

Señora

Jueza ROSIRIS MARIA LLERENA VELEZ

JUZGADO OCTAVO (8°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA

E.S.D.

Proceso:	VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA
Radicación:	13001310300820220004600
Demandante:	JHON JAIRO TABORDA BENJUMEA, VILMA MATOS RODRIGUEZ, CHELSSSY LUCIANA ESTRADA TABORDA, ARNOL ALMEIDA RODRIGUEZ, GELBER OLIVO MATOS, MARLUCY OLIVO MATOS, XIOMARA OROZCO MATOS, ELIECER OLIVO MATOS, DARIOS ANTONIO OLIVO MATOS, YEISON TABORDA MATOS y ALEIDA ALMEIDA RODRIGUEZ
Demandados:	EPS SANITAS S.A.S., CLINICA QUIRURGICA DE MANGA S.A.S, CLINICA BLAS DE LEZO S.A., PROMOTORA BOCAGRANDE S.A., ALBERTO MARIO DEL RIO GONZALEZ y GERARDO ALFONSO GUTIERREZ VERGARA
Asunto:	CONTESTACIÓN DEMANDA

MAURICIO FERNANDO JARAMILLO PINZÓN, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.392.173 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 92.885 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.**, en adelante **EPS SANITAS**, según poder aportado al proceso, estando dentro de la oportunidad procesal correspondiente acudo a su Despacho para presentar escrito de Contestación de la Demanda, en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD DE LA CONTESTACIÓN

Es oportuna esta respuesta a la demanda y se encuentra dentro de los términos que contempla la Ley y conferidos por su despacho, como quiera que se hace dentro de los 20 días siguientes al vencimiento de los 2 días, que trata el inciso 3° del artículo 8 del Decreto 806 de 2020. En efecto, mi representada recibió el correo electrónico, que trata la notificación personal del artículo 8 del decreto 806 de 2020, el día 30/03/2022, entendiéndose que de acuerdo con la Ley la notificación se entiende surtida al vencimiento de los 2 días que trata la norma, esto es el día 01/04/2022 y 20 días más para contestar los cuales vencen el día 06/05/2022.

II. EL NOMBRE DEL DEMANDADO, SU DOMICILIO Y RESIDENCIA Y LOS DE SU REPRESENTANTE Y/O APODERADO.

La sociedad demandada es la **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.**, en adelante **EPS SANITAS**, sociedad comercial de naturaleza anónima, constituida mediante Escritura Pública No. 3796 del primero (1°) de diciembre de 1.994, otorgada en la Notaría Treinta (30) del Círculo de Bogotá, inscrita en la

Cámara de Comercio de la misma ciudad el dieciséis (16) de diciembre de 1.994, bajo el No. 471089 del Libro IX, con Matrícula Mercantil No. 626.289 y número de identificación tributaria NIT. 800.251.440-6, debidamente autorizada para operar como EPS por la Superintendencia Nacional de Salud¹; con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., en la Calle 100 No. 11 B – 95. Correo Electrónico: notificajudiciales@keralty.com

El Representante Legal para Asuntos Judiciales es el doctor **GABRIEL ANDRÉS JIMÉNEZ SOTO**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.467.424 de Bogotá, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., en la calle 100 No. 11B-95. Correo Electrónico: gajimenez@keralty.com

III. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO FRENTE A LAS PRETENSIONES.

PRONUNCIAMIENTO GENERAL:

Respetuosamente manifiesto al señor Juez que me opongo desde ya a las pretensiones esgrimidas por la parte actora, puesto que carecen de fundamento fáctico y jurídico que permitan su reconocimiento, ya que EPS SANITAS S.A.S., no ha incurrido en ninguna conducta culposa ni dolosa, ni en ninguna omisión que pueda hacerla civilmente responsable por los perjuicios alegados por la parte actora.

EPS SANITAS S.A.S., cumplió a cabalidad sus deberes como entidad administradora de planes de beneficios, en estricta sujeción a las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y por ende ha cumplido con el contrato de afiliación que la vincula con la demandante, lo cual desvirtúa cualquier posibilidad de incumplimiento contractual de mi prohijada, requisito *sine qua non* para que se le imponga la obligación de reparar.

En consecuencia, las rechazo de plano y ruego desde ya al Despacho que sean denegadas. Por lo anterior, solicito que se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

PRONUNCIAMIENTO ESPECÍFICO SOBRE LAS PRETENSIONES:

Numerada como 1.: **ME OPONGO** a que se declare a mí representada civil y solidariamente responsable, por “...deceso de *XILENE TABORDA MATOS (QEPD)*. Ocasionado por la negligencia, imprudencia e impericia por un mal procedimiento; error y mal manejo efectuado a la paciente a partir de la intervención quirúrgica practicada el 9 de febrero del 2018, y la posterior y deficiente atención médica que aquella recibió...”, toda vez que EPS SANITAS no es responsable por ningún concepto en tanto no ha generado daño alguno atribuible por cuanto no prestó directamente el servicio de atención en salud que se cuestionan.

Numerada como 2.: **ME OPONGO** a que se condene a mí representada al pago de los lucros cesantes consolidados y futuros causados en su contra por el deceso

¹ Todo lo anterior consta en certificado de existencia y representación legal expedido por la comentada Cámara de Comercio de Bogotá, documento que se anexa a la presente contestación.

de XILENE TABORDA MATOS (QEPD). En la medida que mi representada no generó ningún daño en contra de los aquí demandante, igualmente mi representada no le negó a la señora Taborda Matos ningún servicio de los que por ley está obligada a cubrir mi representada según el SGSSS, por tanto, dichas cuantías NO pueden ser pretendidas a mí representada, pues ésta ha cumplido a cabalidad con sus obligaciones como Entidad Promotora de Salud conforme a lo que la obliga la Ley.

Numerada como 3.: **ME OPONGO** a que se condene a mí representada al pago de los daños emergentes causados en su contra por el fallecimiento de XILENE TABORDA MATOS (QEPD). En la medida que mi representada no generó ningún daño en contra de los aquí demandante, igualmente mi representada no le negó a la señora Taborda Matos ningún servicio de los que por ley está obligada a cubrir mi representada según el SGSSS, por tanto, dichas cuantías NO pueden ser pretendidas a mí representada, pues ésta ha cumplido a cabalidad con sus obligaciones como Entidad Promotora de Salud conforme a lo que la obliga la Ley.

Numerada como 4.: **ME OPONGO** a que se condene a mí representada al pago de los daños morales irrogados en su contra por el deceso de XILENE TABORDA MATOS (QEPD). En la medida que esta no ha generado daño alguno a los aquí demandantes, igualmente las cuantías solicitadas sobrepasan las condenas que en la actualidad los jueces han determinado para este tipo de daño.

Numerada como 5.: **ME OPONGO** a que se condene a mí representada al pago de los daños a la vida de relación, causados en su contra con ocasión de la muerte de XILENE TABORDA MATOS (QEPD). En la medida que esta no ha generado daño alguno a los aquí demandantes, igualmente la cuantía solicitadas sobrepasan las condenas que en la actualidad los jueces han determinado para este tipo de daño.

Numerada como 6.: **ME OPONGO** a que se condene a mí representada al pago de las costas y agencias en derecho, En la medida que esta no ha generado daño alguno a la aquí demandante.

Es importante tener en cuenta que EPS SANITAS no es responsable del pago por ningún concepto, en tanto no ha generado daño alguno atribuible. Antes que nada, es preciso advertir que EPS SANITAS no prestó directamente los servicios de salud a la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN, pues su función en el presente asunto consistió en garantizar la cobertura económica de los servicios requeridos a través de la contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y de los diferentes profesionales de la salud adscritos a su cuadro médico, que son los verdaderos encargados de prestar la atención médica a los pacientes.

IV. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO Y CONCRETO FRENTE A LOS FUNDAMENTOS FÁCTICOS DE LA DEMANDA.

De acuerdo con lo manifestado por mi poderdante y las pruebas aportadas a la presente, me permito dar respuesta a los hechos de la demanda en los siguientes términos:

Al numerado como 1.: **NO NOS CONSTA.** Nos atenemos a lo que se demuestre con las pruebas aportadas y validadas por el despacho en el momento procesal correspondiente.

Al numerado como 2.: Este numeral trae varios hechos los cuales paso a contestar así:

ES CIERTO. El hecho del nacimiento de Xilene Taborda Matos el día 22/04/1988 y sus padres Jairo Taborda Benjumea y Vilma Matos Rodríguez.

NO NOS CONSTA. los demás hechos narrados en este numeral por lo que se deben probar por la parte demandante.

Al numerado como 3.: Este numeral trae varios hechos los cuales paso a contestar así:

ES CIERTO. El hecho del nacimiento de Chelssy Lucina Estrada Taborda el día 20/12/2012.

NO NOS CONSTA. los demás hechos narrados en este numeral por lo que se deben probar por la parte demandante.

Al numerado como 4.: **NO NOS CONSTA.** Nos atenemos a lo que se demuestre con las pruebas aportadas y validadas por el despacho en el momento procesal correspondiente.

Al numerado como 5.: **NO NOS CONSTA.** Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

No obstante, los soportes documentales y registros de historia clínica anexos a la demanda permiten determinar que el proceso de atención medica (cirugía estética), de la señora XILENE TABORDA MATOS, no fue prestada bajo las coberturas de servicios de EPS Sanitas, sino de forma particular, por lo que no es posible validar las afirmaciones planteadas en el presente hecho.

Es importante resaltar que: Frente a la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, es menester aclarar que los mismos se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas. No obstante, en los soportes de historia clínica que se adjuntan como material probatorio en el oficio de demanda, se evidencia que la señora XILENE TABORDA MATOS accedió de forma completamente libre voluntaria y particular, a los servicios estéticos que ofrecía la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA. En la historia clínica fechada del 09/02/2018 el profesional en Cirugía Plástica Alberto Del Rio registro adiposis en pared abdominal y en región dorso lumbar, además lipodistrofia en glúteos, por lo cual recomendó la realización de los procedimientos estéticos: LIPECTOMÍA SUBCUTÁNEA DORSO LUMBAR + LIPOTRANSFERENCIA DE GRASA A GLÚTEOS + DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL. En ningún apartado de estos registros clínicos se determina el carácter funcional ni reconstructivo de estas intervenciones, de tal forma se entiende que exceden la cobertura de servicios del Plan de Beneficios en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Frente al marco normativo vigente, se precisa aclarar que la Resolución 2481 de 2020, por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a partir del 1 de enero de 2021 y para la fecha de los hechos, la Resolución 5269 de 2017, Por

la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en la cual se definen claramente los siguientes conceptos:

“(…) Artículo 8. Glosario. Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia los siguientes términos, sin que estos definan la financiación o ampliación de los mismos dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así:

(…)

7. Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento: procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente, sin efectos funcionales u orgánicos.

8. Cirugía plástica reparadora o funcional: procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo. (…)” (negrilla y subraya fuera de texto)

En el caso puntual de la señora XILENE TABORDA MATOS los procedimientos quirúrgicos LIPECTOMÍA SUBCUTÁNEA DORSO LUMBAR + LIPOTRANSFERENCIA DE GRASA A GLÚTEOS + DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL, únicamente tenían un propósito estético, los registros clínicos no determinan el carácter funcional no se encuentran mediados por el propósito de restablecer una función corporal perdida.

Finalmente se aclara que la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA no se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, igualmente que no intermedio ninguna orden medica generada por un profesional adscrito a la EPS para que la afiliada fuera atendida en dicha institución.

Al numerado como 6.: NO NOS CONSTA. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

No obstante, en los soportes de historia clínica que se adjuntan como material probatorio en el oficio de demanda se evidencia que el 08 de febrero de 2018 se realizó la atención pre anestésica en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA bajo las condiciones presentadas en el hecho número 5, es decir de forma completamente voluntaria y particular, durante esta atención se clasifico el riesgo quirúrgico como ASA 2. (Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente. - Clase I Paciente saludable no sometido a cirugía electiva - Clase II Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.).

Al numerado como 7.: NO NOS CONSTA. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

No obstante, en los soportes de historia clínica que se adjuntan como material probatorio en el oficio de demanda se evidencia que el 09 de febrero de 2018 fueron realizados los procedimientos quirúrgicos LIPECTOMÍA SUBCUTÁNEA DORSO LUMBAR + LIPOTRANSFERENCIA DE GRASA A GLÚTEOS + DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, según registros de historia clínica, sin mención de complicación.

Al numerado como 8.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

No obstante, en los soportes de historia clínica que se adjuntan como material probatorio con la demanda se evidencia que la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA estuvo a cargo de los profesionales ALBERTO MARIO DEL RIO GONZÁLEZ y GERARDO GUTIÉRREZ VERGARA, así mismo se aclara que ninguno de los profesionales ALBERTO MARIO DEL RIO GONZÁLEZ y GERARDO GUTIÉRREZ VERGARA se encuentran adscritos a EPS Sanitas.

Al numerado como 9.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 10.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 11.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 12.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 13.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

No obstante, en los soportes de historia clínica que se adjuntan como material probatorio de la demanda se evidencia que la señora XILENE TABORDA MATOS ingreso a la IPS el 10 de febrero de 2018 a las 18:08, frente a esta afirmación se aclara que el motivo de esta atención fue Cefalea, mareo y émesis en posoperatorio de liposucción + abdominoplastia, es decir no se relacionó con control posquirúrgico, si no por patología derivada de la intervención inicial.

Al numerado como 14.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 15. NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica.

Los soportes documentales y registros de historia clínica disponibles no permiten validar las afirmaciones radicadas en el presente hecho, en relación con la presunta atención en la IPS CLÍNICA DE BLAS DE LEZO entre el 10 y el 12 de febrero de 2018, pues esta fue realizada de forma particular, de tal forma no contamos con los registros clínicos que nos permitan validar las intervenciones, actividades y prescripciones realizadas a la paciente.

Si bien es cierto la IPS CLINICA BLAS DE LEZO se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, también lo es que la señora XILENE TABORDA MATOS **ingreso a esta institución de forma particular** y utilizando sus propios recursos económicos.

Desde la Coordinación de Servicios médicos (Central de Autorizaciones) de EPS Sanitas, se informa que la institución no utilizó la página WEB de EPS Sanitas para notificar la atención de la afiliada, en este sentido se aclara que no fueron solicitadas las autorizaciones correspondientes a la atención, concluyendo que no se evidencia negación desde el aseguramiento.

Al numerado como 16.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

No obstante, en los soportes de historia clínica que se adjuntan como material probatorio en la demanda se evidencia que la señora XILENE TABORDA MATOS asistió por tercera vez a la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, el 13 de febrero de 2018 a las 09:00 horas, motivada por la cefalea intensa, persistente, de ubicación occipital e irradiación a región cervical, sin respuesta al manejo analgésico con Acetaminofén, en esta oportunidad el cuadro clínico de cefalea occipital desde el 10 de febrero de 2018, fue diagnosticada como Cefalea Postpunción Dural 11, por lo cual se ordenó el procedimiento denominado Parche Hemático¹², realizado entre las 11:15 y las 11:35 horas del mis día, según notas de enfermería. En el posoperatorio del parche hemático, la paciente permaneció en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, donde se brindó tratamiento analgésico (Dipirona + Diclofenaco), con el cual se logró control del dolor, por lo cual se dio egreso.

Al numerado como 17. NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se

encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

No obstante, en los soportes de historia clínica que se adjuntan como material probatorio en el oficio de demanda se evidencia que la señora XILENE TABORDA MATOS asistió por tercera vez a la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, el 13 de febrero de 2018 a las 09:00 horas, motivada por la cefalea intensa, persistente, de ubicación occipital e irradiación a región cervical, sin respuesta al manejo analgésico con Acetaminofén, en esta oportunidad el cuadro clínico de cefalea occipital desde el 10 de febrero de 2018, fue diagnosticada como Cefalea Postpunción Dural 13, por lo cual se ordenó el procedimiento denominado Parche Hemático¹⁴, realizado entre las 11:15 y las 11:35 horas del mis día, según notas de enfermería. En el posoperatorio del parche hemático, la paciente permaneció en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, donde se brindó tratamiento analgésico (Dipirona + Diclofenaco), con el cual se logró control del dolor, por lo cual se dio egreso.

Al numerado como 18.: NO ME CONSTA. no es un hecho son apreciaciones subjetivas que hace el apoderado de la parte actora sin sustento factico.

Al numerado como 19: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica partícula.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 20: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica particular.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 21.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica particular.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 22.: NO NOS CONSTA. No es un hecho en el que haya participado mi representada, en la medida en que como entidad de aseguramiento no presta directamente servicios asistenciales de salud, por ello me atengo a lo que se pruebe. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica particular.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 23.: NO NOS CONSTA. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica particular.

No obstante, en los soportes de historia clínica que se adjuntan como material probatorio con la demanda, se evidencia que durante el proceso de atención particular, después de asistir a la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA sin encontrar la respuesta terapéutica esperada, decide asistir a la IPS NUEVO HOSPITAL DE BOCA GRANDE el mismo 17 de febrero de 2018, como la atención fue realizada en el ámbito particular, no contamos con registros clínicos que nos permitan validar las intervenciones, actividades y prescripciones realizadas a la paciente.

Si bien es cierto la IPS Nuevo Hospital de Boca Grande se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, también lo es que la señora XILENE TABORDA MATOS ingreso a esta institución de forma particular y utilizando sus propios recursos económicos.

Desde la Coordinación de Servicios médicos (Central de Autorizaciones) de EPS Sanitas, se informa que la institución no utilizó la página WEB de EPS Sanitas para notificar la atención de la afiliada, en este sentido se aclara que no fueron solicitadas las autorizaciones correspondientes a la atención, concluyendo que no se evidencia negación desde el aseguramiento por parte de EPS Sanitas.

Al numerado como 24. NO NOS CONSTA. teniendo en cuenta que la investigación administrativa que se relaciona en el presente hecho y que fue adelantada por la por la ALCALDÍA MAYOR DE CARTAGENA DE INDIAS no incluyó a la EPS Sanitas dentro del proceso, por cuanto la atención de la señora XILENE TABORDA MATOS se dio de forma particular, es decir con recursos diferentes a los utilizados para acceder al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Al numerado como 25. NO NOS CONSTA. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica particular.

No obstante, si bien es cierto la IPS Nuevo Hospital de Boca Grande se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, también lo es que la señora XILENE TABORDA MATOS ingreso a esta institución de forma particular y utilizando sus propios recursos económicos.

Desde la Coordinación de Servicios médicos (Central de Autorizaciones) de EPS Sanitas, se informa que la institución no utilizó la página WEB de EPS Sanitas para notificar la atención de la afiliada, en este sentido se aclara que no fueron solicitadas las autorizaciones correspondientes a la atención, concluyendo que no se evidencia negación desde el aseguramiento por parte de EPS Sanitas.

Al numerado como 26. NO NOS CONSTA. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica particular.

No obstante, si bien es cierto la IPS Nuevo Hospital de Boca Grande se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, también lo es que la señora XILENE TABORDA MATOS ingreso a esta institución de forma particular y utilizando sus propios recursos económicos.

Desde la Coordinación de Servicios médicos (Central de Autorizaciones) de EPS Sanitas, se informa que la institución no utilizo la página WEB de EPS Sanitas para notificar la atención de la afiliada, en este sentido se aclara que no fueron solicitadas las autorizaciones correspondientes a la atención, concluyendo que no se evidencia negación desde el aseguramiento por parte de EPS Sanitas.

Al numerado como 27. NO NOS CONSTA. Pues mi representada no tuvo ningún tipo de inherencia con dicha atención médica particular.

Respecto del soporte probatorio de este hecho es preciso indicar que la calidad de los registros clínicos correspondientes a la atención en la IPS CLINICA QUIRURGICA DE MANGA, se presentan en forma de manuscritos, los cuales se encuentran incompletos, son de difícil lectura e interpretación, de tal forma no es posible dar fe sobre las intervenciones allí realizadas.

Al numerado como 28. ES CIERTO. teniendo Los soportes documentales y registros de historia clínica aportados al proceso de atención de la señora XILENE TABORDA MATOS, bajo la cobertura de servicios de EPS Sanitas en la IPS Medicina Integral nos permiten validar la descripción del presente hecho constituye una referencia de la historia clínica registrada por el profesional IVAN YEZID ARELLANO durante el ingreso el 20/02/2018 a las 09:00 horas, por lo que nos atenemos a lo que en ella se haya registrado de forma precisa tal como se evidencia en el documento anexo denominado "180220 XILENE TABORDA MATOS - MEDICINA INTEGRAL IPS".

MEDICINA INTEGRAL I.P.S. S.A.

HISTORIA CLINICA

FI.: miércoles, 21 de abril de 2021 - 10:09 a.m.

Página 2 de 94

HISTORIA No.: 1047406092

Paciente Id .:	1047406092	Nombre.:	XILENE TABORDA MATOS
Fecha de Nacimiento.:	22/04/1988	Edad.:	32 - 11 - 29
Direccion .:	ALBORNOZ CRA 50 2 100	Sexo.:	Femenino
Telefono(s) .:	6965715 31226658476	Ciudad.:	CARTAGENA - BOLIVAR
Ocupacion .:	N.A	Estado civil.:	Ninguno
Fecha Inicio.:	20.feb./2018		

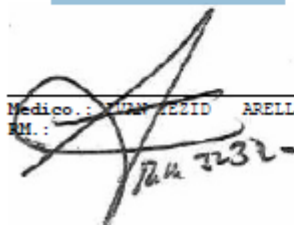
MC: TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

EA: PACIENTE REMITIDA DE CLÍNICA QUIRÚRGICA DE MANGA SECUNDARIO A FALLA VENTILATORIA CON SOPORTE VENTILATORIO MECÁNICO INVASIVO, SECUNDARIO A ALTERACIÓN DE ESTADO DE CONSCIENCIA CON PREVIA CRISIS DE ANSIEDAD. SE CONOCE ANTECEDENTE DE HACE 1 SEMANAS CON CUADRO DE CEFALEA INTENSA A NIVEL GLOBAL CON PREDOMINIO EN ZONA OCCIPITAL DE 10/10 DE INTENSIDAD, QUE SE IRRADIABA A NUCA, 24 HORAS POSTERIOR A PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ABOMINOPLASTIA QUE REQUIRIÓ ANESTESIA RAQUÍDEA, POR LO TANTO VISITA SERVICIO DE URGENCIAS EN MÚLTIPLES OCASIONES Y EN MÚLTIPLES INSTITUCIONES SOSPECHANDO AL INICIO CEFALEA POST-RAQUÍDEA, CON TAC DE CRÁNEO EXTRAINSTITUCIONAL CON RESULTADOS VERBALES SIN ALTERACIONES (NO SE CUENTA CON IMAGEN), QUIEN VISITA POR ÚLTIMA VEZ A INSTITUCIÓN HOSPITALARIA REMITENTE Y DONDE SE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ANTERIORMENTE MENCIONADO. EN DICHA INSTITUCIÓN REALIZAN MANEJO DEL DOLOR CON ANALGÉSICOS DE MODERA Y ALTA POTENCIA DURANTE HOSPITALIZACIÓN, CON POBRE CONTROL DE DICHO CUADRO, Y HACE APROXIMADAMENTE 6 HORAS PRESENTA CUADRO DE ANSIEDAD GENERALIZADA CON POSTERIOR AGITACIÓN PSICOMOTORA Y FALLA VENTILATORIA.

Al numerado como 29. ES PARCIALMENTE CIERTO. teniendo en cuenta los soportes documentales y registros de historia clínica del proceso de atención de la señora XILENE TABORDA MATOS, bajo la cobertura de servicios de EPS Sanitas en la IPS Medicina Integral nos permiten validar la descripción del presente hecho constituye una referencia parcial de la historia clínica registrada por el profesional IVAN YEZID ARELLANO especialista en Medicina Intensiva el “20.feb./2018 15:10”, por lo que nos atenemos a lo que en ella se haya registrado de forma precisa:

Paciente Id .:	1047406092	Nombre.:	XILENE TABORDA MATOS
Fecha de Nacimiento.:	22/04/1988	Edad.:	32 - 11 - 29
Dirección .:	ALBORNOZ CRA 50 2 100	Sexo.:	Femenino
Telefono(s) .:	6965715 31226658476	Ciudad.:	CARTAGENA - BOLIVAR
Ocupación .:	N.A	Estado civil.:	Ninguno
Fecha Inicio.:	20.feb./2018		

- 5. MEDICAMENTOS
 - RANITIDINA 50 MG IV CADA 6 HORAS
 - AMPICILINA SULBACTAM 3 GR IV CADA 6 HORAS (20/02/2018)
- 6. MEDIDAS GENERALES
 - MEDIAS DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA EN MIEMBROS INFERIORES
 - CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
 - MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA CONTINUA
 - CABECERA 45°
 - CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA
 - MEDIDAS ANTIESCARAS
 - GLUCOMETRIAS CADA 6 HORAS
- 6. PARACLÍNICOS
 - PR/ TP, TPT
 - P/ TAC DE CRÁNEO SIMPLE
 - ANGIOTAC DE TÓRAX
 - PANANGIOGRAFIA
 - ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO DOPPLER COLOR
 - ELECTROENCEFALOGRAMA

Medico.: IVAN YEZID ARELLANO
RM.: 

Al numerado como 30. NO ES CIERTO. Pues téngase en cuenta que la EPS Sanitas actuó como entidad aseguradora del Plan de Beneficios de Servicios de Salud bajo los parámetros de la Ley.

Es importante resaltar que la Resolución N° 5269 de 2017, por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2018, en el cual ocurrieron los hechos, define en el **TÍTULO II** denominado **CONDICIONES DE ACCESO A LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD**, el acceso a las tecnologías en salud de la siguiente forma:

“(…) Artículo 9°. **Garantía de acceso a las tecnologías en salud.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud para el cumplimiento de la necesidad y finalidad del servicio, a través de su red de prestadores de servicios de salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en caso de atención de urgencias y según lo dispuesto en el artículo 23 de este acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizarla en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), habilitadas para tal fin en el territorio nacional. (…)”

En este entendido se aclara, que la misma norma determina cuales son las condiciones, limitaciones y alcances de las coberturas del Plan de Beneficios en

Salud, cuyos servicios y tecnologías son financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es así como se estipula en el **TÍTULO VII** denominado **“CONDICIONES PARA DEFINIR LAS TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC”**

*“(…) Artículo 126. **Tecnologías no financiadas con recursos de la UPC.** Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deben entenderse como no financiadas aquellas tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:*

- 1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.*
- 2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.*
- 3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.*
- 4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.*
- 5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.***
- 6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud conforme al artículo 9° de la Ley 1751 de 2015. (...)” (negrilla y subraya fuera de texto)*

El Ministerio de Salud y Protección Social estableció el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos, dentro de estas EXCLUSIONES se encuentran contemplados puntualmente los procedimientos estéticos:

“El estético o cosmético cuando se busca embellecer el cuerpo, y el funcional o reconstructivo, que se práctica sobre órganos o tejidos con la finalidad de restaurar o reestablecer la función de los mismos, concluyendo que sólo este último se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud y por ende asumido por el SGSSS.”

Tal como los realizados a la paciente con fines netamente estéticos y de forma particular lipectomía subcutánea dorso lumbar + lipotransferencia de grasa a glúteos + dermolipectomía abdominal:

- **“Reducción de tejido adiposo de pared abdominal por liposucción”** en lipodistrofia abdominal o con fines estéticos porque su fin es cosmético o suntuario
- **“Gluteoplastia de aumento con tejido autólogo”** En hipoplasia de glúteo o con fines estéticos porque su propósito es cosmético o suntuario

Así las cosas, tanto las cirugías estéticas realizadas a la señora XILENE TABORDA (q.e.p.d.), como la atención de sus complicaciones, se encuentran excluidas del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, y como EPS Sanitas es garante de los recursos públicos relacionados con la UPC debe dar cabal

cumplimiento a la norma vigente, **situación que no puede ser interpretada como negación, ni incumplimiento de las obligaciones legales derivadas de la relación con la afiliada.**

Es importante manifestar al despacho que no obstante lo anterior, la EPS Sanitas dio cumplimiento a las autorizaciones de servicios de la siguiente forma:

Validación sobre el proceso de autorización de servicios de salud en EPS Sanitas:

- El 20 de febrero de 2018 (15:27) la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena envió a la EPS Sanitas una solicitud de autorización de servicios de salud para la señora XILENE TABORDA: Tomografía de Cráneo y Tomografía de Tórax.
- El mismo 20 de febrero de 2018 desde la Dirección de Aseguramiento de EPS Sanitas Cartagena se inició la validación de cobertura de servicios relacionados con la atención de las complicaciones de procedimientos estéticos, con el área de auditoría médica y en nivel central con la dirección de servicios médicos (Infortunadamente no contamos con la cadena completa de correos electrónicos para consultar el resultado de la validación).
- El 28 de febrero de 2018 (16:04) la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena envió a la EPS Sanitas la segunda solicitud de autorización de servicios de salud para la señora XILENE TABORDA: Valoración por Neurocirugía.
- El 2 de marzo de 2018 se notificó a la Dirección de Aseguramiento de EPS Sanitas Cartagena sobre el proceso de tutela en el cual se solicitaba atención integral a la paciente por la patología que cursaba en la actualidad.

Según el Software de Autorización de Servicios de EPS Sanitas (BH – Beyond Healt) el 1 de marzo de 2018 la IPS MEDICINA INTEGRAL IPS CLINICA LA ERMITA CARTAGENA solicitó a la EPS Sanitas la autorización de la estancia hospitalaria de la Señora XILENE TABORDA MATOS en la Unidad de Cuidado intensivo (Ver imagen)

NUMERO AUTORIZACION	87630297	ESTADO	IMPRESA APROBADA	UTILIZADO		FECHA UTILIZACION	
SUCURSAL	4017	OFICINA EPS SANITAS CARTAGENA		CIUDAD RADICADORA	13001	CARTAGENA	
NOMBRE	XILENE TABORDA MATOS	IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA 1047406092	CONTRATO	1790247	TIPO DE CONTRATO	FAMILIAR
ANTIGUEDAD	90 SEMANAS	EDAD	33	TELÉFONO		TELÉFONO ALTERNO	
GESTIÓN PENDIENTE	CONSULTA DIRECCIONAMIENTO GENERAL						

Información BasicaValoresProcedimientosValidacionesObservacionesNovedades

RADICACIÓN					
TIPO DE RADICACIÓN	CORREO ELECTRONICO	TIPO DE SERVICIO	PRESTACIONES	ORDEN MÉDICA	SI-87630297
FECHA DE SOLICITUD	01/03/2018 16:10 DD/MM/AAAA HH:MM	FECHA LÍMITE DE GESTIÓN	11/03/2018	FECHA EXPEDICIÓN	01/03/2018
FECHA DE NOTIFICACIÓN	01/03/2018	GUIA		VIGENCIA HASTA	26/06/2018

Como resultado el mismo 1 de marzo de 2018, fue generada la autorización de los servicios de salud correspondientes a la INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO de la paciente XILENE TABORDA MATOS en la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena, de forma retroactiva

desde el ingreso a la institución el 20 de febrero de 2018, tal como se evidencia en la autorización N° 87630297 (Ver imagen):

NUMERO DE AUTORIZACIÓN	NUMERO DE EVENTO	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN PRINCIPAL	SUCURSAL	FECHA EXPEDICION	PRODUCTO	IDENTIFICACION AFILIADO	NOMBRE AFILIADO	NOMBRE PRESTADOR	ESTADO	VIGENCIA HASTA	PROCEDIMIENTO / MEDICAMENTO
87630297			OFICINA EPS SANITAS CARTAGENA	01/03/2018	EPS	1047406092	XILENE TABORDA MATOS	MEDICINA INTEGRAL IPS CLINICA LA ERMITA CARTAGENA	IMPRESA APROBADA	26/06/2018	S12103 - INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

Esta orden de servicios incluye:

- La estancia hospitalaria retroactiva, desde el 20 de febrero de 2018, fecha en la cual ingreso la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Institución.
- La realización de los estudios complementarios y tratamientos que requiera la paciente durante la estancia hospitalaria en la Unidad de cuidados intensivos.

Así mismo se aclara que los servicios fueron materializados de la siguiente forma:

- **Ecocardiograma Transtorácico** – 22/02/2018: función sistólica conservada (FEVI 64%)
- **Electroencefalograma** – 22/02/2018: que evidencia ritmo de fondo, dominio por actividad theta de bajo y mediano voltaje, difuso, predominio temporal. No se hallan elementos irritativos.
- **Panangiografía cerebral** - 02/03/2018: ausencia de opacificación de la porción intracraneal de ambas carótidas internas y de la vertebral izquierda.
- **Angiotac de Tórax**: No documentado en la Historia clínica, no es posible confirmar su realización. A partir de validación con la Dirección de Aseguramiento de la ciudad, este procedimiento no se realizaba dentro de la institución por lo cual la paciente debía ser trasladada a otra IPS, gestión que no se logró por las condiciones clínica de la paciente.

Mediante acción judicial en marzo de 2018, se emitió una Medida Provisional en la cual se ordenó a EPS Sanitas implicar la norma vigente y autorizar los servicios y las tecnologías en salud prescritas a la afiliada.

NOTIFICACIÓN DE FALLOS	FECHA DE FALLO
MEDIDA PROVISIONAL	05/03/2018
PRIMERA INSTANCIA	27/03/2018

Lo anterior demuestra que EPS SANITAS actuó conforme a ley y autorizó todos los que la afiliada XILENE TABORDA MATOS requirió, pero infortunadamente la evolución tórpida de su estado de salud la llevó a su fallecimiento, sin que haya ningún tipo de culpa o nexo causal que indique que la EPS Sanitas fuera responsable del desenlace final de ésta.

Al numerado como 31. Este numeral trae varios hechos los cuales contesto así:

ES CIERTO: Según los registros de historia clínica de la señora XILENE TABORDA MATOS, nos permiten validar que el 3 de marzo de 2018 a las 02:57 horas se registró el fallecimiento de la paciente en la historia clínica.

NO ES CIERTO. Que haya habido conducta negligente de la EPS Sanitas, teniendo en cuenta que EPS SANITAS no prestó los servicios asistenciales en salud en el presente asunto ni fue consultada e informada de las decisiones de terceros, por ello me atengo a lo que se pruebe, conforme a las historias clínicas.

En este punto debe aclararse que las funciones que la ley colombiana le ha asignado a la EPS SANITAS (y en general a todas las EPS), se refieren a lo que en el sistema de salud se conoce como aseguramiento, es decir, aquella función orientada a garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud que requieran, los cuales son suministrados por los prestadores: IPS y médicos adscritos.

El aseguramiento en salud se concreta principalmente en la expedición de las correspondientes autorizaciones a través de las cuales la EPS asume la obligación de pagar el valor de las prestaciones asistenciales incluidas en el Plan Obligatorio de Salud ordenadas a sus afiliados por los prestadores; y consecuentemente efectuar los pagos correspondientes una vez los usuarios han utilizado los servicios que fueron objeto de autorización. Para el caso concreto, la EPS actuó conforme a ley, tal como lo mandan sus funciones de asegurador.

Al numerado como 32. ES CIERTO.

Al numerado como 33. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 34. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 35. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 36. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 37. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 38. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 39. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 40. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Al numerado como 41. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Si bien es cierto la IPS CLINICA BLAS DE LEZO se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, también lo es que la señora XILENE TABORDA MATOS ingreso a esta institución de forma particular y utilizando sus propios recursos económicos. Desde la Coordinación de Servicios médicos (Central de Autorizaciones) de EPS Sanitas, se informa que la institución no utilizó la página WEB de EPS Sanitas para notificar la atención de la afiliada, en

este sentido se aclara que no fueron solicitadas las autorizaciones correspondientes a la atención, concluyendo que no se evidencia negación desde el aseguramiento por parte de EPS Sanitas.

Al numerado como 42. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Si bien es cierto la IPS CLINICA BLAS DE LEZO se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, también lo es que la señora XILENE TABORDA MATOS ingreso a esta institución de forma particular y utilizando sus propios recursos económicos. Desde la Coordinación de Servicios médicos (Central de Autorizaciones) de EPS Sanitas, se informa que la institución no utilizó la página WEB de EPS Sanitas para notificar la atención de la afiliada, en este sentido se aclara que no fueron solicitadas las autorizaciones correspondientes a la atención, concluyendo que no se evidencia negación desde el aseguramiento por parte de EPS Sanitas.

Al numerado como 43. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Si bien es cierto la IPS CLINICA BLAS DE LEZO se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, también lo es que la señora XILENE TABORDA MATOS ingreso a esta institución de forma particular y utilizando sus propios recursos económicos. Desde la Coordinación de Servicios médicos (Central de Autorizaciones) de EPS Sanitas, se informa que la institución no utilizó la página WEB de EPS Sanitas para notificar la atención de la afiliada, en este sentido se aclara que no fueron solicitadas las autorizaciones correspondientes a la atención, concluyendo que no se evidencia negación desde el aseguramiento por parte de EPS Sanitas.

Al numerado como 44. NO NOS CONSTA. Es un hecho en el cual no ha participado mi representada, por lo que me atengo a lo que se pruebe.

Si bien es cierto la IPS NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE se encuentra adscrita a la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas, también lo es que la señora XILENE TABORDA MATOS ingreso a esta institución de forma particular y utilizando sus propios recursos económicos. Desde la Coordinación de Servicios médicos (Central de Autorizaciones) de EPS Sanitas, se informa que la institución no utilizó la página WEB de EPS Sanitas para notificar la atención de la afiliada, en este sentido se aclara que no fueron solicitadas las autorizaciones correspondientes a la atención, concluyendo que no se evidencia negación desde el aseguramiento.

Al numerado como 45. NO ES CIERTO. Nos reiteramos en lo manifestado en los hechos numerados como 30 y 31 anteriores.

Al numerado como 46. NO ES CIERTO. Nos reiteramos en lo manifestado en los hechos numerados como 30 y 31 anteriores.

Igualmente, y Dadas las condiciones de salud críticas de la paciente XILENE TABORDA MATOS, al momento del ingreso a la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena, donde se brindó la atención bajo el aseguramiento de EPS Sanitas, no es posible determinar si la realización de los estudios complementarios (Angiotomografía + Panangiografía + Electroencefalograma), hubiesen modificado la evolución clínica de la enfermedad y por ende su pronóstico y desenlace final.

Durante la atención de ingreso fueron identificadas las siguientes condiciones críticas:

- Falla Ventilatoria en soporte mecánico, pero con hipoxemia persistente, medida en gases arteriales,
- Compromiso neurológico central en el examen físico (pupilas midriáticas no reactivas)
- Alteración severa del estado de conciencia Glasgow 3/15 sin mediación de medicamentos para sedo analgesia.
- Inestabilidad hemodinámica (Hipotensión y taquicardia).
- Neumonía broncoaspirativa extrahospitalaria (es decir de inicio antes del arribo a la IPS)
- Desequilibrio hidroelectrolítico.

Desde el ingreso y durante la estancia hospitalaria el compromiso neurológico fue crítico, severo y no presentó modificaciones, fue así como se documentó:

- **Midriasis no reactiva** que puede correlacionarse con daño cerebral, por patologías como edema o hemorragia intracerebral.
- **Glasgow 3/15 sin sedación:** Coma profundo con ausencia de toda respuesta de origen encefálico ante cualquier tipo de estímulo
- **Abolición de reflejos del tallo:** tras producirse la pérdida irreversible de la función cerebral y de tronco encefálico, incluido el nivel bulbar, debido a la hipertensión endocraneana que obstruye la circulación cerebral, la integración de los reflejos a nivel medular se interrumpe.
- **Signo de Babinski positivo:** significa trastorno del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal).

En conclusión, la paciente cumplía con los criterios clínicos de muerte encefálica desde el ingreso a la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena y permanecía con vida por los soportes y procedimientos de sostén de las funciones vitales brindados en la unidad de cuidados intensivos (respiratoria, a través de respiradores mecánicos, y cardíaca, con el uso de fármacos inotrópicos)

*** Marco técnico: Muerte Encefálica

En Colombia se produjo el primer Decreto-Ley sobre “muerte encefálica” en junio 6 de 1989, configurándose el Decreto-Ley Colombiano sobre Muerte Encefálica y Donación de órganos (Decreto número 1172 de 1989), el cual ha sido modificado en parte por la Ley 454 de agosto 4 de 1998, (Decreto número 1546 de 1998). En estos decretos sólo se describen algunas pautas medicas legales sobre la muerte encefálica y la donación de órganos y no son una guía acerca de cómo realizar el diagnóstico de muerte encefálica en Colombia, aunque sí sirven de alguna forma como marco conceptual.

- **Diagnóstico de muerte por el criterio cardiopulmonar:** la comprobación del cese irreversible de la función cardiopulmonar, es decir, la pérdida de los signos vitales en forma permanente.
- **Diagnóstico de muerte por el criterio encefálico:** la comprobación del cese irreversible de la función del Encéfalo como un TODO (no necesariamente de todas las neuronas) aún en presencia de un funcionamiento cardiovascular y ventilatorio artificial.

Es importante recalcar que no existen dos clases de muerte ni dos formas diferentes de morir, sino simplemente dos formas de llegar al diagnóstico clínico de muerte (por el criterio cardiopulmonar o clásico y por el criterio encefálico). Esta dualidad es sólo una consecuencia del avance de la tecnología moderna en los medios de soporte cardiopulmonar. De aquí se desprende que la necesidad de realizar un diagnóstico de muerte por el criterio encefálico sólo se presenta en unidades de cuidado intensivo, en pacientes ventilatoria y hemodinámicamente “estables”, gracias al soporte cardiovascular y ventilatorio artificiales.

Las pruebas de muerte y el diagnóstico de muerte

Las pruebas de muerte se refieren a la tarea médica de establecer que uno de los criterios de muerte ha sido satisfecho, es decir, que se ha llegado al diagnóstico de muerte. De aquí que a este diagnóstico se pueda llegar de dos maneras:

- **Diagnóstico de muerte por el criterio cardiopulmonar:** para establecer el diagnóstico de muerte según este criterio es necesario simplemente documentar el cese de la función cardiopulmonar en forma irreversible, teniendo en cuenta que irreversible implica falta de respuesta a la terapia (reanimación básica y avanzada) o a cualquier medio de soporte disponible.
- **Diagnóstico de muerte por el criterio encefálico:** para establecer el diagnóstico de muerte según este criterio es necesario comprobar del cese irreversible de la función del encéfalo como un TODO mediante los pasos definidos previamente en guías y protocolos, los cuales incluyen: Es claro que sólo se considera el diagnóstico de muerte encefálica, si se presenta un paciente hemodinámicamente y ventilatoriamente estable en UCI, soportado al menos con ventilación artificial, en el cual se sospecha que no existe ningún tipo de actividad cerebral.
 - **Evidencia clínica e imagenológica de una causa establecida y suficiente.** Se debe disponer de mínimo una imagen cerebral (por lo menos una escenografía simple de cráneo) que evidencie en forma clara y sin lugar a dudas la causa de la supuesta muerte encefálica (edema cerebral severo, hernia transtentorial, hemorragia masiva, etc.). Los pacientes con imagen normal deben ser investigados en forma exhaustiva acerca de la causa del daño cerebral (punción lumbar, imágenes funcionales, EEG, angiografía, etc.).
 - **Posibilidad de recuperación excluida:** La observación cuidadosa, el tiempo de observación, el conocimiento claro y completo de la historia clínica y de la causa del daño cerebral, la exclusión de factores que puedan traer confusión, las imágenes diagnósticas, son algunos de los elementos que llevan a concluir que ya no es posible una recuperación.
 - **Exclusión de condiciones neurológicas o médicas asociadas que puedan confundir la evaluación clínica:** Entre otras, alteraciones electrolíticas, metabólicas o endocrinas severas, intoxicación o efecto de drogas neurodepresoras (sobre todo sedantes, anestésicos, barbitúricos o relajantes), hipotermia (la temperatura corporal menor de 32°C puede imitar un cuadro clínico parecido a muerte encefálica y ser completamente reversible), menores de cinco años o hipotensión severa (Presión Arterial Sistólica PAS menor de 90mmHg).
 - **Hallazgos clínicos:** Una vez verificado los anteriores prerrequisitos debe demostrarse el cese de la función cortical y troncular en forma irreversible para lo cual es necesario documentar tres hallazgos clínicos cardinales, los que deben establecerse en ausencia de todo efecto de medicación neurodepresora, sedante o relajante, en un paciente más o menos “estable” hemodinámicamente, sin alteraciones severas de la oxigenación, ni alteraciones metabólicas o hidroelectrolíticas severas, sin hipotermia severa y sin una condición neurológica que impida una adecuada evaluación (como síndrome de Guillain-Barré severo o de Miller-Fisher, síndrome de enclaustramiento, estado vegetativo, etc.).
 - **Presencia de Coma Profundo:** Ausencia de respuesta, ya sea consciente o refleja, a estímulos externos de cualquier tipo, teniendo en cuenta que los reflejos espinales, viscerosomáticos y visceroviscerales no necesariamente deben estar ausentes. Estos reflejos y algunos movimientos también reflejos (espinales) se han descrito en pacientes con muerte encefálica y pueden presentarse sin que esto excluya el diagnóstico.
 - **Pérdida de todos los reflejos del Tallo Cerebral – Pupilar:** Falta de respuesta a la luz y pupilas con posición en línea media con tamaño de 4 a 9mm. – Decorticación/Decerebración: ausentes. - Oculocefálicos: Falta de respuesta al movimiento de la cabeza. - Oculovestibulares: Falta de respuesta (ojos fijos en la línea media) a la irrigación de cada oído con agua fría. Otros reflejos Pontinos: Ausencia de reflejos corneano, mandibular, de chupeteo, mentoniano y de trompa. - Bulbares. Ausencia de reflejos nauseoso y carinal. - Ausencia del reflejo vasopresor: se evalúa observando la poca variabilidad de la frecuencia cardíaca y la necesidad de utilizar medicamentos vasoactivos para mantener la tensión arterial. - El reflejo respiratorio: debe evaluarse mediante la prueba de apnea.
- **Paraclínicos confirmatorios:** El diagnóstico de muerte encefálica es eminentemente clínico, pero existen algunos paraclínicos confirmatorios que ayudan a soportarlo. Un paraclínico se considera POSITIVO cuando respalda el diagnóstico de

muerte encefálica y NEGATIVO cuando no (es decir, cuando el resultado es normal): - Gammagrafía con Tecnecio 99 HMPAO (SPECT): brinda información acerca del metabolismo neuronal. - Angiografía y Doppler Transcraneal: Demuestran ausencia de flujo sanguíneo cerebral en la muerte encefálica y Electroencefalograma. Es importante recalcar que ninguno de estos paraclínicos es necesario para realizar el diagnóstico de Muerte encefálica, ni mucho menos son diagnósticos por sí solos, pero pueden ayudar al clínico a soportarlo.

Al numerado como 47. NO ES CIERTO. Son apreciaciones de un dictamen el cual no ha sido controvertido por las partes, por lo que se solicitara la citación del perito para que amplíe el mismo conforme lo regulado por el art 228 y ss., del CGP.

Al numerado como 48. NO ES UN HECHO: son apreciaciones subjetivas que hace el apoderado de la parte actora sin sustento científico legal que determine lo indicado en este hecho.

IV. HECHOS, FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA.

Sea lo primero anotar desde ya que **EPS SANITAS** no prestó directamente el servicio de salud objeto de la presente demanda, por cuanto su actuación se limitó a su obligación legal de gestionar la contratación de las instituciones y los profesionales médicos, que son los verdaderos encargados de prestar el servicio requerido por los pacientes.

La defensa se centra en el cumplimiento total de las obligaciones de EPS SANITAS, y la consecuente ausencia de responsabilidad contractual.

Se advierte que a la señora XILENE TABORDA MATOS (QEPD), durante el tiempo que duró afiliada a la Entidad Promotora de Salud EPS SANITAS, esta le aprobó o autorizó todos los servicios en salud que previamente un profesional de la medicina adscrito a la EPS Sanitas le hubiera prescrito y que por ley estuviera obligada a préstalos por estar dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Ahora bien, es de relevancia aclarar en primer término cuál es la naturaleza jurídica de EPS SANITAS, así como también dilucidar las funciones que las entidades promotoras de salud cumplen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para, de esta manera poder explicar con mayor sencillez los fundamentos y razones de derecho en la defensa de mi representada.

Lo anterior se hace necesario en virtud a que la demandante, sustenta sus pretensiones indemnizatorias sobre la base de unos supuestos incumplimientos de las obligaciones a cargo de la EPS SANITAS, cuando de conformidad con el acervo probatorio, las supuestas fallas en la atención médica, los presuntos daños y perjuicios materiales e inmateriales, no pueden ser imputados a mi representada.

Conforme con la normativa vigente y tal y como consta en el certificado de existencia y representación legal, **E.P.S. SANITAS S.A.S.**, es una Entidad Promotora de Salud (EPS) de derecho privado, sociedad anónima, autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en el régimen contributivo, lo que al tenor del artículo 177 de la Ley 100 de 1.993, significa que es responsable de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA ahora ADRES.

Su función básica consiste en organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio de salud a sus afiliados, y girar, dentro de los términos previstos en la Ley 100 de 1.993, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación (UPC), al ADRES.

Cualquier tipo de presuntas deficiencias en la atención médica dispensada a XILENE TABORDA MATOS (qepd), no pueden considerarse como constitutivas de responsabilidad en cabeza de mi representada, pues la obligación primordial de EPS SANITAS, consistió en facilitar el acceso de la señora XILENE TABORDA MATOS a los servicios de salud por ella requeridos, que hicieran parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS), mientras estuvo afiliada; lo cual se encuentra debidamente demostrado con los medios de prueba aportados al proceso.

En la práctica, el aseguramiento en salud se concreta principalmente en la expedición de las autorizaciones a través de las cuales las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), asumen la obligación de pagar los valores correspondientes a las prestaciones asistenciales incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), ordenadas a sus afiliados, y consecuentemente, efectuar a sus prestadores adscritos los pagos a que haya lugar, una vez los usuarios han utilizado los servicios que fueron objeto de autorización.

En lo que respecta a la Entidad Promotora de Salud EPS SANITAS, ésta autorizó todos y cada uno de los exámenes, medicamentos y procedimientos que el Plan Obligatorio de Salud ofrece para esta serie de patologías².

Deberá tenerse en cuenta que EPS SANITAS en el presente asunto no prestó directamente los servicios de salud objeto de debate pues su actividad fue enteramente administrativa, enfocada a otorgar la autorización de servicios, procedimientos, y elementos que se consagran dentro del Plan de Beneficios en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra determinado por la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes. Dentro del precitado Sistema EPS SANITAS, como particular en el ejercicio de una función pública está supeditada a las actividades, entre otras³:

“ARTICULO 2o. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a.) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b.) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de

² Ver listado de autorizaciones de servicios médicos otorgados al usuario XILENE TABORDA MATOS aportadas por EPS SANITAS S.A.

³ Decreto No. 1485 del 13 de julio de 1.994. “Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las entidades promotoras de salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.”

enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema. Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

c.) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d.) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e.) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.

f.) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza”.

El listado de funciones arriba citado, corresponde a lo que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se conoce como “**Aseguramiento**”, **actividad diferente a la de la prestación de servicios de salud**, la cual corresponde a las Clínicas, Hospitales, ESE, Grupos de Práctica Profesional y profesionales de la salud independientes, (IPS).

De lo anterior, fácilmente se deduce que, mi representada **EPS SANITAS. no prestó en el presente asunto, directamente el servicio de salud a la paciente**, y tampoco interactuó médicamente con ella, máxime cuando efectivamente quien ausculta, atiende y verifica la situación patológica del afiliado en calidad de “paciente” es la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), contratada dentro de la red adscrita a EPS, a la cual se encuentra afiliado el usuario.

Mi poderdante EPS SANITAS nada tuvo que ver frente al trato médico directo con la paciente XILENE TABORDA MATOS y como cualquier otra Entidad Promotora de Salud, dedicó su objeto a la contratación para la prestación de servicios de salud para sus afiliados, cotizantes y beneficiarios con su red adscrita, por lo que no necesariamente prestó de manera directa tales servicios médicos.

Requiere probarse que EPS SANITAS fue la entidad que determinó hacer la intervención y tratamiento estético y que el supuesto daño que se causó a la paciente XILENE TABORDA MATOS se originó por la no autorización de los servicios asistenciales que se ofrecen dentro del Plan de Beneficios en Salud a cargo de esta Entidad.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO.

En oposición a las pretensiones formuladas por el señor apoderado de la parte actora, respetuosamente me permito interponer las siguientes excepciones de fondo, sin perjuicio de aquellas que el juez encuentre probadas dentro del proceso, así:

1. AUSENCIA DE CARGA PROBATORIA DE LA DEMANDANTE.

La carga probatoria recae en la parte actora – los hechos de la demanda no configuran culpa probada, ni presunción de culpa.

La parte demandante refiere que: *“Que se declare civil y solidariamente responsable a la parte demandante por el deceso de XILENE TABORDA MATOS (QEPD), ocasionado por la negligencia, imprudencia e impericia por un mal procedimiento; error y mal manejo efectuado a la paciente a partir de la intervención quirúrgica practicada el 9 de febrero del 2018, y la posterior y deficiente atención médica que aquella recibió...”* (cursiva y subraya fuera de texto).

Bajo este débil argumento, es deber de la parte actora entrar a probar en primer lugar la negligencia, imprudencia e impericia en la atención, y que la misma haya sido defectuosa, lo cual no se encuentra probado en la demanda.

La parte demandante, pretende eximirse de la carga probatoria que la asiste, contrariando lo normado en el artículo 167 del Código General del Proceso el cual sobre Carga de la Prueba expresa lo siguiente:

“Art. 167 del C.P.C. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

(...)

Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.”

Específicamente al respecto la Corte Suprema de Justicia Sala Civil abordó directamente el tema de la carga de la prueba, cuando manifestó en el año 2.001:

“Aunque para la Corte es claro que los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al médico, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado), y que en torno a ese panorama axiológico debe operar el principio de la carga de la prueba (artículo 177 del Código de Procedimiento Civil), visto con un sentido dinámico, socializante y moralizador, esto es, distribuyéndola entre las partes para demandar de cada una la prueba de los hechos que están en posibilidad de demostrar y constituyen fundamento de sus alegaciones, pues éste es el principio implícito en la norma cuando exonera de prueba las afirmaciones o negaciones indefinidas, precisamente por la dificultad de concretarlas en el tiempo o en el espacio, y por ende de probarlas, resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo afirmó la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, “el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado”.

“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa. Pero es precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones debidas, donde no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto, pues los habrá donde el onus probandi permanezca inmodificable, o donde sea dable hacer actuar presunciones judiciales, como aquellas que en ocasiones referenciadas ha tenido en cuenta la Corte, pero también aquellos donde cobre vigencia ese carácter dinámico de la carga de la prueba, para exigir de cada una de las partes dentro de un marco de lealtad y colaboración, y dadas las circunstancias de hecho, la prueba de los supuestos configurantes del tema de decisión. Todo, se reitera, teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado de la técnica, complejidad de la intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, pues no de otra manera, con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico (lex artis).”⁴

De igual forma, respecto de la carga de la prueba, la jurisdicción administrativa se ha manifestado al respecto, por lo que me permito traer apartes del fallo proferido por el Consejo de Estado, que en tal sentido orientará de mejor manera a su Despacho el deber de probar en manos del demandante:

“ (...)

Y debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos.”⁵

(Negrillas Fuera de texto)

En efecto, como en Colombia esta proscrita la responsabilidad objetiva, y específicamente en el caso de la responsabilidad civil medica, **considerando la obligación de medio y no de resultado** que le asiste al profesional de la salud, es indispensable que cada una de las aseveraciones que se efectúen y pretendan

⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION CIVIL. Magistrado Ponente Dr. JOSE FERNANDO RAMIREZ GOMEZ. Bogotá, D. C., treinta (30) de enero de dos mil uno (2001). Referencia: Expediente No. 5507

⁵ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. Consejero Ponente: ALIER E. HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ. Bogotá, D. C., quince (15) de agosto de dos mil dos (2002). Radicación 7349. No. Interno: 11.605. ACTOR: Lilyam Sarmiento de Santamaría y otros. DEMANDADO: Caja Nacional de Previsión Social.

enrostrar algún tipo de responsabilidad, se encuentren debidamente probadas, puesto que la sola afirmación que existe un perjuicio no prueba responsabilidad alguna. No obstante, la parte actora pretende que se halle responsable a mi representada, EPS SANITAS con la sola exposición de unos hechos, y de un supuesto perjuicio, asumiendo que solo basta esto para encausar una supuesta responsabilidad de la Empresa Promotora de Salud, cuestión ésta que incluso la misma Corte Suprema de Justicia ha desechado como se demostró anteriormente, y en donde se ha enfatizado que la carga de demostrar la relación de causalidad existente entre el hecho o la omisión del demandado y el daño sufrido, está en cabeza de la parte actora, profundizándose aún más en tratándose de responsabilidad por la prestación del servicio médico.

La parte demandante pretender eximirse de la carga probatoria, cuando no entra a demostrar la relación entre EPS SANITAS y los hechos ocurridos entre el 09/02/2018 al 03/03/2018.

De tal forma que no basta afirmar en los hechos de la demanda la responsabilidad de la EPS SANITAS partiendo solamente de un resultado que se califica como dañoso, sino que la parte demandante debe acreditar los tres (3) elementos que estructuran la trilogía de la responsabilidad: 1. Hecho dañoso, 2. Nexos de causalidad y, 3. Daño.

2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR PARTE DE EPS SANITAS ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS LEGALES VIGENTES.

EPS SANITAS, es una sociedad anónima autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en el régimen contributivo, lo que al tenor del artículo 177 de la Ley 100 de 1.993, significa que es responsable de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía hoy ADRES.

Su función básica consiste en organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio de salud a sus afiliados, y girar, dentro de los términos previstos en la Ley 100 de 1.993, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación (UPC) al ADRES.

Cualquier tipo de presuntas deficiencias en la atención de salud brindada a la señora XILENE TABORDA MATOS, no pueden considerarse como constitutivas de responsabilidad en cabeza de mi representada, pues la obligación primordial de EPS SANITAS consiste en facilitar el acceso de sus afiliados a los servicios de salud por ellos requeridos, que hicieran parte del Plan Obligatorio de Salud ahora Plan de beneficios en Salud (PBS), lo cual se encuentra debidamente demostrado con los medios de prueba aportados al proceso.

En lo que respecta a la Empresa Promotora de Salud EPS SANITAS, ésta autorizó todos y cada uno de los exámenes, medicamentos y procedimientos que el Plan de Beneficios en Salud (PBS) ofrece siempre y cuando fueran requeridos⁶.

Deberá tenerse en cuenta que EPS SANITAS no atiende a sus afiliados en calidad de pacientes, máxime cuando su actividad administrativa está enfocada a otorgar

⁶ Ver listado de autorizaciones de servicios médicos otorgados a la señora Xilene Taborda Matos aportada por EPS SANITAS S.A.

la autorización de servicios, procedimientos y elementos que se consagran dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Requiere probarse que EPS SANITAS fue la entidad que determinó hacer la intervención (Cirugía Estética) y que el supuesto daño que se causó a la paciente se originó por la no autorización de los servicios asistenciales que se ofrecen dentro del Plan de Beneficios en Salud a cargo de esta Entidad.

EPS SANITAS cumplió en su integridad frente a la señora XILENE TABORDA MATOS, las obligaciones surgidas de la ley en su calidad de delegatario del Estado para la prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Mi representada cumplió a cabalidad con las funciones que la normativa le impuso como entidad administradora de planes de beneficios dentro del régimen contributivo, especialmente con aquella que se refiere a la garantía de acceso a los servicios de salud requeridos por la señora XILENE TABORDA MATOS, que hubieran sido ordenados por un médico tratante, y cuya cobertura le hubiera sido negada, situación que en el presente caso no ocurrió.

Pues bien, si el señor Juez dirige su atención a cada una de las citas médicas, procedimientos quirúrgicos y atención médica prestada a la señora XILENE TABORDA MATOS para la atención de sus urgencias médicas, se podrá observar que EPS SANITAS asumió la cobertura económica de los servicios requeridos por la paciente y que fueron ordenados por médicos y profesionales de la salud, cumpliendo de esa forma con aquello a lo que estaba obligada.

Pese a que la relación que vincula a una Empresa Promotora de Salud con un afiliada es de orden legal, si miráramos hipotéticamente la vinculación desde una óptica contractual, tendríamos que, en primer lugar, no se cumplirían los requisitos de la responsabilidad en este campo, pues en primer lugar, EPS SANITAS cumplió con su obligación de garantizar el acceso a los servicios del Plan de Beneficios en Salud (PBS) poniendo a disposición de su afiliado toda la red prestataria de servicios de salud calificada en todos sus niveles de atención en la ciudad de Cartagena.

Además, no existiría mora en la satisfacción de los deberes de EPS SANITAS surgidos del contrato con el usuario o de sus obligaciones surgidas de la ley, pues en el presente caso mi representada, de conformidad con lo establecido en las normas legales vigentes, autorizó los servicios de salud que requirió la demandante.

La obligación que se impute incumplida debe provenir del sujeto obligado, cuestión que respecto de mi representada no se desprende de los hechos y argumentaciones de la demanda, pues en ninguno de sus apartes se evidencia la confluencia de las responsabilidades de EPS SANITAS y la atención médica brindada por las instituciones o los profesionales adscritos a la red de prestadores de la entidad.

La EPS SANITAS siempre ha cumplido sus obligaciones derivadas de la relación con la usuaria Taborda Matos, garantizando el efectivo acceso a una red prestataria de servicios de salud idónea y cumplidora de los requisitos legales para su funcionamiento.

Por su parte, el Decreto 806 del 30 de abril de 1998 "Por el cual se reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social en salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional", establece en su artículo 28 cuáles son los beneficios de los afiliados al régimen contributivo, lo que nos indica entonces cuáles eran las obligaciones de EPS SANITAS con la usuaria.

"ARTICULO 28. Beneficios de los afiliados al régimen contributivo. El régimen contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

- a) La prestación de los servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud, POS, de que trata el artículo 162 de la Ley 100 de 1993.*
- b) El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional, y*
- c) El subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.*

Los pensionados cotizantes y los miembros de su grupo familiar que no estén cotizando al sistema recibirán únicamente las prestaciones contempladas en el literal a) del presente artículo.

PARÁGRAFO. Cuando el afiliado al régimen contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes."

En cuanto caso concreto y revisado el tema del aseguramiento al que está obligada mi representada la EPS SANITAS es importante resaltar que a la paciente XILENE TABORDA MATOS (Q.E.P.D.), Desde el ámbito de la pertinencia en la valoración médica especializada por Neurología, es menester aclarar que el 23 de febrero de 2018 en la **IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena** se realizó dicha evaluación en la cual se conceptuó paciente con severo trastorno de tallo y cortical difuso, por lo cual se indica la realización de tomografía de cráneo de control y test de apnea, considerando posibilidad de lesión neurológica irreversible con compromiso de funciones vitales básicas, es decir, se solicitaron estudios complementarios para confirmar el diagnóstico de muerte cerebral a partir de las manifestaciones clínicas presentadas desde el ingreso a la institución. - La orden médica para valoración inicial por Neurología Clínica fue realizada el 23 de febrero de 2018 a las 13:10 horas

Interconsulta

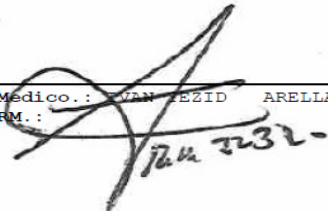
Medico.: IVAN YEZID ARELLANO Especialidad.: INTENSIVISTA

Fecha y Hora .: 23.feb./2018 13:10| Orden No.: 000001102

Observaciones.: PACIENTE QUIEN REQUIERE VALORACION POR NEUROLOGIA PARA DIGNOSTICO DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA PROGRESIVA CON USENCIA DE REFLEJOS DE TALLO AL EXAMEN FISICO, TIENE OPENDIENTE RESULTADO DE ELCTROENCEFALOGRAMA.

PLAN:

VALORACION POR NEUROLOGIA

Medico.: IVAN YEZID ARELLANO
RM.: 

- La valoración médica fue materializada el 23 de febrero de 2018 a las 21:28 horas, es decir no se evidencia inoportunidad en la valoración médica especializada:

Ronda de Medicos

Medico.: IVAN YEZID ARELLANO Especialidad.: INTENSIVISTA
Fecha y Hora .: 23.feb./2018 21:28 Orden No.: 000025248
Observaciones.: :::::::::::::::RESPUESTA INTERCONSULTA NEUROLOGIA:::::::::::::
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CIRUGIA (ABDOMINOPLASTIA) EL DIA 12 DE FEBRERO, CON CON CEFALEA L DI SIGUIENTE DEL PROCEDIMIENTO, CON CONSULTA SERVICIO DE URGENCIAS DE CLINICAS, REALIZANDOSELE "PARCHE HEMATICO", SIN MEJORIA DEL DOLOR, CONSULTA NUEVAMENTE A CLINICA EN DONDE PRESENT PARO CARDIORESPIRATORIA, REALIZN MNIORAS DE REANIMACION, POR 10 MINUTOS SEGUN NOTA DE REMISION, CON ALTERACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA EN FORMA PERSISTENTE, SE RELIZA TAC CEREBRO REPORTADO POR RDIOLGO COMO "NORMAL"; NO SIGNOS DE SIRSS, HASTA EL DIA DE HOY PRESENTO LEUCOCITOSIS DE 16MIL, CUDRO FEBRIL. LA PACIENTE PERMNECE ESTCIONARIA,DEPENDIENTE DE RESPIRADOR, SIN MEDICAMENTOS SEDANTES. EEG INTERPRETADO COMO "ACTIVIDAD THETA DE BAJO Y MEDIANO VOLTAJE, NO OTROS SIGNOS DE IRRITACION"
AHORA:
PACIENTE CON GLASGOW 3/15, PUPILAS INTERMEDIAS ARREACTIVAS, CORNEA LISA, OJOS DE MUÑECA NEGATIVOS, CORNAENO NEGATIVO, KARINAL A RREACTIVO, NO RESPUESTA A ESTIMULOS NOCICEPTIVOS, SE REALIZA OTOSCOPI CONSTATANDOSE INTEGRIDD TIMPANIC BILATERAL, CAE SIN OBSTRUCCIONES, SE DECIDE REALIZAR MNIORAS OCULOCALORICAS, EN POSICION DECUBITO CON CABECERA A 30°, SE INTILA 50cc EN TRES OCASIONES POR LADO, NO OBTENIENDO RESPUESTA A DICHOS ESTIMULOS, UNI O BILATERALES; POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CON SEVERO TRASTORNO DE TALLO Y CORTICAL DIFUSO.
PLAN:
- TAC CEREBRO CONTROL
- DE ACUERDO AELLA REALIZR TEST DE APNEA.

DR. EDGARD E. CASTILLO TAMARA
NEUROLOGO CLINICO
REG MED 4675

- La tomografía de cráneo de control se realizó el 26 de febrero, es decir 3 días después de la orden médica, no se evidencia inoportunidad, por cuanto el estudio no era urgente, tal como se indica en la orden medica era de control, el reporte del estudio indico presencia de signos de edema cerebral e hipertensión endocraneana:

REPORTE DE PARACLINICOS:

TOMOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE CONTROL (26/02/2048):

SIGNOS DE EDEMA CEREBRAL DIFUSO Y PROBABLE HIPERTENSION ENDOCRANEANA SINUSOPATIA INFLAMATORIA EN CELDILLAS ETMOIDALES.

- La revaloración por Neurología con el reporte de la tomografía no fue realizada, evidenciando inoportunidad durante la atención en la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena, en el mismo sentido, tampoco fue realizado el test de apnea.

- Desde el aseguramiento no se identifica que las presuntas fallas de las cuales se hablan en el peritaje medico corresponden al ámbito de las barreras administrativas e inoportunidad en la generación de autorizaciones para la atención del evento hospitalario en la unidad de cuidado intensivo.

Por lo anterior, es importante tener en cuenta que: La Resolución N° 5269 de 2017, por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2018, en el cual ocurrieron los hechos, define en el TÍTULO II denominado CONDICIONES DE ACCESO A LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD, el acceso a las tecnologías en salud de la siguiente forma

"(...) Artículo 9°. Garantía de acceso a las tecnologías en salud. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud para el cumplimiento de la necesidad y finalidad del servicio, a través de su red de prestadores de servicios de salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en caso de atención de urgencias y según lo dispuesto en el artículo 23 de este acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizarla en

todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), habilitadas para tal fin en el territorio nacional. (...)

En este entendido se aclara, que la misma norma determina cuales son las condiciones, limitaciones y alcances de las coberturas del Plan de Beneficios en Salud, cuyos servicios y tecnologías son financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es así como se estipula en el TÍTULO VII denominado “CONDICIONES PARA DEFINIR LAS TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC”

“(…) Artículo 126. Tecnologías no financiadas con recursos de la UPC. Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deben entenderse como no financiadas aquellas tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos del SGSSS señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud conforme al artículo 9° de la Ley 1751 de 2015. (...)

El Ministerio de Salud y Protección Social estableció el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos, dentro de estas EXCLUSIONES se encuentran contemplados puntualmente los procedimientos estéticos:

“El estético o cosmético cuando se busca embellecer el cuerpo, y el funcional o reconstructivo, que se práctica sobre órganos o tejidos con la finalidad de restaurar o reestablecer la función de los mismos, concluyendo que sólo este último se encuentra incluido en el Plan de Beneficios en Salud y por ende asumido por el SGSSS.”

Tal como los realizados a la paciente XILENE TABORDA MATOS con fines netamente estéticos y de forma particular lipectomía subcutánea dorso lumbar + lipotransferencia de grasa a glúteos + dermolipectomía abdominal:

“Reducción de tejido adiposo de pared abdominal por liposucción” en lipodistrofia abdominal o con fines estéticos porque su fin es cosmético o suntuario

“Gluteoplastia de aumento con tejido autólogo” En hipoplasia de glúteo o con fines estéticos porque su propósito es cosmético o suntuario

Así las cosas, tanto las cirugías estéticas realizadas a la señora XILENE TABORDA, como la atención de sus complicaciones, se encuentran excluidas del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, y como EPS Sanitas es garante de los recursos públicos relacionados con la UPC debe dar cabal cumplimiento a la norma vigente, situación que no puede ser interpretada como negación, ni incumplimiento de las obligaciones legales derivadas de la relación con la afiliada.

En cuanto a la autorización y costo de los servicios, cuyo valor debe ser cubierto por las Entidades Promotoras de Salud, la ley 100 de 1.993, el Decreto 1485 de 1.994, el Decreto 806 de 1.998, Resolución 5.261 de 1.994 y demás normas que regulen el tema, constituyen un conjunto normativo en virtud del cual se establecen cuáles son las prestaciones asistenciales que deben ser cubiertas por las EPS a favor de sus afiliados, estableciéndose de esta forma una especie de “conjunto de servicios de salud” cuya cobertura y acceso debe ser facilitado por las EPS, como en efecto sucedió en el caso de marras, pues cada uno de los servicios, procedimientos, medicamentos, exámenes y atención por las diferentes especialidades que requirió el demandante fueron autorizados y cubiertos por la EPS SANITAS no solo al momento del ingreso el 20 de febrero de 2018, sino durante toda la permanencia en el **IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena**.

Validación sobre el proceso de autorización de servicios de salud en EPS Sanitas

- El 20 de febrero de 2018 (15:27) la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena envió a la EPS Sanitas una solicitud de autorización de servicios de salud para la señora XILENE TABORDA: Tomografía de Cráneo y Tomografía de Tórax (Ver anexo).
- El mismo 20 de febrero de 2018 desde la Dirección de Aseguramiento de EPS Sanitas Cartagena se inició la validación de cobertura de servicios relacionados con la atención de las complicaciones de procedimientos estéticos, con el área de auditoría médica y en nivel central con la dirección de servicios médicos (Infortunadamente no contamos con la cadena completa de correos electrónicos para consultar el resultado de la validación).
- El 28 de febrero de 2018 (16:04) la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena envió a la EPS Sanitas la segunda solicitud de autorización de servicios de salud para la señora XILENE TABORDA: Valoración por Neurocirugía (Ver anexo).
- El 2 de marzo de 2018 se notificó a la Dirección de Aseguramiento de EPS Sanitas Cartagena sobre el proceso de tutela en el cual se solicitaba atención integral a la paciente por la patología que cursaba en la actualidad, **Los antecedentes del trámite de tutela se presentan como prueba dentro del presente proceso.**

Según el Software de Autorización de Servicios de EPS Sanitas (BH – Beyond Healt) el 1 de marzo de 2018 la IPS MEDICINA INTEGRAL IPS CLINICA LA ERMITA CARTAGENA solicitó a la EPS Sanitas la autorización de la estancia hospitalaria de la Señora XILENE TABORDA MATOS en la Unidad de Cuidado intensivo (Ver imagen)

NUMERO AUTORIZACION	87630297	ESTADO	IMPRESA APROBADA	UTILIZADO		FECHA UTILIZACION	
SUCURSAL	4017 OFICINA EPS SANITAS CARTAGENA	CIUDAD RADICADORA	13001 CARTAGENA				
NOMBRE	XILENE TABORDA MATOS	IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA 1047406092	CONTRATO	1790247	TIPO DE CONTRATO	FAMILIAR
ANTIGUEDAD	90 SEMANAS	EDAD	33	TELÉFONO		TELÉFONO ALTERNO	
☒ GESTIÓN PENDIENTE	CONSULTA DIRECCIONAMIENTO GENERAL						

Información BásicaValoresProcedimientosValidacionesObservacionesNovedades

RADICACIÓN					
TIPO DE RADICACIÓN	CORREO ELECTRONICO	TIPO DE SERVICIO	PRESTACIONES	ORDEN MÉDICA	SI-87630297
FECHA DE SOLICITUD	01/03/2018 16:10 DD/MM/AAAA HH:MM	FECHA LÍMITE DE GESTIÓN	11/03/2018	FECHA EXPEDICIÓN	01/03/2018
FECHA DE NOTIFICACIÓN	01/03/2018	GUÍA		VIGENCIA HASTA	26/06/2018

El mismo día se tramita la autorización del servicio con nivel central mediante Consulta Direccionamiento General, en la cual se indicó “según la corte constitucional cuando estas complicaciones por cirugías estéticas amenacen la vida, deben ser asumidas por las EPS” (Ver imagen)

MODIFICAR	CODIGO	DESCRIPCION	INFORMACION ADICIONAL	IMPRIMIR	USUARIO	FECHA
	248	APROBACION NIVEL SUPERIOR	P.AUT NIVEL SUPERIOR (SEGUN LA CORTE CONSTITUCIONAL CUANDO ESTAS COMPLICACIONES POR CIRUGIAS ESTETICAS AMENACEN LA VIDA, DEBEN SER ASUMIDAS POR LAS EPS) SE RECIBE EMAIL CON VOBO DEL DR GUSTAVO ALBERTO SALAZAR ARIAS DIRECTOR NACIONAL DE AUDITORIA SUBGERENCIA AUDITORIA MEDICA	NO	AMLORA	01/03/2018 04:18:21 P.M.
	214	OBSERVACION DE TEXTO	DX. CHOQUE POSIBLEMENTE NEUROGENICO-SPTICO-HIPOVOLEMICO#FALLA VENTILATORIA SECUNDARIO A:TROMBOEMBOLISMO GRASO A DESCARTAR#POP MEDIATO DE ABDOMINOPLASTIA#F1 20/02/2018	SI	AMLORA	01/03/2018 04:16:23 P.M.
	5	PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN		SI	AMLORA	01/03/2018 04:14:08 P.M.
	139	EXONERADO CUOTA MODERADORA/ COPAGO		SI	AMLORA	01/03/2018 04:14:08 P.M.

Como resultado el mismo 1 de marzo de 2018, fue generada la autorización de los servicios de salud correspondientes a la INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO de la paciente XILENE TABORDA MATOS en la IPS Medicina Integral IPS Clínica La Ermita Cartagena, de forma retroactiva desde el ingreso a la institución el 20 de febrero de 2018, tal como se evidencia en la autorización N° 87630297 (Ver imagen):

NUMERO DE AUTORIZACIÓN	NUMERO DE EVENTO	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN PRINCIPAL	SUCURSAL	FECHA EXPEDICION	PRODUCTO	IDENTIFICACION AFILIADO	NOMBRE AFILIADO	NOMBRE PRESTADOR	ESTADO	VIGENCIA HASTA	PROCEDIMIENTO / MEDICAMENTO
87630297			OFICINA EPS SANITAS CARTAGENA	01/03/2018	EPS	1047406092	XILENE TABORDA MATOS	MEDICINA INTEGRAL IPS CLINICA LA ERMITA CARTAGENA	IMPRESA APROBADA	26/06/2018	S12103 - INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

Esta orden de servicios incluye:

- La estancia hospitalaria retroactiva, desde el 20 de febrero de 2018, fecha en la cual ingreso la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Institución.
- La realización de los estudios complementarios y tratamientos que requiera la paciente durante la estancia hospitalaria en la Unidad de cuidados intensivos

Así mismo se aclara que los servicios fueron materializados de la siguiente forma:

- **Ecocardiograma Transtorácico** – 22/02/2018: función sistólica conservada (FEVI 64%)
- **Electroencefalograma** – 22/02/2018: que evidencia ritmo de fondo, dominio por actividad theta de bajo y mediano voltaje, difuso, predominio temporal. No se hallan elementos irritativos.
- **Panangiografía cerebral** - 02/03/2018: ausencia de opacificación de la porción intracraneal de ambas carótidas internas y de la vertebral izquierda.
- **Angiotac de Tórax**: No documentado en la Historia clínica, no es posible confirmar su realización. A partir de validación con la Dirección de Aseguramiento de la ciudad, este procedimiento no se realizaba dentro de la institución por lo cual la paciente debía ser trasladada a otra IPS, gestión que no se logró por las condiciones clínica de la paciente.

Mediante acción judicial en marzo de 2018, se emitió una Medida Provisional en la cual se ordenó a EPS Sanitas inaplicar la norma vigente y autorizar los servicios y las tecnologías en salud prescritas a la afiliada.

NOTIFICACIÓN DE FALLOS	FECHA DE FALLO
MEDIDA PROVISIONAL	05/03/2018
PRIMERA INSTANCIA	27/03/2018

El fallo proferido por el Juzgado 9 Civil Municipal de Cartagena, en dicha acción constitucional fue el siguiente:

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR la carencia actual de objeto en el presente asunto, como consecuencia del fallecimiento de la señora XILENE TABORDA MATOS por la cual no se impartirá orden alguna a la entidad accionada.

Igualmente, en el análisis concreto del caso el despacho judicial manifiesta:

Análisis del caso concreto:

En el presente asunto la señora XILENE TABORDA MATOS solicita se le protejan los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud, al mínimo vital, entre otros por encontrarse su estado de salud deteriorada necesitando con urgencia los siguientes procedimientos P/ANGIOTAC DE TORAX, la P/PANAGIOGRAFIA y la P/ELECTROENCEFALOGRAMA, los cuales fueron ordenados por Medicina Integral IPS S.A. desde el día 22 de febrero de 2018 y en consecuencia de ello se ordene a la entidad accionada para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas proceda a practicar los procedimientos requeridos.

Observando el despacho que dentro del informe rendido por la entidad SANITAS EPS se desprende que antes de que la accionante falleciera ya se habían autorizado y puesto en conocimiento los procedimientos requeridos ante la IPS CLINICA LA ERMITA.

El informe dado por mi representada, el cual es transcrito en dicho fallo es el siguiente:

INFORME RENDIDO POR EPS SANITAS.

Del informe rendido por la entidad accionada se extracta lo siguiente: "La señora XILENE TABORDA MATOS se encuentra afiliada a esta entidad en calidad de cotizante dependiente de INPEC, cuenta con un ingreso base de cotización de \$1.224.356 pesos y registra a la fecha 275 de semanas de antigüedad al SGSSS, presentando como diagnóstico clínico CHOQUE HIPOVOLEMICO. Es importante resaltar que ha autorizado a la accionante todos los servicios que ha requerido para el manejo de su patología siempre y cuando los mismos han sido ordenados por sus galenos tratantes, en consecuencia no se evidencian servicios negados, rechazados o pendientes (-SOL 87395786 SERVICIO NO POS INTRAHOSPITALARIO ENSURE ADVANCE LIQUIDO 237ML BOTELLA/SONDA,-SOL 87630297 S12103 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO, -SOL87631075 874133 ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CAROTIDAS PANANGIOGRAFIA. Respecto a la autorización de los procedimientos P/ANGIOTAC DE TORAX, la P/PANAGIOGRAFIA y la P/ELECTROENCEFALOGRAMA mediante órdenes de servicios No. 87630297, 87631075 y 000003785 se procedió a la autorización y

se puso en conocimiento a la IPS CLINICA LA ERMITA para su correspondiente trámite. Por lo tanto, se ha configurado el fenómeno de carencia actual de objeto por hecho superado. Respecto a la medida provisional se procedió de manera inmediata a autorizar lo referido en esta, pero al comunicarnos con el padre de la accionante el señor JHON JAIRO TABORDA BENJUMEA informo que el 06 de marzo del presente año la señora XILENE TABORDA MATOS falleció en la MEDICINA INTEGRAL IPS CLINICA LA ERMITA CARTAGENA.

Como prueba de lo anterior apporto todos los antecedentes de la tutela que reposan en los archivos de la compañía.

3. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION INDEMNIZATORIA: EPS SANITAS NO DISPENSO LA ATENCIÓN EN SALUD QUE SE ADUCE FUE LA CAUSANTE DEL DAÑO DEMANDADO.

Sea lo primero reiterar que **EPS SANITAS para el presente caso no prestó directamente servicios de salud a XILENE TABORDA MATOS**, pues su función consistió en garantizar la cobertura económica de los servicios requeridos a través de la contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y de los diferentes profesionales de la salud adscritos a su cuadro médico, que son los verdaderos encargados de prestar la atención a los pacientes.

Pretende la parte demandante que mediante el presente proceso se declare la responsabilidad de EPS SANITAS por la que alega como deficiente asistencia médica en la atención particular que se le otorgó a la paciente XILENE TABORDA MATOS MARIN, entre los días 9 de febrero al 3 de marzo 2018, en las instituciones aquí demandadas.

De tal forma que la defensa se centra en el cumplimiento de las obligaciones de **EPS SANITAS**, a la luz de lo establecido en la ley 100 de 1.993 y demás normas que regulen el SGSSS, **pues mi representada garantizó la cobertura económica de todos los servicios médico – asistenciales incluidos en el PBS y requeridos en la atención a la señora XILENE TABORDA MATOS que fueran informadas a la EPS Sanitas por parte de su red adscrita**, cumpliendo de esta forma con sus funciones legales, y por lo tanto estando ausente de toda responsabilidad, tal como se explicó en la excepción anterior.

Lo anterior, de acuerdo a la naturaleza jurídica de EPS SANITAS y las funciones que esta clase de entidades cumple dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, evidenciándose que el accionante sustenta sus pretensiones indemnizatorias sobre la base del presunto incumplimiento de las obligaciones a cargo de la EPS SANITAS, cuando de conformidad con los hechos de la demanda y los registros de la historia clínica, los presuntos daños y perjuicios materiales, en caso de probarse, no son imputables a mi representada.

De tal forma que las fallas que se alegan en la demanda, las que se alegan haberse presentado en la atención médica de la señora XILENE TABORDA MATOS, no pueden considerarse como constitutivas de responsabilidad en cabeza de mi representada, pues la principal obligación de EPS SANITAS consistió en facilitar el acceso del demandante a los servicios de salud requeridos, que hicieran parte del PBS en una entidad debidamente habilitada por la Secretaría de Salud para prestar el servicio requerido considerando la especialidad y complejidad.

En la práctica el aseguramiento en salud se concreta principalmente en la expedición de las autorizaciones a través de las cuales las EPS asumen la obligación de pagar los valores correspondientes a las prestaciones asistenciales incluidas en el PBS ordenadas a sus afiliados, y consecuentemente, efectuar a sus prestadores adscritos, en este caso IPS CLINICA LA HERMITA, los pagos a que haya lugar una vez los usuarios han recibido los servicios que fueron objeto de autorización.

Pues bien, en este caso resulta claro que EPS SANITAS asumió la cobertura económica de los servicios de salud requeridos por la demandante, por lo que no podría endilgársele a mi poderdante responsabilidad alguna en el presente proceso.

En el mismo sentido, deberá tenerse en cuenta que **EPS SANITAS en el presente caso de la señora XILENA TABORDA MATOS**, no dispensó atención médica directa a ésta, máxime cuando su actividad administrativa y en consecuencia su objeto social (ver certificado de existencia y representación legal que se aporta como prueba) está enfocada a otorgar la autorización de servicios, procedimientos y elementos que se consagran dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS).

De tal forma que el seguimiento a la atención médica particular, los riegos y los resultados generados en la atención de la demandante por sus cirugías estéticas, no son un hecho que tenga relación con EPS SANITAS, sino directamente con los profesionales de la salud del prestador del servicio.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra determinado por la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes que regulan la materia. Dentro del precitado Sistema EPS SANITAS, como particular en el ejercicio de una función pública está supeditada a las actividades, entre otras⁷:

“ARTICULO 2o. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a.) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b.) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema. Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

c.) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d.) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con

⁷ Decreto No. 1485 del 13 de julio de 1.994. “Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las entidades promotoras de salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.”

Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e.) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.

f.) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza”.

El listado de funciones arriba citado corresponde a lo que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se conoce como “Aseguramiento”, actividad diferente a la de la prestación de servicios de salud, la cual corresponde a las Clínicas, Hospitales, ESE, Grupos de Práctica Profesional y profesionales de la salud independientes, (IPS).

Lo que si está probado desde ya es que mi representada **EPS SANITAS no prestó directamente el servicio de salud a la demandante**, y tampoco interactuó clínica, ni médicamente con ésta, máxime cuando efectivamente quien ausculta, valora, atiende y verifica la condición del afiliado en calidad de “paciente” es la IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud), contratada dentro de la red de prestadores adscrita a EPS a la cual se encuentra afiliado el usuario, y que atiende al afiliado con plena autonomía técnica, científica y tecnológica.

La EPS SANITAS nada tuvo que ver frente al manejo médico, hospitalario directo con la demandante XILENE TABORDA MATOS, y como cualquier otra Entidad Promotora de Salud, concretó su objeto a la contratación para la prestación de servicios de salud para sus afiliados, cotizantes y beneficiarios con su red adscrita, que está debidamente habilitada por la autoridad competente.

Su objeto social, es principalmente el de promover la afiliación y registro individual o colectivo al sistema general de seguridad social en salud de los habitantes de Colombia, a través del régimen contributivo, y organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) gestionando, controlando y coordinando tal prestación directamente, o a través de la contratación con instituciones prestadoras de salud y con profesionales de la salud.

De tal forma que requiere probarse que EPS SANITAS fue la entidad que determinó el manejo dado a la demandante, y que el daño supuestamente causado se originó por la no autorización de los servicios asistenciales que se ofrecen dentro del PBS, a cargo de esta Entidad.

4. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE EPS SANITAS – AUSENCIA DE NEXO CAUSAL.

Conforme a lo planteado en las excepciones anteriores, es menester concluir que la responsabilidad civil es la obligación de reparar los daños causados a otro, obligación que surge en la medida en que concurren tres elementos esenciales: la Culpa, el Daño y el Nexo Causal; al punto que si falta uno sólo de ellos, no surge la obligación de reparar.

El sistema jurídico Colombiano ha acogido el régimen subjetivo de responsabilidad, en el cual la simple autoría material del hecho dañino no obliga a indemnizar, sólo se obliga a reparar los daños causados con dolo o culpa, entendiendo ésta última, al decir de los hermanos Mazeaud, como un “error de conducta en el que no habría incurrido una persona media prudente y diligente situada en las mismas circunstancias externas de tiempo modo y lugar en que se encontraba el autor del daño”.

Igualmente, es indispensable que el daño alegado sea efecto o resultado de la conducta del demandado, significa esto que cuando el Juez se pregunte ¿quién fue?, ¿a quién le atribuimos el daño?, el acervo probatorio le permita inferir que el causante fue el demandado.

En el presente caso, no existe el elemento culpa, representado como un incumplimiento contractual, y adicionalmente, encontramos que ningún funcionario de EPS SANITAS participó en el proceso de atención en salud PARTICULAR brindado a la demandante, ninguno dio diagnóstico, órdenes médicas, ninguno tomó decisiones ni instauró tratamientos, en una palabra, ningún funcionario, representante o colaborador de EPS SANITAS participó ni tuvo injerencia en el proceso de atención en salud desarrollado en la IPS demandadas y médicos tratantes, y del cual se queja la parte actora.

Así las cosas, con respecto a mi representada brillan por su ausencia dos de los tres elementos de responsabilidad: la Culpa y el Nexo Causal. Sin ellos, no se puede declarar la responsabilidad civil de mi prohijada.

Tenemos entonces:

- Culpa: No existe, no tuvo inherencia en el tratamiento (cirugías plásticas y atención de riesgos inherentes) hubo cumplimiento contractual por parte de EPS SANITAS, cuando se le requirió e informo sobre la paciente.
- Daño: Fallecimiento.
- Nexo Causal: No existe, porque EPS SANITAS no participó de ninguna manera en el proceso de atención en salud cuestionado.

Conforme a lo anterior, el despacho en su sapiencia entenderá que en este caso no se han configurado dos de los tres elementos que integran la responsabilidad civil: la conducta de mi prohijada fue adecuada y por lo tanto, no culposa, y tampoco tuvo relación alguna con la supuesta causa del daño, razón por la cual no se configura en este caso la pretendida responsabilidad civil.

Por lo anterior se presenta claramente una **inexistencia de la relación causa – efecto entre mi representada EPS SANITAS y el supuesto daño causado a la paciente XILENE TABORDA MATOS.**

Se insiste en que por definición legal, el papel que cumplió EPS SANITAS en relación a la atención de las demandantes entre el día 20 de febrero al 03 de marzo de 2018, se tradujo en autorizar la cobertura económica de todos los servicios incluidos en el PBS requeridos en la atención de la paciente, brindar la cobertura económica, cancelar al prestador todos los servicios brindados por la IPS, garantizar a la parte actora el acceso a una institución hospitalaria debidamente habilitada por las autoridades locales de salud para que recibiera la atención médica pertinente.

De lo anterior, se deduce que EPS SANITAS no participa en la atención ni hospitalaria, ni médica, brindada al demandante, pues se insiste en que las funciones de las EPS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud no corresponden a la prestación de servicios de salud⁸, sino que las mismas se ubican dentro del ámbito de la administración del régimen contributivo bajo el esquema de aseguramiento en virtud del cual los afiliados se benefician de la cobertura de las prestaciones asistenciales que requieran para atender las contingencias que presenten por enfermedad general y maternidad etc..., accediendo a los servicios de salud incluidos en los planes de beneficios a través de la red de prestadores conformada por la EPS a la que se encuentren vinculados.

Partiendo de dicha perspectiva es evidente que en casos como el que nos ocupa, en el que nos encontramos ante una acción derivada de la prestación de unos servicios de salud PARTICULARES, no es EPS SANITAS la entidad llamada a responder por una presunta falla, máxime cuando mi representada le garantizó a la demandante el acceso a los servicios de salud requeridos para el cuidado de su salud. Adicional a lo anterior EPS SANITAS asumió la cobertura económica de los mismos, en la medida en que ello le fue solicitado.

Entonces resulta palpable que no hay nexo causal entre la conducta asumida por EPS SANITAS, y el supuesto daño generado a la demandante (fallecimiento). Se verifica inexistencia de la relación causa - efecto entre los servicios médicos asistenciales autorizados por EPS SANITAS a la señora XILENE TABORDA MATOS.

Con el fin de brindarle mayor claridad al Despacho sobre los reales alcances del ámbito de responsabilidad de las entidades promotoras de salud, a continuación, me permito citar las principales normas que regulan este tema.

Sobre las funciones de las EPS se dispone lo siguiente en la Ley 100 de 1.993:

“Artículo 177. Definición. Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...).”

“Artículo 178. Funciones. Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones:

(...)

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional.

(...)

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

(...)

⁸ Se reitera que esta tarea es cumplida por las instituciones prestadoras de servicios de salud (Clínicas, hospitales, laboratorios clínicos, farmacias, etc.), las empresas sociales del Estado, los grupos de práctica profesional y los profesionales de la salud independientes.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.
(...)

Artículo 180. Requisitos de las entidades promotoras de salud. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como entidades promotoras de salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:
(...)

3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al sistema general de seguridad social en salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios con las cuales atienda a los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la ley.”

De las normas arriba citadas se desprenden las características básicas de un sistema de aseguramiento, entendido éste como el que se encuentra orientado a garantizar el acceso de los afiliados a los servicios de salud por ellos requeridos, los cuales son suministrados por los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la red que haya conformado la EPS de que se trate, y que reciben de ella el pago correspondiente.

En la práctica el aseguramiento en salud se concreta principalmente en la expedición de las autorizaciones a través de las cuales las EPS asumen la obligación de pagar los valores correspondientes a las prestaciones asistenciales incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) ordenadas a sus afiliados, y consecuentemente, efectuar a sus prestadores adscritos los pagos a que haya lugar una vez los usuarios han utilizado los servicios que fueron objeto de autorización.

Pues bien, de conformidad con lo expresado hasta el momento, EPS SANITAS no se encuentra obligada a indemnizar los perjuicios materiales, y morales alegados por el apoderado de la parte actora, debido a que según se desprende del libelo por medio del cual se dio inicio al presente proceso, las presuntas fallas presentadas en la atención de XILENE TABORDA MATOS (QEPD), se derivarían de la práctica de unos actos médicos PARTICULARES concretos en los que mi representada no tuvo ninguna clase de intervención, motivo por el cual me permito solicitar al Juzgado que se sirva despachar desfavorablemente las pretensiones de la demanda.

Es evidente que no hay nexo causal entre los servicios médico asistenciales autorizados por EPS SANITAS, y el supuesto daño causado a la paciente XILENE TABORDA MATOS (QEPD).

Como se ha evidenciado en la presente contestación, EPS SANITAS le autorizó a XILENE TABORDA MATOS (QEPD) todos los servicios médicos requeridos para la atención de su salud, mientras fueron solicitados a través de la Entidad Promotora de Salud que represento.

No resulta procedente vincular a EPS SANITAS en el proceso que se adelanta, pues no se configura ningún elemento de la responsabilidad civil contractual ni extracontractual contra esta Entidad Promotora de Salud.

No se configura ninguna conducta reprochable por parte de EPS SANITAS frente a XILENE TABORDA MATOS (QEPD), toda vez que nos encontramos en un campo en el que no resulta imputable responsabilidad alguna, al haber actuado la Entidad de conformidad con las obligaciones que le impone el sistema General de Seguridad Social en Salud. No hay ninguna conducta que sea imputable a una negligencia por parte de EPS SANITAS, pues, por el contrario, mi representada actuó de manera diligente y ajustada a la normatividad, siempre que fueron requeridos sus servicios.

Prevía realización de la precisión inicial que antecede, y dejando claramente establecido que **EPS SANITAS NO PRESTO, EN EL PRESENTE CASO, DIRECTAMENTE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD A LA DEMANDANTE**, se verifica la inexistencia de nexo causal entre la actuación desplegada por EPS SANITAS y el daño demandado, pues está claro que la asistencia médica fue brindada POR TERCEROS QUE NO TIENE RELACIÓN CONTRACTUAL CON MI REPRESENTADA NI HACEN PARTE DE SU RED ADSCRITA O SIENDO DE SU RED NUNCA INFORMARON SOBRE EL INGRESO DE LA PACIENTE A SUS INSTITUCIONES.

5. AUSENCIA DE CULPA POR PARTE DE E.P.S. SANITAS S.A.

Tratándose de responsabilidad civil médica por la prestación del servicio profesional, la Corte Suprema de Justicia ha venido predicando que ésta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual (*Sentencia Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. José Fernando Ramírez Gómez, 30 de enero de 2001, referencia: expediente No. 5507*).

Es así como la jurisprudencia ha considerado ineludible la calificación de la acción o de la omisión como culpable o negligente. Esta culpa debe ser demostrada por la parte demandante, pues la carga probatoria se encuentra radicada en cabeza de ella.

Con sujeción a lo dispuesto por la Corte Suprema de Justicia, el acto médico comporta una serie de factores endógenos y exógenos que son resueltos de acuerdo con los criterios valorativos del profesional de la medicina, sin que le sea dable a un tercero sin los fundamentos técnicos indispensables para hacer un juicio de valor, refutar la técnica o el procedimiento quirúrgico empleado, partiendo de supuestos que no evidencian una conducta culposa.

Sin lugar a dudas, esta misma demostración de culpa se debe argumentar para vincular a la Entidad Promotora de Salud. La acción culpable de ésta se demostraría acreditando que no emitió las autorizaciones médicas de conformidad con lo señalado en las disposiciones legales que regulan la materia. No obstante, para el caso bajo estudio, es claro que EPS SANITAS emitió las autorizaciones correspondientes con el fin de que la señora XILENE TABORDA MATOS se le brindaran las atenciones médicas, a que hubiere lugar siempre y cuando le fueran requeridas y fueran las que por Ley está obligada a cubrir conforme al Plan de Beneficios en Salud (PBS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Es claro que EPS SANITAS en su calidad de entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliada la señora XILENE TABORDA MATOS, ejecutó las

obligaciones que le impone el sistema de seguridad social en salud, por tal razón no es viable imputarle responsabilidad alguna por conducta de tipo culposo.

6. INDEBIDA Y EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS, OBJECCIÓN JURAMENTO ESTIMATORIO.

Sin que el planteamiento de la presente excepción implique un reconocimiento del supuesto daño causado, propongo la siguiente como excepción subsidiaria para que sea tenida en cuenta en el evento que se acredite que el daño alegado fue ocasionado por una conducta culposa de mi poderdante, situación ésta poco probable a la luz de la situación fáctica y probatoria del proceso.

Todo daño a efectos de ser indemnizado debe ser cierto, esto implica que quien alegué haber sufrido un daño debe demostrar su ocurrencia, y no valerse de suposiciones para solicitarlo.

En el eventual caso que se pudiera probar que EPS SANITAS fue responsable, por una presunta mala atención médica, se deberá considerar la manera como se liquidarán tanto los perjuicios materiales (lucro cesante, daño emergente) como los perjuicios extrapatrimoniales y morales, por cuanto la parte demandante estima la cuantía en un valor aproximado a los **\$1.529.083.067,28** y ni siquiera han probado con la demanda que existe un nexo causal entre el daño y la actuación de EPS SANITAS.

Ante la tasación exagerada del perjuicio, deberá darse plena aplicación al artículo 206 del Código General del Proceso, que indica:

“ARTÍCULO 206. JURAMENTO ESTIMATORIO. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

Formulada la objeción el juez concederá el término de cinco (5) días a la parte que hizo la estimación, para que aporte o solicite las pruebas pertinentes.

Aun cuando no se presente objeción de parte, si el juez advierte que la estimación es notoriamente injusta, ilegal o sospeche que haya fraude, colusión o cualquier otra situación similar, deberá decretar de oficio las pruebas que considere necesarias para tasar el valor pretendido.

<Inciso modificado por el artículo [13](#) de la Ley 1743 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada.

El juez no podrá reconocer suma superior a la indicada en el juramento estimatorio, salvo los perjuicios que se causen con posterioridad a la presentación de la demanda o cuando la parte contraria lo objete. Serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar

o dejar sin efecto la condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento.

El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz.

PARÁGRAFO. <Parágrafo modificado por el artículo [13](#) de la Ley 1743 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> También habrá lugar a la condena a la que se refiere este artículo a favor del Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. En este evento, la sanción equivaldrá al cinco por ciento (5%) del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.

La aplicación de la sanción prevista en el presente parágrafo sólo procederá cuando la causa de la falta de demostración de los perjuicios sea imputable al actuar negligente o temerario de la parte.”

Sobre el punto de las pretensiones declarativas la Doctrina a través del profesor Hernán Fabio López Blanco, ha sostenido:⁹

“Es requisito esencial para poder adelantar un proceso con base en una pretensión declarativa, que exista una relación jurídica incierta que, (...), se origine en una incertidumbre que ha de ser objetiva, “es decir, que no ha de consistir en un estado mental de duda de quién ejerce la acción (...), respecto de la existencia o no existencia de su derecho, sino en el hecho real de no estar definido ese derecho”.

Con relación al LUCRO CESANTE, entendida como la ganancia futura que se dejó de percibir como consecuencia del daño, no existe ningún hecho indicativo de que esa ganancia se habría efectivamente producido en caso de la no existencia de los supuestos daños alegados, por lo que no es una ganancia cierta, sino eventual, hipotética, aleatoria y se debe cuantificar de conformidad con las formulas jurisprudenciales que han tratado temas análogos.

En este sentido, y con relación a la CERTIDUMBRE DEL DAÑO el tratadista Javier Tamayo Jaramillo¹⁰, sostiene que: *“El daño es cierto cuando a los ojos del juez aparece evidencia que la acción lesiva del agente ha producido o producirá una disminución patrimonial o moral en el demandante”.*

“En cambio, el perjuicio es hipotético, y en consecuencia no hay lugar a reparación, cuando la víctima solo tenía una oportunidad remota de obtener un beneficio en caso de que no se hubiera producido la acción dañina. Solo, pues, cuando la demanda no está basada en una simple hipótesis o expectativa, la víctima tendrá derecho a la reparación”.

El mismo autor¹¹ con relación al perjuicio futuro, que para el caso sub – lite es el lucro cesante futuro reclamado por los accionantes, establece que:

“No ocurre lo mismo con el perjuicio futuro, en el que, a causa del alea del espacio, del tiempo y del ámbito fenoménico, la certeza funciona de manera

⁹ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. Procedimiento Civil. Parte General Tomo I. Editores Dupre. IX Edición 2.005. Página 281.

¹⁰ Tratado de Responsabilidad Civil, Tomo II, Edit. Legis, Edición 2007, pág. 339, Javier Tamayo Jaramillo.

¹¹ Ob cit, pág. 340.

relativa y solo la ley de probabilidades permite afirmarlo. Esto es importante si se tiene en cuenta que el daño futuro es indemnizable, en lo cual coincide la mayoría de los autores. En consecuencia, el daño futuro es indemnizable, aunque no haya certeza absoluta de su realización, a condición, desde luego, de que aparezca como virtual y no simplemente como una mera eventualidad".

(Resaltado y negrilla fuera del texto).

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Al respecto, el artículo 206 del Código General del Proceso exige que "*Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. (...).*" (Subrayado y negrilla fuera del texto)

"Razonar", según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, significa "2. *Hablar dando razones para probar algo.*" o "3. *Exponer, aducir las razones o documentos en que se apoyan dictámenes, cuentas, etc.*"

La estimación de los perjuicios materiales presentada por la parte demandante no contiene ninguna razón o explicación y mucho menos se aportaron documentos o pruebas que determinen y evidencien la forma cómo calculó los \$1.529.083.067,28, referenciados en el Juramento estimatorio, pues no hay referencia específica ni justificación que soporte tal estimación pues una simple relación o mención en el acápite de juramento estimatorio no pudo ser base de dicha cuantificación cuando la misma no está debidamente soportada e igualmente no tiene derecho los solicitantes y está mal liquidada y se aparta de la Jurisprudencia Nacional.

Le correspondía a la parte actora, detallar en la estimación del juramento estimatorio la forma o el porqué de dichos perjuicios, presentando un cálculo razonado de los mismos y pruebas contundentes que demuestren dicho daño.

La parte actora presenta unas razones para justificar el Daño Emergente que no son prueba del mismo violando así la razonabilidad exigida y la discriminación de estos. Igualmente, dicho daño emergente no tiene nada que ver con mi representada EPS SANITAS.

Ahora bien, en cuanto a las razones para justificar el **DAÑO EMERGENTE**, estas se tornan improcedentes frente a la EPS Sanitas, pues estos nunca fueron requeridos a la EPS Sanitas y mucho menos negados pues no hay prueba que así lo determine, es más con la presente contestación se aportan las certificaciones de afiliación y cotizaciones al Plan de Beneficios en Salud (PBS) a través de EPS SANITAS, y por tanto el fundamento del daño emergente pasado se queda sin piso. No hay prueba que determine con fidelidad que el demandante haya requerido dichos servicios y no puede decirse que se ha materializado el daño que se solicita y este deba ser indemnizado.

Respecto de los **DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES** su valoración se deja al libre arbitrio del juez.

De otro lado, las sumas definidas como perjuicios morales superan con creces los valores que han sido reconocidos por la Corte Suprema de Justicia para este tipo de perjuicios inmateriales, cuando se ha acreditado que el dolor y la congoja consecuente de un daño ha alcanzado su mayor intensidad.

Lo anterior, sin perjuicio de considerar que para que nazca la obligación de indemnizar a cualquier título (perjuicios materiales y morales), debe primero haberse acreditado la responsabilidad del sujeto al que se le imputa el daño, esto haber establecido la trilogía de la responsabilidad: 1. Hecho dañoso, 2. Nexo causal o relación de causalidad, y 3. El daño causado (actuar negligente, imperito, imprudente, violatorio de reglamentos etc.); Además que el sujeto que reclama la indemnización sea el titular del derecho, y por último probar que su beneficio moral o económico se vio disminuido o desapareció como consecuencia del daño.

7. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA.

Respecto de esta excepción me permito manifestar que a la EPS SANITAS no le asiste responsabilidad solidaria en el presente caso, téngase en cuenta que la atención medica objeto de esta demanda nació de una relación contractual privada (practica de una cirugía estética), entre los doctores ALBERTO MARIO DEL RIO GONZALEZ y GERARDO ALFONSO GUTIERREZ VERGARA y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) CLINICA QUIRURGICA DE MANGA S.A.S, CLINICA BLAS DE LEZO S.A., y PROMOTORA BOCAGRANDE S.A., en la cual la EPS SANITAS no tuvo ningún tipo de inherencia, téngase en cuenta que fue una relación particular asumida por la señora XILENA TABORDA MATOS.

En consecuencia, los doctores ALBERTO MARIO DEL RIO GONZALEZ y GERARDO ALFONSO GUTIERREZ VERGARA y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) CLINICA QUIRURGICA DE MANGA S.A.S, CLINICA BLAS DE LEZO S.A., y PROMOTORA BOCAGRANDE S.A. en virtud de su autonomía, son plenamente responsable por los actos médicos asistenciales que se obligaron a prestar.

En consecuencia, resulta clara la inexistencia de un vínculo entre una eventual responsabilidad y las acciones desplegadas por parte de la EPS SANITAS, pues como se señaló, la responsabilidad por los actos médicos está a cargo de los prestadores antes referenciados.

8. EN EL HIPOTÉTICO CASO QUE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD SOLICITADA EN LA DEMANDA, EL JUEZ DE LA CAUSA DEBE GRADUAR LA CONDENA CONFORME A LA INCIDENCIA CAUSAL DE LOS DEMANDADOS EN LA REALIZACIÓN DEL DAÑO. JURISPRUDENCIALMENTE SE ABRE LA PUERTA A LA GRADUACIÓN DE CULPAS REFLEJADA EN EL MONTO INDEMNIZATORIO DE LA CONDENA.

La jurisprudencia ha venido decantando la posibilidad de que el juez de la causa, al momento de condenar de forma solidaria, establezca la proporción de la condena teniendo como base la incidencia causal de los demandados en la participación del daño, ya que en el remoto caso de probar que los actos médicos suministrados por los doctores ALBERTO MARIO DEL RIO GONZALEZ y GERARDO ALFONSO GUTIERREZ VERGARA y las Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud (IPS) CLINICA QUIRURGICA DE MANGA S.A.S, CLINICA BLAS DE LEZO S.A., y PROMOTORA BOCAGRANDE S.A., fueren contrarios a la lex artis, es necesario tener en cuenta que **EPS SANITAS S.A.S.**, no tuvo participación material en la causación del daño.

Debe el juez de la causa en caso que se encuentren probados los elementos de la responsabilidad, establecer el monto de la condena a partir de la incidencia causal en la participación de quienes se encuentran demandados, permito citar dos jurisprudencias sobre este tema, que establecen la graduación de culpas al momento de establecer el valor a pagar a cargos de los demandados en un proceso de RC MEDICA. Al respecto el Consejo de Estado¹² ha manifestado:

“Los actores solicitaron el reconocimiento de perjuicios morales por el equivalente a 1.000 gramos oro. Para el efecto tendrá en cuenta la Sala que, según la jurisprudencia sentada y reiterada por la Sección, a partir de la sentencia proferida dentro del proceso No. 13.232–15646 de 6 de septiembre del 2001, los perjuicios morales se tasan en salarios mínimos legales y no en gramos oro.

Demostrado está que el Instituto de Seguro Sociales le negó injustificadamente a la señora María Eucaris Moreno Castaño la asistencia médica hospitalaria y el trato digno y humano a que tenía derecho durante toda su enfermedad crónica, severa e incurable, abandonándola en los momentos en que su salud se agravó al punto de sobrevenirle la muerte. Situación ésta que se conoce, conforme a las reglas de la experiencia, que produce indignación, dolor y sentimientos de impotencia y frustración que acongojan al ser humano, razón por la que se les reconocerán perjuicios morales a cada uno de los actores (cónyuge e hijos) por el equivalente cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales, liquidados a la fecha de ejecutoria de la sentencia, que deberá pagar esta entidad demandada.

Igualmente, se estableció que el Hospital de Caldas E.S.E. no prestó oportunamente a la señora María Eucaris Moreno Castaño la atención médica que requería el grave estado en que ingresó al servicio de urgencias. Situación que igualmente acongojó moralmente a los más allegados; empero, tendrá en cuenta la Sala que aunque reprochables ambas conductas, de mayor envergadura y más grande dolor produjo la del Seguro Social, comoquiera que estando hospitalizada la paciente fue dada de alta y retirada del hospital sin consideración alguna, en tanto el hospital de Caldas cuando menos la recibió, aunque no le prodigó la atención oportuna; de suerte que reconocerá a cada uno de los actores, igualmente, por concepto de perjuicios morales, el equivalente veinte (20) salarios mínimos legales mensuales, liquidados a la fecha de ejecutoria de la sentencia, que deberá pagar esta última entidad enjuiciada. (...)

La Jurisdicción civil también ha graduado culpas al momento de declarar la responsabilidad civil en el tema de actos médicos, al respecto la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia¹³, ha expresado:

(...) Así las cosas, y teniendo en cuenta además que el prenombrado médico de turno sabía que en la clínica estaba registrado el teléfono del doctor Echeverri Durán y que éste residía a sólo seis cuadras de dicho

¹² Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. C.P. Stella Conto Díaz del Castillo. Radicación No. 17001-23-31-000-1997-03045-01. Sentencia del 15 de Febrero de 2012.

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Magistrado Ponente. Nicolás Bechara Simacas, Rad. No. 6143-02. Sentencia del 27 de septiembre de 2002

establecimiento, es evidente que su actuación se torna mayormente reprobable, pues, pudiéndolo hacer desde cuando examinó al paciente, no consultó con el citado cirujano la prescripción que hizo al paciente de la ampolleta de "valium" que le diagnosticó y, en general, las condiciones en que lo encontró, las cuales, reitérase, no eran las normales en este tipo de postoperatorios; ni dispuso el traslado del intervenido a la unidad de cuidados intensivos o solicitó al médico tratante que impartiera tal orden; ni informó a las enfermeras sobre las reales condiciones en que se encontraba Molina Rendón y, mucho menos, las instruyó sobre la necesidad de extremar los controles y cuidados que debían tener para con él. Súmase la actitud omisiva que igualmente asumió el médico de la clínica cuando fue llamado por segunda vez, siendo informado que el paciente se apreciaba nuevamente alterado, ya que en ese momento, ante el aviso de una nueva complicación, debió proceder a cortar el alambrado que sellaba su boca, o a ordenarle a las enfermeras que lo hicieran o, lo menos, a contactar a Echeverri Durán para pedirle autorización para ello, o para que éste diera tal orden, o instrucciones específicas de como manejar la situación, nada de lo cual hizo.

5.- Siendo esa la conclusión de la Corte sobre el nexo de causalidad entre la conducta desplegada por los demandados y el daño cuya reparación aquí se persigue, queda desvirtuada la porcentualización que el a quo hizo del grado de responsabilidad de los dos médicos que conforman el extremo pasivo del proceso, pues en concepto de la Sala lo pertinente era asignar el 60% de ella al doctor Uribe Arcila y el 30% al doctor Echeverri Durán, manteniéndose sin modificaciones el 5% imputado a cada una de las enfermeras.

Esta apreciación tendrá como único efecto, que deba rebajarse la condena impuesta al prenombrado médico cirujano al 30% de la indemnización total establecida por el Juzgado del conocimiento, sin que, aparejadamente, pueda reajustarse el porcentaje fijado al médico Juan Fernando Uribe Acosta, pues ello implicaría hacer más gravosa la situación de éste y la de la "Comunidad Hermanas Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen de Tour Providencia de Medellín", ambos apelantes del fallo del a quo, cuando, como se sabe, la alzada que la actora introdujo contra dicho proveído, no puede ser aquí considerada (art. 357 C. de P.C.) (...)"

En este orden de ideas, sí se llega a declarar la responsabilidad solidaria la cual fue reclamada en la demanda, en voces de las jurisprudencias antes citadas, debe el juez de la causa, establecer el monto de la condena (en caso de que se pruebe la responsabilidad reclamada) con base en la incidencia causal de los demandados en el servicio de salud que se cuestionan en la demanda, por tanto debe graduarse la culpa de los sujetos demandados en el actuar médico causante del daño, por lo que la condena que se llegue a imponer en contra **EPS SANITAS S.A.S., aun siendo solidaria** no puede ser igual a la que se imponga a los codemandados, en la medida que los actos médicos que se cuestiona fueron ejecutado con plena autonomía delos doctores ALBERTO MARIO DEL RIO GONZALEZ y GERARDO ALFONSO GUTIERREZ VERGARA y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) CLINICA QUIRURGICA DE MANGA S.A.S, CLINICA BLAS DE LEZO S.A., y PROMOTORA BOCAGRANDE S.A. y los médicos de dicha institución, por lo que se solicita respetuosamente:

Graduar la culpa que se llegare a probar en el proceso, atendiendo la incidencia causal de la misma en los hechos y pretensiones de la demanda, graduando así mismo la condena que se pueda llegar a imponer en contra de **EPS SANITAS**, de forma solidaria, es decir, aunque la condena sea solidaria puede el juez establecer internamente los porcentajes de participación en el daño para que el

que pague el condenado de forma solidaria pague en su totalidad la sentencia pueda repetir internamente contra los otros codeudores solidarios en un porcentaje que represente su participación en la causación del daño objeto de la demanda.

Por lo anterior elevo la presente:

SOLICITUD

1. Se absuelva a **EPS SANITAS S.A.S.**, de cada una de las pretensiones de la demanda.
2. Se declare a **EPS SANITAS S.A.S.**, exenta de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa de los supuestos perjuicios generados en las atenciones médicas prestadas a la señora XILENE TABORDA MATOS.
3. Se condene en costas y agencias en derecho a los actores de la demanda.
4. En la medida que no se acceda a las solicitudes antes expuestas, y se condena en solidaridad a **EPS SANITAS S.A.S.**, y a los codemandados solicito se realice una graduación de culpas partiendo de la incidencia de cada uno de los actores en el hecho generador del daño, de tal forma que en caso de que cualquiera de los condenados solidarios paguen la totalidad de la sentencia, este pueda internamente solicitar al resto de los deudores en una proporción del monto a pagar de acuerdo a su incidencia en el hecho generador del daño.

9. EXCEPCIÓN GENÉRICA.

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual deberán declararse probadas las excepciones que no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

VI. PETICIONES INDIVIDUALIZADAS DE LOS MEDIOS DE PRUEBA. -

Me permito aportar y solicitar las siguientes pruebas:

1. DOCUMENTALES:

- 1.1. Certificado de existencia y Representación Legal de **EPS SANITAS S.A.S.** expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
- 1.2. Original de la certificación expedida en la que se certifica la fecha de afiliación a **E.P.S SANITAS**, el tipo de afiliación.
- 1.3. Listado de utilización de servicios y autorización de servicios médicos otorgados oportunamente a la afiliada XILENE TABORDA MATOS.
- 1.4. Antecedente fallo de tutela Juzgado 9 Civil Municipal de Cartagena Rad. 130014003009201813637076.
- 1.5. Historia Clínica de: MEDICINA INTEGRAL IPS S.A. –CLINICA LA ERMITA- autorizaciones y exámenes TAC Y PAN ANGIOGRAFIA. (4 ARCHIVOS)

2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito al Señor Juez se sirva fijar fecha y hora para la práctica del interrogatorio de parte, a los demandantes JHON JAIRO TABORDA BENJUMEA, VILMA MATOS RODRIGUEZ, CHELSSSY LUCIANA ESTRADA TABORDA, ARNOL ALMEIDA RODRIGUEZ, GELBER OLIVO MATOS, MARLUCY OLIVO MATOS, XIOMARA OROZCO MATOS, ELIECER OLIVO MATOS, DARIOS ANTONIO OLIVO MATOS, YEISON TABORDA MATOS y ALEIDA ALMEIDA RODRIGUEZ, para que absuelvan el cuestionario que entregaré en sobre cerrado antes de la diligencia, reservándome el derecho de formularlo verbalmente en la audiencia. Los demandantes se podrán ubicar por medio de su apoderado o en la dirección que para efectos de notificación se incluye en la demanda.

3. TESTIMONIALES:

Con el fin de aclarar y dar las explicaciones pertinentes sobre los hechos, contestación a los hechos y excepciones propuestas además de la auditoria efectuada al caso de la señora Xilene Taborda Matos, en cuanto a las atención en salud de que fue objeto entre los día 09/02/2018 al 03/03/2018 y sobre las obligaciones y el actuar de la EPS SANITAS desde el punto de vista administrativo y operativo en cuanto a su obligación de aseguramiento de los servicios en salud y atención médica brindada a la paciente, solicito al Señor Juez que señale fecha y hora para la recepción de los TESTIMONIO de los siguientes profesionales, con el fin de que expliquen al despacho lo que les consta con respecto a los hechos que originan este proceso, especialmente lo relacionado con la atención medica brindada y que es objeto de reparo.

- 3.1. Se reciba el testimonio de la Doctora CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ VALENCIA, Medica Auditora de la EPS Sanitas S.A.S., quien auditó el caso de la demandante JENNY MORALES DE ROJAS, quien podrá ser ubicada en el correo electrónico: claudipgonzalez@epssanitas.com o por intermedio del presente apoderado, para que indique al Despacho lo que le conste respecto de la atención medica dispensada tal como se indicó anteriormente.

EN CUANTO A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y SOLICITADAS EN LA DEMANDA:

Frente a las pruebas documentales me permito manifestar en su orden de descripción que:

1. No me opongo en su orden a las **documentales** aportadas de los numerales 1 al 27. Teniendo en cuenta que dichas pruebas no están soportadas y no provienen de mi representada por lo que se deberá probar objeto, procedencia de las mismas por lo que solicito, señor Juez, darles el valor probatorio que corresponda conforme a la Ley. Igualmente me permito manifestar que no serán reconocidas las pruebas documentales que no provengan de mi representada y que no sean auténticas o debidamente reconocidas por la entidad competente o por mi representada, lo anterior teniendo en cuenta que estas provienen de terceros.
2. Respecto a la prueba 1.2. **Dictamen Pericial** de fecha 17 de enero de 2022, rendido por la Universidad Cendes, respetuosamente solicito las COMPARECENCIA DE PERITOS ARTICULO 228 CGP. Dra. SOFIA

GONZALEZ BORRERO. Con el objeto de realizar la contradicción, a los dictámenes presentados con la demanda, al tenor del artículo 228 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito al despacho citar a los profesionales que rindieron el dictamen para ser interrogados bajo juramento sobre su idoneidad, imparcialidad y sobre el contenido de cada dictamen suscrito por estos.

3. No me opongo a la prueba de **declaración de parte** del punto 1.3.
4. Frente a las pruebas **TESTIMONIALES** relacionadas en el respectivo acápite, me permito manifestar que **ME OPONGO** a la solicitud de dichos testimonios en la medida que:

El artículo 212 del Código General del Proceso indica la forma en que debe solicitarse la prueba testimonial:

“Artículo 212. Petición de la prueba y limitación de testimonios. Cuando se pidan testimonios deberá expresarse el nombre, domicilio, residencia o lugar donde pueden ser citados los testigos, y enunciarse concretamente los hechos objeto de la prueba. (...)”

A su turno, el artículo 213 del mismo código señala que si la petición reúne dichos requisitos, el juez ordenará que se practique el testimonio en la audiencia correspondiente.

De las normas antes mencionadas, se desprende que cuando se pretenda la declaración de un tercero, la solicitud deberá contener 1) el nombre del testigo a citar y 2) su domicilio, residencia o lugar donde puede ser citado y 3) deberá expresarse de manera breve el motivo por el que se le cita. El incumplimiento de cualquiera de estos requerimientos conlleva la denegatoria de la prueba. Aunado a lo anterior, se requiere que el testimonio se pida en tiempo, esto es, dentro de las respectivas oportunidades probatorias.

5. No me opongo a las documentales de oficio solicitadas en el numeral 1.5.

VII. ANEXOS. -

Me permito anexar a la presente contestación de demanda, los siguientes documentos:

- 7.1. Los anunciados en el acápite de las pruebas documentales, y las que obran en el proceso.
- 7.2. Poder para actuar y correo electrónico de otorgamiento Dto. 806 de 2020.
- 7.3. Certificado de existencia y representación legal de **E.P.S. SANITAS S.A.S.**

VIII. NOTIFICACIONES. -

Recibiré notificaciones en el domicilio de mí representada, ubicado en la Calle 100 No. 11B-67, Piso 3º, de Bogotá. Correo electrónico: fjaramil@keralty.com celular 3108837551



Igualmente, manifiesto que mi representada, **E.P.S. SANITAS S.A.S** las recibirá en la Calle 100 No. 11B-95, Piso 5º, de Bogotá. Correo electrónico notificajudiciales@keralty.com

E igualmente recibiré junto con mi Representada, notificaciones e información en el correo electrónico: fjaramil@keralty.com

Del señor Juez, respetuosamente,

MAURICIO FERNANDO JARAMILLO PINZÓN,
C.C. No. 79.392.173 de Bogotá.
T. P. No. 92.885 del C.S. de la J.