

Señores.

**TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA – SALA CIVIL**

Atn. M.P Carlos Giovanni Ulloa Ulloa

[seccivilbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:seccivilbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E.S.D.

**REFERENCIA:** VERBAL  
**RADICADO:** 680013103006-**2021-00234**-02  
**DEMANDANTE:** MARLON LOPEZ LOZANO y OTROS  
**DEMANDADO:** CLINICA CHICAMOCHA y OTROS

**ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN SEGUNDA INSTANCIA.**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, actuando en calidad de apoderado especial de la **COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.** identificada con el NIT 860.070.374-9, de conformidad al poder que se anexa al presente correo, por medio del presente escrito me permito presentar **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA**, con el fin de replicar la sustentación del recurso de apelación del extremo demandante, solicitando desde ya que se confirme en su integridad la sentencia proferida por el Juzgado Sexto (06) Civil del Circuito de Bucaramanga, mediante providencia dictada en audiencia del doce (12) de marzo de dos mil veinticinco (2025), toda vez que quedó demostrada la inexistencia de nexos causal, toda vez que a la víctima se le prestó el servicio de salud de manera oportuna e integral. Lo anterior de conformidad a los siguientes:

**CONSIDERACIÓN PRELIMINAR.**

Debe indicarse, que en el presente asunto el Honorable Tribunal, deberá confirmar la sentencia emitida en audiencia del doce (12) de marzo de dos mil veinticinco (2025), por el Juzgado Sexto (6) Civil del Circuito de Bucaramanga, por cuanto la misma, fue fruto de una valoración armónica y en conjunto de la totalidad de pruebas allegadas al proceso (Documentales, interrogatorios de parte, testimoniales, periciales entre otras), siguiendo estrictamente, lo establecido en las normas, con apego a los precedentes jurisprudenciales que son aplicables en esta clase de asuntos que lo llevaron a concluir, que en el presente caso, no existe un juicio de responsabilidad endilgible a la parte pasiva, teniendo en cuenta que la víctima

falleció debido a una insuficiencia respiratoria, como producto de un riesgo inherente a una transfusión de plasma, la cual fue debidamente informada y practicada según lo prevé la lex artis, por lo que no se estructura por sí mismo el dolo y la culpa médica, derivando en la existencia de un nexo causal requerido para atribuir algún juicio de responsabilidad.

**ARGUMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO PARA QUE EL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO  
JUDICIAL DE BUCARAMANGA – SALA CIVIL CONFIRME LA SENTENCIA DE PRIMERA  
INSTANCIA DEL (12) DE MARZO DE DOS MIL VEINTICINCO (2025).**

**1. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA PRESTACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA, CUIDADOSA Y DE LA DRA. KAREN MELISSA PARADA REY**

En el caso que nos atañe y del transcurrir probatorio se acreditó que no existe falla médica que se pueda imputar a la DRA. KAREN MELISSA PARADA REY y a los demás codemandados, por la atención médica prestada a la paciente, dado que el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde su ingreso a las instalaciones de la clínica. En especial lo que tiene que ver con la atención llevada a cabo por la Dra. KAREN MELISSA PARADA REY. Desde el momento de su llegada, la paciente fue valorado oportunamente. En las primeras atenciones brindadas a Shirley Johana Camargo (q.e.p.d.), se realizó una valoración médica detallada basada en su cuadro inicial, que incluía dolor abdominal. Las decisiones médicas se tomaron bajo un criterio ex ante, considerando la información disponible al momento de la atención, y no desde una perspectiva es post.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el

curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacerse saber cuál es la responsabilidad médica”.<sup>1</sup> - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).*

Así mismo, la Corte Suprema de Justicia en fallo reciente se pronunció de la siguiente forma:

*“(…) **El médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo**; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”.<sup>2</sup> - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).*

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, la Corte Suprema de Justicia<sup>3</sup> ha sido claro en establecer:

*“De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, lo cual ocurre con intervenciones*

<sup>1</sup> Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016.

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia Sentencia SC7110-2017 M.P: Luis Armando Tolosa Villabona

estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguo, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá la prestación prometida. **Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos** que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de las mismas o las condiciones propias del afectado, entre otros.

(...)

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

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

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

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de las instituciones médicas. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es (i) La falla, (ii) El daño antijurídico y (iii) El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar el error médico y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la atención médica brindada por las IPS que atendieron a la señora Adriana Maria Galindo Araque se sujetó a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud.

Visto lo anterior, para exponer de forma idónea las actuaciones de las entidades que prestaron el servicio de salud y que demuestran que actuaron con la debida diligencia y cuidado durante la atención médica prestada a la señora Shirley Johana Camargo (q.e.p.d.),. Es menester comenzar señalando que no es cierto que no se le haya dado la atención idónea a la paciente o que incluso exista un error médico dentro de las actuaciones de los galenos. Lo anterior, se desvirtúa con la mera lectura de la historia clínica, en la que se puede apreciar que en todas las atenciones médicas se ciñeron a la sintomatología presentada por la paciente y que, por ello, las entidades demandadas una atención apegada a la *lex artis*,

El análisis de la atención médica brindada a la señora Shirley Johana Camargo (q.e.p.d.), evidencia la ausencia de mala praxis médica y resalta la adecuada prestación del servicio de salud en cada una de las instituciones que intervinieron. Desde el ingreso inicial a urgencias el 27 de agosto de 2017 hasta las valoraciones subsiguientes, los facultativos actuaron conforme a la *lex artis*, sustentando sus diagnósticos en la presentación clínica de la paciente y los hallazgos durante la exploración física.

En conclusión, del estudio de la historia clínica obrante en el proceso se evidencia claramente que las entidades demandadas obraron con la debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención en salud prestada a la paciente Shirley Johana Camargo (q.e.p.d.), puesto que se encuentra totalmente probado que los galenos tratantes desplegaron conductas tendientes a darle manejo adecuado al cuadro clínico de la paciente. La atención, incluso por la llamante en garantía fue adecuada y conforme a los estándares médicos, considerando que en todas las valoraciones clínicas iniciales los síntomas presentados no eran compatibles con un cuadro de apendicitis aguda, mucho menos gangrenosa, sino con patologías de origen viral como la gastroenteritis. No se evidencia ninguna falla en el servicio de salud que pueda atribuirse a una falta de diligencia o pericia médica. Lo que desacredita en toda medida las

alegaciones de los Demandantes frente a una supuesta responsabilidad por parte de la demandada. Luego, la sentencia de primera instancia debe confirmarse en su integridad.

**2. EN CONSECUENCIA DE LO ANTERIOR, SE ACREDITÓ LA INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA, POR CUANTO NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICAS NO. RM008331**

Teniendo en cuenta el fundamento desarrollado en punto anterior, es preciso advertir que **COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A** se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a la Dra. Karen Melissa Parada cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que, de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de Dra. Karen Melissa Parada. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se explica que al suscribir el contrato asegurativo respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, y que pido al Despacho tener en cuenta en este proceso.

De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.**

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)”<sup>4</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Medica RM08331 es amparar la responsabilidad civil imputable a la asegurada como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:

Gastos Judiciales - Vigencia	04-04-2017	04-04-2018	0.00	100,000,000.00	70,000.00	10.00	2,000,000.00
Gastos Judiciales - Evento	04-04-2017	04-04-2018	0.00	50,000,000.00	0.00	10.00	2,000,000.00
<b>OBJETO DEL SEGURO:</b> <b>INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES ATRIBUIBLES A KAREN MELISSA PARADA REY COMO CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA DURANTE LAS ACTIVIDADES MÉDICAS COMO MEDICO GENERAL.</b>							

En tal virtud, **COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.** se comprometió a amparar la

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

responsabilidad civil atribuible a PARADA REY KAREN MELISSA. cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos ni jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de **KAREN MELISSA PARADA REY**. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el proceso que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos ni jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de **KAREN MELISSA PARADA REY**. Como quiera que, para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico, la cual no está demostrada en este caso por cuanto que, por el contrario, se encuentra probado que, desde la primera valoración de la paciente, fue atendida de forma oportuna e idónea, en apego a la lex artis.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de **KAREN MELISSA PARADA REY**. Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los tres elementos fundamentales para estructurar la responsabilidad médica: falla médica, el daño y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza de la **KAREN MELISSA PARADA REY**. asegurada. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohiljada, como quiera que el riesgo asegurado no se ha realizado.

### **3. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICAS NO. RM008331**

En materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo

opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro No. RM008331, en sus Condiciones Generales señala una serie de exclusiones, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada.

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que, si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones que constan en las condiciones generales, la póliza no podrá ser afectada, en tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza No. RM008331, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza RM008331, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

#### **4. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.**

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es,

que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al riesgo asumido. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

*“Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la tolerancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.”<sup>5</sup>*

Se puede concluir entonces que el Contrato de Seguro tiene un carácter meramente indemnizatorio y por tal motivo, tiene como finalidad llevar a la víctima al estado anterior, más no enriquecerla. Es por ello que, aterrizando al caso en cuestión, no es de recibo indemnizar el daño tal y como fue pretendido por la parte Demandante, más aún, teniendo en cuenta las tasaciones exorbitantes de sus perjuicios no probados. En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

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

Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización, es decir no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Conforme a ello, en caso de pagarse suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065

de una responsabilidad patrimonial del Asegurado y eventualmente enriqueciendo a los accionantes.

No puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo tiene a un carácter meramente indemnizatorio. Así las cosas, de efectuar cualquier pago por concepto perjuicios a la parte demandante, pese a que no están acreditados y desconocen los baremos que ha establecido la Corte Suprema, indiscutiblemente transgrediría el principio indemnizatorio que rige en los contratos de seguro.

Por todo lo anterior y teniendo en cuenta que dentro del plenario no se demostraron los perjuicios solicitados en el p tium de la demanda, su reconocimiento claramente vulneraría el principio indemnizatorio. Lo anterior, por cuanto la indemnización por perjuicios morales solicitados, desconoce los varemos que ha establecido la Corte, por lo que se denota su excesiva tasación y en lo relativo a los perjuicios patrimoniales, no existe prueba de certeza que permita su causación. En consecuencia, reconocer los perjuicios tal y como fueron solicitados, transgrediría el carácter meramente indemnizatorio que reviste a los contratos de seguro.

#### **5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO POR EVENTO Y POR VIGENCIA**

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza No. RM008331 que hoy nos ocupa s  presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, s  ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de La Compa a Aseguradora de Fianzas S.A. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

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

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

*“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”<sup>6</sup> (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual indicado en la carátula de la Póliza, así:

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES M	04-04-2017	04-04-2018	0.00	500,000,000.00	350,000.00	10.00	10,000,000.00

<sup>6</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001 Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis La Compañía Aseguradora de Fianzas S.A., no puede ser condenada por un mayor valor que el expresamente establecido en la Póliza. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

## **6. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE PACTADO**

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro, que corresponde al 10% de la pérdida con un mínimo de \$10.000.000.

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

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

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible,*

*condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”<sup>7</sup>. (Subrayado y negrilla fuera de texto original).*

Así mismo, el artículo 1103 del Código de Comercio establece:

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

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 10% de la pérdida con un mínimo de \$10.000.000.

**7. EN EL PRESENTE CASO NO SE PRESENTA LA VULNERACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES Y CONSTITUCIONALES AL DEBIDO PROCESO, SEGURIDAD JURÍDICA Y ACCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA.**

Así las cosas, observa el suscrito que, dentro del presente asunto no se configura vulneración alguna de derechos fundamentales y constitucionales al debido proceso, seguridad jurídica y acceso a la administración de justicia, a la parte demandante, teniendo en cuenta que el juez de instancia dio cabal cumplimiento a las normas aplicables al presente asunto, sin que se hubiere cercenado en ningún momento el derecho constitucional al debido proceso. Por lo cual la afirmación realizada por el apoderado del extremo demandante carece de soporte fáctico y probatorio, teniendo en cuenta que el despacho en la parte motiva de la sentencia realizó una valoración armónica y en conjunto de las pruebas allegadas al proceso por cada una de las partes, indicando el valor demostrativo que les asistía a cada una, por lo que el Honorable Tribunal, deberá abstenerse de acceder a lo pretendido por el recurrente, reiterando que la

<sup>7</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE

sentencia de instancia es acorde a derecho al ser proferida siguiendo los lineamientos que para tal fin ha establecido el artículo 280 del código general del proceso.

## **II. OPOSICIÓN A LOS REPAROS Y SU SUSTENTACIÓN PRESENTADOS POR LA PARTE DEMANDANTE**

- **EN CUALQUIER CASO, LOS REPAROS FORMULADOS CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA RESULTAN INFUNDADOS.**

La parte demandante, en el escrito de sustentación del recurso de apelación formulado en contra de la sentencia de primera instancia, refiere que el despacho de conocimiento no realizó una valoración probatoria de manera integral a las pruebas aportadas con la demanda.

Frente a tal aspecto, debe indicarse que la parte demandante refiere en el escrito de sustentación al recurso, que el a quo (i) no realizó una debida valoración de la historia clínica, debido a que el diagnostico establecido a la paciente fue incorrecto, manifestando a su vez que dicho documento presenta una serie de insistencias, por cuanto no hay se registran atenciones prestadas a la paciente en horarios distintos a los cuales se prestaron, (ii) Que hubo una deficiencia en la prestación del servicio, por cuanto se prestó de manera tardía al momento de activar el protocolo de reanimación y (iii) que el nexo causal obedece al abandono post transfusión y sedación.

En consecuencia, debo indicar que dichos reparos son completamente infundados, ya que como se puede apreciar en la video grabación de la audiencia del pasado 12 de marzo de 2025, se puede evidenciar que el juzgador realizó un análisis minucioso y en conjunto de la totalidad de las pruebas allegadas al proceso.

Recordemos que el legislador, ha establecido de forma precisa cual es el contenido que deberá llevar consigo la sentencia, así pues, en el artículo 280 del Código general del proceso, se estableció lo siguiente.

*“Artículo 280. Contenido de la sentencia*

*La motivación de la sentencia **deberá limitarse al examen crítico de las pruebas con explicación razonada de las conclusiones sobre ellas, y a los razonamientos constitucionales, legales, de equidad y doctrinarios estrictamente necesarios para fundamentar las conclusiones**, exponiéndolos con brevedad y precisión, con indicación*

de las disposiciones aplicadas. **El juez siempre deberá calificar la conducta procesal de las partes y, de ser el caso, deducir indicios de ella.**

*La parte resolutive se proferirá bajo la fórmula “administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley”; deberá contener decisión expresa y clara sobre cada una de las pretensiones de la demanda, las excepciones, cuando proceda resolver sobre ellas, las costas y perjuicios a cargo de las partes y sus apoderados, y demás asuntos que corresponda decidir con arreglo a lo dispuesto en este código.*

*Cuando la sentencia sea escrita, deberá hacerse una síntesis de la demanda y su contestación.”*

Así las cosas, puede denotarse como el despacho de manera introductoria, realiza un breve análisis sobre las obligaciones que en este caso le asisten al personal médico, indicando que pese a que la obligación es de medio y no de resultado, dichos funcionarios están obligados a dar aplicación a la *lex artis*, en tanto deben poner todo su conocimiento, aplicando tratamientos y procedimientos aceptados científicamente y que son idóneos para el paciente según su patología, dando aplicación a lo establecido en los artículos 15 y 16 de la ley 23 de 1981, los cuales hacen referencia a lo siguiente:

*“ARTÍCULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.”*

*“ARTÍCULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.*

*El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.”*

Visto lo anterior y descendiendo al caso objeto de estudio, podemos evidenciar, que dentro del plenario se observa que, en efecto, el personal medico que trató a la víctima, dio cabal cumplimiento a la norma antes

descritas, toda vez que, si se suscribió un consentimiento informado para realizar el procedimiento de transfusión a la señora Shirley Johana, en virtud del diagnóstico que le había sido aplicado, circunstancia que además quedó demostrada con la declaración del médico Juan Pablo López, quien fue el encargado de realizar la verificación de los antecedentes de la paciente y encargado de dar el visto bueno de tal procedimiento.

Aunado a ello, cabe mencionar que, el diagnóstico que se le dio a la señora Shirley Johanna, fue acorde a los procedimientos científicamente aceptados y con la información que además fue suministrada por la propia paciente, lo cual lleva al suscrito a colegir que, el diagnóstico fue correctamente establecido, sin que dentro del plenario la parte demandante haya aportado prueba alguna que permita inferir una situación distinta, en virtud de la carga de la prueba que impone el artículo 167 del código general del proceso.

Así mismo, debe recordarse que según la prueba documental obrante dentro del expediente, se logró acreditar que el fallecimiento de la víctima, se produjo como consecuencia de una insuficiencia respiratoria, como producto de una reacción adversa a la transfusión, que se reitera que había sido previamente expuesta al paciente, por lo que de ninguna manera se puede aceptar la teoría del demandante, quien alude sin soporte científico que el deceso de la señora Shirley Johana se produjo, a otras causas como lo es la falla cardíaca como consecuencia de un mal diagnóstico, por ende la sentencia es adecuada a indicar que no existe un nexo de causalidad que permita endilgar algún grado de responsabilidad a la parte demandada.

Adicionalmente en lo que se refiere a los supuestos errores o anomalías en el diligenciamiento de la historia clínica, es de recordar que, el despacho de instancia indicó que, es posible que por ejemplo la hora de registro de la atención al paciente sea posterior al momento en el cual se le brindó la atención teniendo en cuenta que prima la atención al usuario que el diligenciamiento de notas médicas en virtud de lo establecido en la *lex artis*.

Por lo anterior, se puede colegir que, los reparos extraídos de la historia clínica carecen de fundamento, teniendo en cuenta que la misma fue valorada de forma integral con las demás pruebas aportadas al proceso, por lo que de ninguna manera le asiste razón al recurrente al indicar que no se realizó una debida valoración probatoria, puesto que el despacho si realizó dicha actividad de manera notoria en virtud de las obligaciones que la ley le impone a fin de satisfacer el criterio de necesidad para emitir el correspondiente fallo.

Por otro lado, en lo que respecta a la supuesta deficiencia en la prestación del servicio de salud, el despacho de instancia, realizó un análisis de las circunstancias en las cuales se brindó la atención médica, donde determino que según la historia clínica el personal medico brindo a la paciente un servicio de salud idóneo de conformidad a lo allí plasmado, como quiera que se evidencia un constante cuidado y verificación del estado de salud de la paciente, contrario a lo manifestado por el extremo actor donde indicó un supuesto abandono a la hora de realizar la activación del protocolo de reanimación, sin que dentro del expediente obre prueba de su dicho.

En consonancia con lo anterior, lo que si quedó demostrado dentro del expediente fue que: (i) la paciente presentó una reacción adversa a la transfusión de sangra como lo fue la insuficiencia respiratoria, que se itera era un riesgo inherente al procedimiento, el cual fue conocido y debidamente informado, antes de la realización del mismo, razón por la cual no se le puede atribuir ningún juicio de responsabilidad a la parte pasiva, desvirtuando así el nexo de causalidad entre el servicio prestado por la clínica a través de su personal médico, y el lamentable fallecimiento de la señora Shirley Johanna.

Además, dista de la realidad el argumento del recurrente en donde indica que se presentó un abandono de la paciente post transfusión y sedación, ya que como bien lo expuso el despacho, la paciente estaba siendo atendida de manera diligente y oportuna por el personal medico de la clínica, a tal punto que la misma se encontraba a solo unos metros de lo que se denominó estación de enfermería. Aunado a ello, el reparo del recurrente frente a tal aspecto carece de soporte factico y jurídico.

Así las cosas, se puede concluir que:

1. Pese a que la obligación del medico es de medio y no de resultado, dicho personal está obligado a dar aplicación a la *lex artis*, en tanto deben poner todo su conocimiento en procura de la recuperación del paciente, aplicando tratamientos y procedimientos aceptados científicamente y que son idóneos para el paciente según su patología, dando aplicación a lo establecido en los artículos 15 y 16 de la ley 23 de 1981, circunstancia que para el presente caso quedó demostrada de acuerdo a los dictámenes periciales allegados al proceso, los cuales dan cuanta de una correcta atención de la paciente, junto con las declaraciones de carácter técnico que se expusieron en audiencia.
2. Existen diferentes factores que pueden incidir en la recuperación del paciente, como lo es la edad, enfermedad, reacción a medicamentos, que trayéndolo al presente caso, la victima era paciente

con cáncer, toda vez que se acreditó que para la fecha de su fallecimiento se encontraba aun en el desarrollo de radiologías, como consecuencia de su enfermedad, lo cual pudo incidir en el proceso de recuperación.

3. Dentro del expediente quedó demostrado que la EPS, cumplió a cabalidad con las obligaciones a su cargo, por cuanto puso a disposición de la paciente, una IPS con el personal idóneo para la atención medica que le fue brindada sin ninguna dilación e interferencia.
4. La historia clínica de la paciente refleja la adecuada atención que se le brindó, sin que la parte demandante hubiese aportado una prueba tendiente a demostrar lo contrario.
5. La señora Shirley Johana falleció, como consecuencia de una insuficiencia respiratoria, siendo este uno de los riesgos del procedimiento que previamente habían sido informado.
6. No existe prueba que acredite que el fallecimiento de la víctima se produjo por una causa diferente a la descrita en el anterior numeral.
7. No se configura la vulneración de los derechos fundamentales alegados por el recurrente, toda vez que la sentencia de instancia proferida por el a quo se ajusta o lo establecido en el artículo 280 del código general del proceso.
8. Los reparos presentados por el recurrente carecen de sustento probatorio en los términos del artículo 167 del código general del proceso.

Por lo anterior, se puede concluir entonces que, en el presente asunto no es posible atribuir responsabilidad civil, ya sea de índole contractual o extracontractual, teniendo en cuenta que, se denota la ausencia de uno de los elementos esenciales para su atribución como lo es el nexo de causalidad, toda vez que como se expuso a lo largo del presente escrito, a la señora Shirley Johana se le brindó la atención medica requerida, siendo esta de oportuna y de calidad, según el diagnostico que le fue establecido, tal y como se puede evidenciar de la historia clínica y de las demás pruebas allegadas al proceso.

Por otro lado, los argumentos expuestos por el recurrente carecen de soporte probatorio, por lo que el Honorable Tribunal, deberá confirmar en todas sus partes la sentencia de instancia, toda vez que la parte incumplió la carga que el legislador estableció en el artículo 167 del Código General del Proceso, en lo relativo a probar su dicho.

Por lo anterior, me permito peticionar lo siguiente:

### III. PETICIONES

**PRIMERA:** Solicito al Tribunal Superior de Bucaramanga **CONFIRMAR** íntegramente en todos sus apartes la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Sexto (06) Civil del Circuito de Bucaramanga, mediante providencia dictada en audiencia del doce (12) de marzo de dos mil veinticinco (2025), en la cual el despacho resolvió declarar probadas las excepciones propuestas por Clínica Chicamocha S.A., la Previsora S. A. Compañía de Seguros, la Doctora Karen Melisa Parada Rey, la Doctora Gloria Marcela Estévez Ramírez, en favor del Doctor Jaime Andrés Rondón Delgado, la Doctora Laura Marcela Hinestroza Rueda, en favor de la EPS Suramericana, en favor del Doctor Andrés Felipe Dueñas Quintero, del Doctor Oscar Mariano Pinto Saavedra, del Doctor Juan Pablo López Rosero, de la Doctora Yenny Lili Jerez Galvis, del Doctor Wilson Abilio Duarte Duarte y por parte de Seguros del Estado S.A. y en consecuencia negó las pretensiones de la demanda.

**SEGUNDA:** Como consecuencia de la petición anterior, solicito muy respetuosamente al Honorable Tribunal que desestime el recurso de apelación incoado por la parte demandante y en su lugar, condene en costas y agencias en derecho a la parte apelante en favor de la COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A.

Sin otro en particular, agradezco la atención prestada.

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

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