el carácter estrictamente indemnizatorio del contrato, toda vez que:

1. No guardan relación directa y proporcional con el daño efectivo causado;
2. No se encuentran debidamente demostrados mediante prueba idónea;
3. Y su reconocimiento implicaría, de facto, un enriquecimiento sin causa de los demandantes.

En suma, el contrato de seguro de responsabilidad civil profesional tiene un carácter estrictamente indemnizatorio, lo que impide que se convierta en una fuente de lucro para el asegurado o para terceros. En el presente caso, las pretensiones formuladas por la parte actora no solo exceden los límites contractuales, sino que además carecen de prueba suficiente y proporcionalidad frente al

daño efectivamente demostrado. Por ello, cualquier reconocimiento económico deberá limitarse a lo que esté debidamente acreditado y dentro del valor asegurado, evitando así un enriquecimiento sin causa contrario a la ley y al objeto del contrato de seguro.

6. LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA, EN CASO DE EVENTUAL CONDENA, ESTARÍA LIMITADA A UN REEMBOLSO Y NO A UN PAGO DIRECTO A LOS DEMANDANTES.

En el evento hipotético, y no admitido, de que se llegara a emitir una sentencia condenatoria que implique una obligación indemnizatoria en el marco de la PÓLIZA DE SEGURO DE PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294 es indispensable tener presente que la modalidad de cumplimiento del contrato de seguro sería exclusivamente por reembolso y no mediante pago directo a los demandantes.

Esto, por cuanto se ha acreditado en el proceso que la póliza fue contratada por el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS en calidad de tomador, y que la asegurada, por tanto, único beneficiario en el sentido contractual, es el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. En consecuencia, cualquier condena proferida en contra del asegurado que implique un desembolso a los actores, no generaría una obligación directa a cargo de la compañía aseguradora frente a estos últimos, sino una obligación de reembolso posterior al asegurado, en los términos pactados contractualmente.

Este mecanismo se ajusta a la modalidad habitual del seguro de responsabilidad civil, en la que la aseguradora solo actúa frente al asegurado, y no frente a la víctima directamente, salvo que exista estipulación en contrario o subrogación legal, situaciones que no se configuran en el presente caso. Así las cosas, y sin perjuicio del resultado del proceso, la compañía aseguradora solo estaría llamada a reembolsar lo efectivamente pagado por el asegurado en ejecución de la sentencia, teniendo en cuenta:

- El límite asegurado por evento establecido en la póliza;
- El deducible previamente pactado;
- Y las condiciones particulares del contrato de seguro que limitan la cobertura y delimitan la obligación indemnizatoria.

Por lo anterior, se solicita al despacho tener en cuenta esta limitación contractual y declarar probada esta excepción, para que cualquier efecto jurídico derivado de una eventual condena sea canalizado exclusivamente a través de la figura del reembolso y no del pago directo a los demandantes.

7. EXCLUSIONES DE AMPARO PACTADAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE PROFESIONAL CLÍNICAS N.º AA005294.

EMC

Bogotá – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94ª
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

GHA
ABOGADOS & ASOCIADOS

Una de las condiciones más relevantes en la interpretación y aplicación de cualquier contrato de seguro son las denominadas exclusiones de amparo, que delimitan de forma negativa el alcance de la cobertura. En el contrato de seguro objeto de análisis, se pactaron de manera expresa una serie de exclusiones que eximen a la aseguradora de cualquier obligación indemnizatoria si se configuran las circunstancias allí previstas.

En el presente caso, el análisis contractual y probatorio ha permitido establecer que existen situaciones fácticas claramente encuadradas en las exclusiones pactadas, las cuales deben ser observadas de manera estricta por parte del juzgador. La jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido clara en señalar que las exclusiones de cobertura son plenamente oponibles y deben ser valoradas por el juez, incluso cuando se verifiquen otras condiciones de procedencia de la póliza. En ese sentido, la sentencia del 27 de mayo de 2020, proferida por la Sección Segunda, Subsección B, Consejera Ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, señaló: *“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”*.

Así las cosas, el despacho deberá verificar si, con fundamento en las pruebas allegadas, se configura alguna de las exclusiones pactadas en las condiciones generales y particulares de la póliza, pues de ser así, la aseguradora quedaría automáticamente exonerada del pago de cualquier indemnización. En consecuencia, se solicita declarar probada esta excepción, y que en caso de configurarse alguna de las exclusiones contractuales, se absuelva a la compañía aseguradora de toda responsabilidad derivada del proceso.

CAPÍTULO IV. PETICIÓN

En mérito de lo expuesto, de manera respetuosa, ruego:

PRIMERO: Negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda, declarando probadas las excepciones de fondo y mérito presentadas por HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, y en consecuencia se absuelva a mi representada a pago alguno por conceptos de indemnizaciones por los supuestos perjuicios alegados.

SEGUNDO: En el remoto evento en que los argumentos esbozados en el presente escrito no fueran de su convencimiento, no pierda de vista la falta de cobertura temporal, las limitaciones, deducible y exclusiones sobre la cobertura de la póliza con fundamento en la cual el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS llamó en garantía a mi representada, esto, de conformidad con las consideraciones expuestas por mi defendida en esta oportunidad procesal.

CAPÍTULO V. NOTIFICACIONES

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.