RAD: 2019-00112 DTE: LUIS FERNANDO VERGARA CASTRO CONTESTACION DE DEMANDA SALUD TOTAL Y LLAMAMIENTOS EN GARANTIA

Adriana Moreno Muñoz <AdrianaMoM@saludtotal.com.co>

Mar 15/09/2020 15:15

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Bolivar - Cartagena <j07cctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: jorgeecespedes@hotmail.com <jorgeecespedes@hotmail.com>; coordinador-contabilidad@medicinaintegralips.com <coordinador-contabilidad@medicinaintegralips.com>; notificacioneslegales.co@chubb.com <notificacioneslegales.co@chubb.com>

4 archivos adjuntos (12 MB)

CONTESTACION DEMANDA SALUD TOTAL Y ANEXOS.pdf; LLAMAMIENTO EN GARANTIA SALUD TOTAL A CHUB SEGUROS COLOMBIA Y ANEXOS.pdf; LLAMAMIENTO EN GARANTIA SALUD TOTAL A MEDICINA INTEGRAL IPS S.A. Y ANEXO.pdf; DEMANDA LUIS FERNANDO VERGARA.pdf;

Bogotá D.C., 15 de septiembre de 2020

Señor:
JUEZ SÉPTIMO (7°) CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA
j07cctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto: CONTESTACIÓN DE DEMANDA - SALUD TOTAL EPS-S S.A.- Y LLAMAMIENTOS EN GARANTIA
Proceso Verbal No. 2019-00112-01

Demandantes: Luis Fernando Vergara Castro en nombre propio y en representación de Luis Fernando y Mattias Vergara, Mariano Dager Taboada y Nubia Romero Ricardo
Demandados: Salud Total EPS-S S.A., Medicina Integral IPS S.A. y José del Rosario Chico Tolosa.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía N° 35.253.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional N° 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de mandataria general de **SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL SUBSIDIADO** identificada con sigla **SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.** por medio del presente correo electrónico me permito remitir los siguientes documentos a efectos de que sean incorporados en el expediente de la referencia:

-Contestación de demanda Salud Total EPS-S S.A.
-Llamamiento en garantía de Salud Total EPS-S S.A. a Chubb Seguros Colombia S.A.
-Llamamiento en garantía de Salud Total EPS-S S.A. a Medicina Integral IPS S.A.

Remito el presente correo al apoderado de la parte demandante Dr. Jorge Enrique Cespedes Sierra: jorgeecespedes@hotmail.com ; al correo de notificaciones de Medicina Integral IPS S.A.: coordinador-contabilidad@medicinaintegralips.com y al correo electrónico de notificaciones judiciales Chubb Seguros Colombia S.A.: notificacioneslegales.co@chubb.com

Agradezco la confirmación de recibido del presente correo.

Cordialmente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
Cordinadora Nal. de Demandas de Responsabilidad, Investigaciones y Entes de Control
Dirección Nacional de Conciliaciones y Demandas
Secretaría General y Jurídica

SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Cra 18 No. 109 – 15, Piso 3
PBX: 571 - 6296660 Ext. 10311 DG 109
Bogotá, Colombia
adrianamom@saludtotal.com.co

SaludTotal EPS-S | Ambientalmente Responsable

S Salve un árbol... no imprima este correo a menos que realmente lo necesite

La información contenida en este mensaje y sus anexos tiene carácter confidencial, y está dirigida únicamente al destinatario de la misma y sólo podrá ser usada por éste. Si el lector de este mensaje no es el destinatario del mismo, se le notifica que cualquier copia o distribución de éste se encuentra totalmente prohibida. Si usted ha recibido este mensaje por error, por favor notifique inmediatamente al remitente por este mismo medio y borre el mensaje de su sistema. Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de Salud Total EPS S

The information contained in this message and in any electronic files annexed thereto is confidential, and is intended for the use of the individual or entity to which it is addressed. If the reader of this message is not the intended recipient, you are hereby notified that retention, dissemination, distribution or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you received this e-mail in error, please notify the sender immediately and destroy the original. Any opinions contained in this message are exclusive of its author and not necessarily represent the official position of Salud Total EPS-S S.A.

Señor:
JUEZ SÉPTIMO (7º) CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA
E. S. D.

Asunto: CONTESTACIÓN DE DEMANDA - SALUD TOTAL EPS-S S.A.-
Proceso No. 2019-00112-01

Demandantes: Luis Fernando Vergara Castro en nombre propio y en representación de Luis Fernando y Mattias Vergara, Mariano Dager Taboada y Nubia Romero Ricardo

Demandados: Salud Total EPS-S S.A., Medicina Integral IPS S.A. y José del Rosario Chico Tolosa.

ADRIANA MORENO MUÑOZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía N° 35.253.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional N° 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de mandataria general de **SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL SUBSIDIADO** identificada con sigla **SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.** entidad privada constituida como sociedad anónima, mediante Escritura Pública No. 2122 de la Notaría 7a de Bogotá del 15 de mayo de 1991, inscrita el 4 de julio de 1991 bajo el número 328.244 del Libro IX, con NIT. 800.130.907-4, con matricula mercantil No. 00455874, con domicilio en Bogotá D.C., cuyo objeto social consistente en garantizar directa o indirectamente la prestación de los servicios de salud, encontrándome dentro del término legal me permito presentar **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** presentada por Luis Fernando Vergara Castro en nombre propio y en representación de Luis Fernando y Mattias Vergara, Mariano Dager Taboada y Nubia Romero Ricardo contra Salud Total EPS-S S.A., Medicina Integral IPS S.A. y José del Rosario Chico Tolosa, por el fallecimiento de la señora Paola María Dager Romero, en los siguientes términos:

1-. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE TITULADO "HECHOS"

Frente al hecho 1: es cierto.

Frente al hecho 2: es cierto.

Frente al hecho 3: es cierto, destacando que la calificación de embarazo de alto riesgo, por período intergensico obedece a un estado propio de la gestante y las consecuencias que ello genere en el proceso de gestación tanto para la mujer como para el producto, no se relacionan de ningún modo con una falla médica. Aunado a lo anterior la señora Paola Maria Dager Romero para el año 2016, contaba con 37 años de edad, lo cual también motiva a que el embarazo sea catalogado como de alto riesgo.

Frente al hecho 4: es cierto, en éste punto anoto que conforme a consulta del 21 de septiembre de 2016 se describe en el acápite de "Análisis y Plan de Manejo: *PACIENTE DE*

37 AÑOS DE EDAD G2P1C0A0 CON EMBARAZO DE 35.6 SEMANAS POR FUM, ACORDE CON ECO PRIMER TRIMESTRE, PARTO VAGINAL HACE 14 AÑOS +FETO ÚNICO VIVO + DX ARO POR FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL + POLIHIDRAMNIOS SON ALTERACIONES ANATOMICAS, PARACLÍNICOS A LA FECHA NORMAL, SE DA ORDEN DE VIH, CULTIVOS PARA ESTREPTOCOCOS. ORDEN DE ATENCION PREPARTO A LA CLÍNICA LA ERMITA. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES".

Con base en lo enunciado en el registro médico se afirma que la señora Paola Maria Dager Romero, fue calificada para el año 2016 con un embarazo ARO (Alto Riesgo Obstétrico), por las siguientes condiciones:

- período intergenésico de 14 años.
- Edad mayor a 35 años
- Feto grande para la edad gestacional.
- Presencia de polihidramnios

Frente al hecho 5: NO SON CIERTAS, ninguna de las manifestaciones contenidas en éste numeral. Es importante destacar que las condiciones de salud de la paciente que motivaron que su embarazo fuera calificado como de Alto Riesgo Obstétrico, motivaron un seguimiento adecuado, pertinente y oportuno de la gestante a través de los controles prenatales, brindados en unidades propias de Salud Total EPS-S S.A. **NO ES CIERTO,** que exista negligencia por parte de la EPS en el proceso de atención prenatal de la usuaria; siendo que como se demostrará una decisión fundada y sustentada desde el punto de vista científico en el estado de salud de la paciente y del feto. No existe prueba demostrativa de las afirmaciones del demandante, que confirme o al menos sugiera que para el caso en revisión, era necesaria la práctica de una cesárea y ello aseguraría la vida de la madre.

Frente al hecho 6: tal como está enunciado en éste inciso, **no le consta a mi representado lo descrito,** por lo que se atiende mi prohijado a lo que resulte acreditado en la etapa probatoria. Lo que si se puede afirmar conforme a la historia clínica de Clínica La Ermita es que para el 27 de octubre de 2016 la señora Paola Maria Dager Romero contaba con 40.3 semanas de gestación, encontrándose en un embarazo a término.

Frente al hecho 7: según lo enunciado en la historia clínica de la Clínica La Ermita, me permito señalar que el hecho **es cierto.**

Frente al hecho 8: es cierto, así lo enuncia la historia clínica adosada junto con el escrito de la demanda, al disponerse la inducción del trabajo de parto y la vigilancia de la actividad uterina, expresamente indica la nota médica; 1. Hospitalizar, 2. Dieta líquida, Hartman 60 cc hora, 4. Monitoreo fetal, 5-. Misoprostol 25 mg intravaginal, 6-. SS: VDRL, 7.Vigila Actividad uterina.

Frente al hecho 9: es cierto, corresponde a la nota dispuesta en ronda médica que señala la progresión de cambio cervicales, y la necesidad de oxitocina para mejorar la dinámica uterina y disminuir el tiempo expectante del trabajo de parto.

Frente al hecho 10: de la manera expresa la nota médica del Dr. José del Rosario Chico Tolosa reza: *"Se valora paciente encontrándose hemodinamicamente estable, con actividad uterina buena 3 x 45 x 10 de buena intensidad, dilatación de 6 cm con 70-80% de borramiento, con estación de -1, altura uterina 37 cm. Se evidencian signos de modelamiento cefálico del feto (Caput) y que a pesar de la muy buena dinámica uterina, no hay descenso de la presentación. Se considera una pelvis ginecoide promedio, inadecuada para feto actual de mas o menos 3.600 -3.700. Se procede a motivar para cesarea por Desproporción cefalo-pélvica, me dirijo donde su esposo y le explico la situación clínica actual y la justificación de un procedimiento quirúrgico tipo cesarea del urgencia"*; por lo que es cierto que para el 27 de octubre de 2016 a las 19:40 p.m. el Dr. Chico Tolosa considero a pesar de una dinámica uterina , no había descenso del feto, y que a pesar de presentar pelvis ginecoide por el estado actual del feto, era necesaria adelantar una cesárea. No es cierto que ello, corresponde a un error en el diagnóstico por parte del cuerpo médico de la Clínica La Ermita, sino que alude a dos valoraciones que se le hicieron a la paciente en momentos diferentes del proceso de atención y que siendo el proceso del parto variable en cada una de sus etapas, se encuentra justificado desde el punto de vista médico.

Frente al hecho 11: es cierto, en lo que atañe a la práctica de la cesárea y nacimiento del hijo de la señora Paola Maria Dager Romero. Lo demás que se enuncia en éste numeral, me permito señalar que **NO ES CIERTO,** el trabajo del parto se desarrollo dentro del tiempo adecuado y pertinente conforme a la condición de salud de la gestante, sin que exista prueba o evidencia de la cual se pueda concluir que un "largo e infructuoso trabajo de parto", como tampoco sometimiento del útero a maltrato, al contrario destaca la historia clínica que la gestante presentó una evolución lenta del trabajo de parto; por ende, teniendo la carga de la prueba la parte actora, le corresponde acreditar dichas afirmaciones.

Frente al hecho 12: NO LE CONSTA a mi representado la fecha de finalización del acto quirúrgico de la cesárea, por lo que deberá ser verificado con lo registrado en la historia clínica. De manera particular y en aras de ceñirnos al contenido de la historia clínica se anoto lo siguiente: *"Se evidencia en el posoperatorio inmediato útero involucionado, fondo uterino con cuatro traveses por encima de la cicatriz umbilical, paciente taquicárdica e hipotensa, se activa código rojo (...)"*, por ende no se registra en la historia clínica por lo que no se observa que halla recibido por anestesiología órden de intervenir a la paciente, como sí participación directa, oportuna y adecuada por parte del Dr. José del Rosario Chico Tolosa.

Frente al hecho 13: TAL COMO ESTÁ REDACTADO ÉSTE HECHO NO ES CIERTO, por lo que según lo registrado en la historia clínica se anota que a las 22:50 se activa el código rojo y no sólo se programo una histerectomía de urgencia, sino dispuso una transfusión de glóbulos rojos y plasma, se le realizó masaje uterino bimanual, el uso de ureterotonicos como oxitoxina, misoprostol, metilergonovina, y ante la continuidad del sangrado se decide una histerectomía de urgencias, pues la señora Dager Romero presentaba una hemorragia postparto secundariaa atonía.

Frente al hecho 14: TAL COMO ESTÁ REDACTADO ÉSTE HECHO NO ES CIERTO, TAL COMO ESTÁ REDACTADO ÉSTE HECHO NO ES CIERTO, según la historia clínica se señala que el 22:50 se activa el código rojo, no azul, por lo que deberá ser corroborado lo afirmado por el paciente, con el registro clínico, siendo claro que la paciente, sí presentó una parada cardíaca, requiriendo maniobras de reanimación avanzada.

Frente al hecho 15: no le consta a mi representado la hora en la que la paciente sufrió la segunda parada respiratoria, siendo cierto que sí fue atendida por el DR. Luis Carlos Julio Narváez, quien realizó maniobras de reanimación básicas y avanzadas, promoviendo el traslado de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivo.

Frente al hecho 16: Según la historia clínica, **es cierto** la señora Paola Maria Dager Romero presentaba como diagnósticos shock hipovolémico secundario a atonía uterina, pop de histerectomía subtotal, pop de cesárea, con recién nacido vivo, puerperio inmediato y posteriormente se determinó la presentación de mortalidad materno extrema.

Frente al hecho 17: es cierto.

Frente al hecho 18: no le consta a mi representado, al no evidenciarse en la historia clínica, aportada junto con el escrito de la demanda, lo enunciado en éste inciso.

Frente al hecho 19: es cierto, a las 5:37 horas la paciente es declarada fallecida, ante la ausencia de pulsos y reflejos central, en apnea se considera muerte clínica.

Frente a los hechos 20 y 21: lo mencionado en éste inciso, **no corresponde como tal a un hecho**, sino que obedece a imputaciones sobre las cuales el apoderado de los demandantes, fundamenta su demanda. Sin embargo, resalto que la señora Dager Romero, nunca fue puesta en riesgo por parte del personal médico de la Clínica La Ermita, siendo que al momento de la atención se tuvieron en cuenta todas las condiciones de salud que presentaba la paciente, no se presentó un trabajo de parto prolongado y como tampoco una inadecuada decisión de la vía del parto.

Frente al hecho 22: no le consta a mi representado si el Dr. José del Rosario Chico Tolosa consultó o no la historia clínica del paciente, como tampoco si valoro o no la existencia de factores de riesgos en la paciente, siendo claro para mi representado que no incurrió en error en el proceso de atención de la señora Dager Romero.

Frente al hecho 23: no es cierto, cada una de las decisiones del Dr. José del Rosario Chico Tolosa estuvo guiada por el contenido de la *lex artis,* siendo que no existe relación o vínculo causal entre el adelantamiento del trabajo de parto y la decisión de adelantar cesárea, así como tampoco hubo incumplimiento en la activación del código rojo y atención de la hemorragia postparto.

Frente al hecho 24: ninguno de los enunciados contenidos en éste inciso son claros para mi representado, dado que el apoderado de los demandantes enuncia "muerte de la

paciente Tipo 3" o "tipo 4", sin hacer referencia a qué asuntos aluden dichas expresiones; sin embargo, encontrándome dentro del término legal y debiendo emitir un pronunciamiento frente a cada uno de los hechos de la demanda, me permito manifestar que **no son ciertas,** ninguna de las afirmaciones contenidas en dichos enunciados, al carecer de sustento probatorio dentro del proceso.

Frente a los hechos 25 y 26: no son ciertos ninguno de los enunciados relacionados en éste inciso, y endilgados a Salud Total EPS-S S.A., jamás se subvaloro el riesgo obstétrico de la paciente, la señora Paola Maria Dager fue clasificada y se le dieron las recomendaciones de rigor, así como las consultas de control prenatal, las citas médicas que requirió su condición de salud y la del feto.

Frente al hecho 27: no son ciertos ninguno de los enunciados relacionados en éste inciso, y endilgados a Salud Total EPS-S S.A., se anota que el apoderado de los demandantes alude a varios aspectos de manera general pero frente al proceso de atención propiamente dicho no predica en qué consistió la poca adherencia de las normas aludidas y los incumplimientos que pregona, siendo de su resorte probatorio así acreditarlo.

Frente al hecho 28: no le consta a mi representado, siendo que el consentimiento informado se encuentra bajo la responsabilidad, custodia y diligenciamiento de la Clínica La Ermita, no existiendo participación por parte de mi representado al respecto.

Frente a los hechos 29 y 30: no le consta a mi representado, dado que son asuntos que corresponde a la esfera personal de los demandantes, de la cual mi mandante no tiene conocimiento alguno.

Frente al hecho 31: no le consta a mi representado, dado que lo narrado, corresponde a la esfera personal de la señora Paola Maria Dager Romero.

2-. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

SALUD TOTAL EPS-S S.A. se opone a la declaratoria de responsabilidad civil extracontractual por la atención médica de la señora Paola Maria Dager Romero en la Clínica La Ermita, dado que muerte de la paciente no guarda relación o nexo de causalidad con el proceso de atención médica y parto adelantado en dicha institución hospitalaria.

Como consecuencia de lo anterior, también elevo la omisión de mi representado frente a las pretensiones condenatorias, relativas al reconocimiento de lucro cesante consolidado, futuro, daño moral y daño a la vida relación para los señores Luis Fernando Vergara Castro en nombre propio y en representación de Luis Fernando y Mattias Vergara, Mariano Dager Taboada y Nubia Romero Ricardo, al no existir material probatorio que lo acredite y frente a los perjuicios de orden inmaterial no constituirse en perjuicios indemnizables a cargo de la EPS.

3-. EXCEPCIONES DE FONDO

LOS HECHOS Y LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA NO SON DE RESPONSABILIDAD DE SALUD TOTAL EPS - S DADO EL CUMPLIMIENTO DE ÉSTA EPS DE SUS OBLIGACIONES COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.

Para que resulte condenada Salud Total S.A. EPS - S., debe la parte actora demostrar que ésta EPS, incumplió sus obligaciones con Paola Maria Dager Romero.

Se le imputa responsabilidad a Salud Total S.A. EPS, sobre los hechos narrados en la demanda, no obstante, lo anterior me permito aclarar que los actos médicos que se cuestionan son de exclusiva responsabilidad de la Clínica La Ermita de propiedad de Sociedad Médica Integral IPS S.A., en las atenciones prestadas en dicha institución, al respecto debe tenerse claridad sobre las obligaciones contraídas por Salud Total S.A. EPS - S., para con sus afilados:

Frente al tema de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, es indispensable definir que clase de vínculo jurídico une al afiliado a dicho Sistema, en especial a las EPS, el Decreto 1485 de 1994 establece:

(...) "Los contratos para la prestación del plan obligatorio de salud. Los contratos de afiliación para la prestación del plan obligatorio de salud que suscriban las entidades promotoras de salud con sus afiliados deberán garantizar la prestación de los servicios de salud que el plan comprende, de conformidad con las normas legales (...) (el subrayado es nuestro).

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

¿Cuál es el objeto del contrato de prestación del plan obligatorio en salud –hoy conocido como PBS Plan de Beneficios en Salud? Dicho objeto se encuentra definido por las obligaciones y responsabilidades de las EPS, como son las que a continuación se transcriben:

Artículo 2 del Decreto 1485 de 1994.

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, garantizado 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 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 subrayado fuera del texto.)
Del contenido de la normas se tiene que la obligación de las EPS para con sus afiliados es de Medio y no de Resultado; de medio porque no se obliga a un resultado especifico sino básicamente a administrar el riesgo en salud de su población afiliada con cargo a los recursos que le reconoce el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) por cada afiliado, no pudiendo garantizar que los servicios que la persona requiere tengan efecto curativo en su estado de salud, pues las obligaciones que la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios le imponen a la EPS son de medio y no de resultado.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 178 establece:

" (..) Funciones de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

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

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

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias

puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

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

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

Del contenido de las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud se concluye, que las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD son administradoras el riesgo en salud de sus afiliados a partir de las contingencias que menoscaban la salud de éstos, para lo cual pueden asumir los servicios directa (caso en el cual asumen las finalidades y roles de las IPS) o indirectamente a su población afiliada y que dichos servicios son lo que están contenidos en Plan Obligatorio del Régimen Contributivo, entre los cuales encontramos las llamadas prestaciones asistenciales (servicios de salud) y las llamadas prestaciones económicas (reconocimiento económico como consecuencia de las contingencias que menoscaban la salud - enfermedades de origen general - como también el pago de incapacidades en los casos de licencia de maternidad)

La responsabilidad derivada del contrato de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud para las EPS-S, es de medio y no de resultado, dado que Salud Total S.A., no se ha comprometido a otra cosa que administrar un riesgo en salud sin comprometerse a un resultado específico, siendo el contenido y alcance de éste contrato el que indican los deberes legales de las EPS y los deberes legales de los usuarios y sólo sobre el incumplimiento de esos deberes por parte de las EPS es que en determinado momento puede decirse que se ha incumplido el contrato, por lo que no es cualquier clase de incumplimiento el que da lugar a responsabilidad contractual sino aquel incumplimiento que se enmarque dentro de la naturaleza del contrato de afiliación al Plan Obligatorio de Salud conforme a la ley 100 de 1993; es decir, sólo cuando la EPS incumpla los deberes que la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios le han asignado para con sus afiliados, se puede hablar de un posible incumplimiento de contrato, sin olvidar que las obligaciones adquiridas son de medio y no de resultado.

En lo que tiene que ver con la administración de los servicios que hacen parte del Plan Obligatorio de Salud Régimen Contributivo en lo referente al "suministro de servicios de salud "de su población afiliada, el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 establece:

(..) Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud (..)

Significa lo anterior que la prestación de servicios de salud puede estar en cabeza de la EPS o de forma indirecta a través de entidades contratadas para tal fin.

Existen el Sistema de Seguridad Social en Salud un tipo de entidades de especifica naturaleza se denomina Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de Salud definidas en función de las labores que le son propias, conforme al artículo 185 de la Ley 100 de 1993 de la siguiente manera:

Artículo 185. Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Cuando la EPS contrata con una IPS la prestación de servicios de salud de su población afiliada, sólo está dando cumplimiento a lo establecido por la Ley 100 de 1993, es decir está garantizado el acceso a la prestaciones asistenciales del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo de forma indirecta; es aquí donde debe tenerse presente que en la medida que la EPS contrate la prestación de servicios de salud con IPS, éstas, como integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud diferentes a las EPS, asumen unas funciones específicas para con los afiliados de dicho sistema, como lo es actuar con calidad y eficiencia, pues recuérdese que las IPS tiene autonomía administrativa, técnica y financiera los que les obliga a responder por sus propios actos.

Es importante que se precise que la ley 100 de 1993 al crear la figura de Entidades Promotoras de Salud, lo hizo bajo el entendido que éstas podían prestar los servicios de salud directamente (caso en el cual asumen ellas las mismos roles y funciones de las IPS) o contratar los mismos con terceros; estos terceros son las denominados Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entonces cuando las EPS contratan con las IPS la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, ésta contratación con la IPS se hace como integrantes del SGSSS, asumiendo éstas unas obligaciones y responsabilidades propios para con los usuarios de dicho sistema, diferentes a los deberes y obligaciones de las EPS; así lo tiene establecido el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 cuando ordena diferentes deberes de las IPS con relación a las EPS:

(..) Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. (..)

Pero no es cualquier clase de servicio el que deben suministrar las IPS; dichos servicios deben tener como principios básicos la calidad y eficiencia.

Artículo 185 de la Ley 100 de 1993. (...) Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera . (...)

Las IPS, cuando suministran los servicios de salud, para los cuales han sido contratadas por las EPS, tienen plena autonomía administrativa, técnica y financiera, lo cual las hace responsables frente a sus usuarios de las fallas en la prestación de los servicios de salud como de los daños que con ocasión del servicio se les generen, pues su actuar está enmarcado dentro de las funciones propias que la misma Ley 100 de 1993 le ha asignado, no pudiendo ninguna autoridad jurídica o administrativa pretender que la EPS que las contrató responda por los actos, hechos y omisiones de éstas frente a los usuarios. Es claro que la Ley 100 de 1993 dividió las funciones de las EPS y de las IPS y sobre esa división es que cada uno entra a responder frente a terceros y frente al SGSSS. De no ser como se plantea en la presente contestación, no habría diferencia entre las EPS y las IPS, situación que la Ley 100 de 1993 si dejó clara y expresa al establecer y asignar detalladamente a cada uno de estos entes, funciones y obligaciones específicas y diferentes que no pueden ser desconocidas, pero sobre todo porque hay que tener en cuenta que cada uno actúa con autonomía frente a las obligaciones que el Sistema General de Seguridad Social en Salud les ha asignado.

Esto quiere decir que cuando las EPS contratan los servicios de Salud con las IPS, éstas asumen la responsabilidad de los servicios de salud de los usuarios a los que les suministran dichos servicios, pues actúan bajo su plena autonomía administrativa, técnica y financiera y, sobre todo, como integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud con funciones propias y específicas. De no ser así, el legislador no se hubiera tomado el trabajo de establecer responsabilidades a cada uno de los integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud y sólo le hubiera establecido responsabilidades para las EPS; nótese que fue la misma Ley 100 de 1993 la que hizo la distinción entre las obligaciones y responsabilidades de las EPS y las IPS.

Las diferencias entre las responsabilidades de las EPS, y las IPS fue declarada por la Corte Constitucional en la Sentencia No. C-572 de 2003 cuando establece:

(...) Conforme a lo anterior las EPS, las ARS y las IPS tienen como rasgos comunes los de ser entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ostentar naturaleza pública, mixta o privada; que a su vez están autorizadas para prestar directamente los servicios de salud tendientes a garantizar el Plan de Salud Obligatorio, dentro de sus respectivas esferas de acción. Sin embargo, en otros varios aspectos las IPS difieren de las EPS y las ARS, como por ejemplo en cuanto a que estas dos tienen un competencia administradora y operativa de gran trascendencia para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que las IPS no tienen. (..)

Para mayor ilustración sobre las diferencias que median entre los extremos comparados, resulta pertinente traer a colación lo expresado por esta Corte en torno a las EPS y las ARS, donde al respecto se lee:

(...) "16. Con la creación de las EPS y las ARS se busca homogenizar la operación y optimizar los beneficios que otorgan las entidades de seguridad social sin distinción entre los usuarios del régimen contributivo y los usuarios del régimen subsidiado. La prima media homogeniza el servicio. Para cumplir con este propósito de igualdad en la prestación del servicio de salud, la ley autorizó a las EPS para que asuman la responsabilidad de la afiliación de todos los habitantes del país al nuevo sistema, la movilización de los recursos financieros del sistema y el manejo de los riesgos de salud de los colombianos.

"17. Las EPS son las responsables de recaudar las cotizaciones de los afiliados y facilitar la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantías y hacer un manejo eficiente de los recursos de la UPC. De otro lado, el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud crea una serie de relaciones interdependientes entre las instituciones que lo integran y define la UPC como centro del equilibrio financiero. La Unidad de Pago por Capitación no representa simplemente el pago por los servicios administrativos que prestan las EPS sino representa en especial, el cálculo de los costos para la prestación del servicio de salud en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. Esto significa, la prestación del servicio en condiciones de homogenización y optimización (...)".

" (..) También debe indicarse que una de las formas de contratación entre las IPS y las EPS o ARS es la capitación, mecanismo mediante el cual la IPS atiende a un grupo de afiliados a la Administradora recibiendo a cambio un monto predeterminado, generalmente un porcentaje sobre la UPC. Aclarando que en caso de no resultar el servicio, de todos modos la IPS recibe el pago por prestación del servicio del POS. En conclusión, el costo que se paga por la prestación de los servicios del POS involucra factores adicionales al servicio que se presta, tales como los costos de operación y las utilidades o ventajas, no existiendo una tarifa uniforme para los valores del POS. (..)". El subrayado fuera del texto.

Como puede verse las responsabilidades de las EPS y las IPS como actores del Sistema de Seguridad Social en Salud son totalmente diferentes, las primeras son las responsables de recaudar las cotizaciones de los afiliados y facilitar la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantías y hacer un manejo eficiente de los recursos de la UPC y las segundas son las entidades que suministrar los servicios de salud, es decir las que prestan los servicios de salud.

Una vez la EPS., ha contratado con la IPS. la prestación de los servicios de salud a su población afiliada, es claro que la IPS, como entidad integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud, con funciones y responsabilidades propias e independientes, pasa a ser acreedora frente al usuario y debe responder frente a éste por los servicios defectuosos que le suministre; ello porque la contratación que hace la EPS. a la IPS, esta autorizada por la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios; es decir que al entrar la IPS, dentro de la relación contractual EPS. vs. Usuario, ella adquiere las obligaciones propias de su actividad no actuando entonces como un tercero o un tercero subcontratista ni como un

mandatario sino como parte dentro del contrato de afiliación al Plan Obligatorio de Salud Régimen Contributivo dada la estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud en la que las IPS, son las encargadas de la prestación del servicios y las EPS, son las entidades administradoras de los recursos del Sistema (eventualmente responden como IPS, cuando ellas asumen la prestación directa de servicios) nótese que desde el mismo momento de la afiliación al Plan Obligatorio de Salud el usuario es conocedor de que la EPS., a contratado las prestación de los servicios de salud con IPS, pues se le entrega una guía del afiliado en donde se le informa de las IPS, contratadas para los servicios de salud que el requiera; así las cosas desde ese mismo instante (contrato de afiliación) la IPS, entra a la relación contractual con el usuario, con funciones y responsabilidades propias, recuérdese que la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud es un contrato de adhesión en la que sus cláusulas están dada por la ley 100 de 1993 y Decretos reglamentarios, siendo la IPS parte del contrato de afiliación al POS asumiendo sus funciones de prestador de servicios de salud, es lo que jurídicamente se llamaría un contrato tripartita (tres partes) por disposición de la misma ley.

La IPS, entra a la relación contractual EPS.- AFILIADO por disposición de la ley.

El artículo 85 de la Ley 100 de 1993 establece que son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley, nótese que el término utilizado en dicho artículo es afiliado más no usuario pues se parte de la premisa que los servicios que ellas deben suministrar es a los afiliados del Sistema de Seguridad Social en Salud, lo que supone que la IPS., es parte dentro del contrato de afiliación al POS, más porque los recursos con los que es contratada son de origen parafiscal es decir provienen de la UPC que reconoce el Estado a las EPS., por administrar el riesgo en salud de su población afiliada pero sobre todo porque la contratación que le hace la EPS., a la IPS., nace de la ley y no de un capricho de la EPS y el afiliado es conocedor de tal situación adhiriéndose a la contratación que la EPS hace a las IPS que le suministrarán los servicios, no pudiendo entonces decir que la IPS es un tercero ajeno a su contrato de afiliación sino que es parte de ese contrato pues desde el principio así lo asintió y la misma ley así lo permite siendo la red de prestadora de servicios que ofrece la EPS, uno de los motivos que lleva al usuario a elegir determinada EPS, sería las IPS ajena a la relación contractual EPS y afiliado si la ley no le hubiera expresamente consagrado la posibilidad jurídica a la EPS de contratar los servicios de salud con IPS., y por el contrario al no estar negada tal posibilidad la EPS, asumiera que lo que la ley no prohíbe esta permito procediendo entonces a contratar con estas los servicios a suministra a su población afiliada, en este caso sí sería un tercero subcontratista ajeno al contrato EPS - afiliado debiendo responder hipotéticamente solidariamente pues el afilado no podía ni hizo parte de la contratación de la EPS, con el tercero subcontratista y por el contrario le resulta ajeno a su vínculo contractual con su EPS.

Al tener la EPS, y la IPS, funciones diferentes dentro del contrato de afiliación al Plan Obligatorio de Salud, cada una respondería por la función asume, siendo el objeto de la prestación divisible (La EPS, administra un riesgo en salud, pagando licencias de maternidad, por enfermedad general etc y la IPS, suministra los servicios de salud)

De lo anterior se concluye que no es cierto lo que afirma la parte actora que Salud Total S.A. EPS, deba responder por los daños y perjuicios que sufran los afiliados o beneficiarios que presenten las IPS., contratadas, pues se encuentran delimitadas las responsabilidades de cada uno de los actores del SGSSS.

Como ya fue explicado no necesariamente cuando una IPS, contratada por una EPS., suministra un servicio de forma deficiente, puede decirse que la EPS, ha incumplido el contrato de afiliación al Plan Obligatorio de Salud, pues como fue explicado la obligación del contrato de afiliación al Plan Obligatorio de Salud es de medio y no de resultado, por lo que las EPS., no pueden garantizar que los servicios que suministran sus IPS adscritas en algún momento no puedan ser defectuosos, pensar lo contrario sería obligar a la EPS., a lo imposible, pues nadie puede garantizar que los servicios de una IPS., no puedan ser defectuoso en algún momento y sea por acción o por omisión, recuérdese que el objeto obligación debe ser físicamente posible.

LA SOCIEDAD MEDICINA INTEGRAL IPS S.A. EN VIRTUD DEL CONTRATO SUSCRITO CON SALUD TOTAL EPS-S S.A., SE HACE RESPONSABLE DE LOS DAÑOS QUE SE PRODUZCAN EN EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE LAS PARTES

Resulta indispensable que el juez de causa tenga presente lo pactado por Salud Total S.A. EPS., (contratante) y la Sociedad Medicina Integral IPS S.A. (contratista), en el contrato de prestación de servicios de salud suscrito con la IPS mencionada y Salud Total señala en su cláusula segunda:

> *"El CONTRATISTA será responsable frente a la ENTIDAD y frente a cualquier tercero por la calidad del servicio, al igual que por la idoneidad y profesionalismo del personal que lo preste, por lo que asumirá la responsabilidad que se derive de lo anterior, así como aquella que legalmente le corresponda, incluyendo perjuicios patrimoniales, morales y fisiologicos que pudieren derivarse de los actos u omisiones, incluidas complicaciones que le sean imputables por acción u omisión tanto del personal médico y paramédico a los cuales encomienda la prestación de los servicios de salud, así como de sus personal administrativo*
>
> *(...)*
>
> *En todo caso la entidad, la ENTIDAD podrá repetir contra el CONTRATISTA o recobrarle las sumas a las que eventualmente sea condenada judicialmente o sancionada por las autoridades competentes o en general, aquellos conceptos por los cuales la ENTIDAD debiera responder por cuenta de sanciones, fallos, conciliaciones transacciones, amigables composiciones, laudos arbitrales, entre otros mecanismos de solución de conflictos, como consecuencia de la prestación de servicios a cargo del CONTRATISTA u omisión en la prestación del servicio pactado por él o por su personal adscrito y/o vinculado o por sus subcontratista según sea el caso. Lo anterior, sin perjuicios de que la ENTIDAD pueda llamar al*

CONTRATISTA en garantía o denunciarlo en pleito dentro del respectivo proceso judicial, trámite arbitral, administrativo etc".

Es claro que en la medida que se llegaren a probar los hechos que han dado origen a la demanda, como algún daño que no se hubiere reparado, los mismos son única y exclusiva responsabilidad del Contratista, esto es Sociedad de Medicina Integral IPS S.A.., en cabeza de su personal médico, lo anterior por expresa disposición del contrato celebrado por Salud Total S.A. EPS, en el que Medicina Integral IPS S.A., asume la responsabilidad civil del actuar médico de sus profesionales en el cumplimiento del objeto del contrato de prestación de servicios de salud suscrito con Salud Total S.A. EPS.

Así las cosas, el demandado no debe ser Salud Total S.A. EPS, sino la Sociedad Medicina Integral IPS S.A. por disposición del contrato de servicios de salud que exonera a Salud Total S.A. EPS, de cualquier responsabilidad por la prestación de los servicios de salud que contrató con Sociedad Medicina Integral IPS S.A. por lo que existe falta de legitimidad en la causa pasiva por parte de Salud Total S.A. EPS.

Habiendo explicado que la relación jurídica entre Salud Total S.A. EPS, y Paola Maria Dager Romero, es de tipo contractual (contrato de afiliación al Plan Obligatorio de Salud o PBS del Sistema General de Seguridad Social en Salud) por lo que inicialmente la norma aplicable es la del artículo 1604 del C.C., haciendo la claridad que en los casos de obligaciones de medio en lo referente a la prestación de servicios de salud no se presume la culpa del deudor (Sentencia No 5507-01 del 30 de Enero del 2001 M.P. José Fernando Ramírez Gómez) pues el inciso final del citado artículo establece que la presunción del artículo 1604 se da sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones espaciales de las leyes y las partes, se hace indispensable aclarar que la cláusula del contrato de servicios de salud suscrito por Salud Total S.A. EPS y Sociedad Medicina Integral IPS S.A., en la que éstos asumen la responsabilidad de los servicios médicos que suministre, es el desarrollo de la ley 100 de 1993 frente a la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud en su actuar como personas jurídicas con funciones diferentes a las EPS.

El inciso final del artículo 1604 del Código Civil faculta a Salud Total S.A. EPS, pactar la exoneración de la responsabilidad civil ante sus afiliados por el actuar médico de las instituciones o profesionales de la salud contratados para suministrar los servicios de salud contenidos en el plan obligatorio de salud dado el contrato de afiliación al plan obligatorio de salud régimen contributivo del SGSSS que existe entre Salud Total S.A. EPS, y sus afiliados, quedando dicha responsabilidad en cabeza del prestador del servicio de salud.

La cláusula de exoneración de responsabilidad suscrita en el contrato de prestación de servicios entre Salud Total S.A. EPS y Medicina Integral IPS S.A., en la prestación de los servicios de salud suministrados por éste a los afiliados de Salud Total S.A. EPS-S, es perfectamente válida, está vigente y debe ser respetada y hacerse valer por parte del Juez de la causa, pues ésta cláusula cumple con los siguientes requisitos:

- Que no está expresamente prohibida por la Ley 100 de 1993 no ha prohibido que las IPS asuman la responsabilidad de su actuar médico frente a los afiliados del Sistema General

de Seguridad Social en Salud por el contrario, ha sido enfática y clara frente a la responsabilidad individual que la atañe a los prestadores de servicios de salud dada las funciones diferentes que tienen con relación a las Entidades Promotoras de Salud.

- Que no versen sobre derechos irrenunciables. En este caso la cláusula en mención no está consagrando que el afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud renuncie a su derecho a ser indemnizando; simplemente ha establecido que el responsable de los daños ocasionados por la deficiente prestación de servicios de salud es imputable al prestador de servicios de salud, en este caso Medicina Integral IPS S.A.,

- Que no se atenta contra el Orden Público, la cláusula referencia no afecta el orden público por el contrario es del desarrollo de la Ley 100 de 1993.

- Que no permitan el incumplimiento potestativo y voluntario del deudor.

En el caso en mención la cláusula no ésta consagrando un incumplimiento por parte del deudor (Salud Total S.A. EPS) pues en ningún momento se hace referencia a que Salud Total S.A. EPS, se exonera de la responsabilidad de administrar el riego en salud de su población afiliada, sino por el contrario está garantizando que el prestador del servicio responda por las fallas en su actuar médico, todas la obligaciones de Salud Total EPS se mantienen vigentes pues es la Ley 100 de 1993 la que las ha establecido y no pueden ser derogadas por la voluntad de las partes.

- Que las cláusulas sean conocidas por el acreedor. La cláusula de exoneración de responsabilidad como ya fue indicado es el desarrollo de la Ley 100 de 1993 por lo que se aplica el principio de que la Ley se presume conocida.

Así las cosas, la cláusula segunda del contrato de prestación de servicios de salud se encuentra vigente, es válida e impone a Medicina Integral IPS S.A., la obligación de responder civilmente por la deficiencia y mala calidad de los servicios médicos cuando en la ejecución de los mismos, se causen daños a los afiliados de salud total s.a. EPS, en este caso a Paola Maria Dager Romero.

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL SALUD TOTAL EPS-S S.A. EN LOS CONTROLES PRENATALES ADELANTADOS A PAOLA MARIA DAGER ROMERO

El 9 de marzo de 2016 se registra que la señora Paola Maria Dager Romero se encuentra en estado de embarazo.

A partir de ese momento la paciente se vincula y asiste al programa de control prenatal de la Entidad Promotora de Salud, clasificándose un embarazo como de alto riesgo obstétrico (ARO) por los antecedentes personales-médicos descritos, recibiendo manejo por gineco-obstetricia.

Dentro de la historia clínica de Salud Total EPS-S S.A. se evidencia la asistencia de la gestante a los controles prenatales, reflejándose lo siguiente:

-Que la paciente de 37 años para el momento de los enunciados controles prenatales, había tenido un antecedente personal de G2P1 A0 (gestación 2, parto 1 y abortos 0).

-que la paciente durante los controles prenatales registro como diagnostico amenaza de aborto, migraña sin aura y placenta previa.

-Durante el proceso de control prenatal se registra el suministro de medicamentos como diclofenaco, metoclopramida, micronutrientes (calcibon natal, gestavit), multivitamínicos y esquema de vacunación.

-La paciente en las citas por ginecobstetricia recibió las recomendaciones de mantener una dieta saludable, cuidado e higiene personal, uso de vestuario adecuado, no ingerir alcohol, no fumar. Así como la indicación de señales de alarma: perdidas vaginales, dinámica uterina, ausencia o disminución de movimientos fetales, síntomas urinarios y aumento de cifras tensionales.

-Durante los controles prenatales presentó un examen físico adecuado para la edad gestacional.

-Se le adelantaron las pruebas de laboratorio de rigor, toxoplasma, urocultivo y serología.

En ese orden de ideas, a pesar de ser la paciente catalogada de alto riesgo obstétrico por su período intergenésico de 14 años, edad mayor a 35 años, feto grande para la edad gestacional y presencia de polihidramnios; recibió la atención médica que requería su condición de salud, sin poder garantizarle que su embarazo culminaría en las mejores condiciones de salud para la gestante y el recién nacido, nótese como en todas las consultas adelantadas en su control prenatal reportan constantemente sus antecedentes.

En consecuencia, se colige que Los controles prenatales llevados a cabo en IPS primaria cumplieron con el protocolo de embarazo de alto riesgo obstétrico, siendo una materna valorada primordialmente por ginecólogo, a quién se realizaron los diferentes exámenes y ecografías requeridos según semanas de gestación, por lo que no se avizora culpa en el proceso de atención médica.

LOS ACTOS MÉDICOS SUMINISTRADOS EN MEDICINA INTEGRAL IPS S.A. ESTUVIERON ACORDES CON LA LEX ARTIS NO SE CONFIGURAN LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

En revisión de la historia clínica de Sociedad de Medicina Integral IPS se tiene que dispensó las siguientes atenciones a Paola Maria Dager Romero de las cuales se concluye que presentó una atonía uterina posterior a realizar cesárea de urgencia por desproporción cefalopélvica, condición ésta, identificada durante la evolución y valoración médica por conducción de trabajo de parto, donde a pesar de presentar la materna pelvis ginecoide promedio no era la adecuada para el feto.

Cabe indicar que inicialmente al momento de la hospitalización de la paciente, el

ginecólogo de turno describe y señala que la materna presenta una pelvis ginecoide adecuada para proceder a parto vía vaginal, pero que posteriormente en valoración del Dr. Jose Del Rosario Chico Toloza, ginecólogo, identifica un trabajo de parto estacionario por posible desproporción cefalopélvica-DCP a pesar de pelvis ginecoide promedio identificada previamente en la paciente.

La señora Dager Romero presentó hemorragia uterina posparto por atonía uterina posterior a cesárea de urgencias, que requirió activación de código rojo con histerectomía abdominal subtotal de urgencia para contener foco de hemorragia, previsto ello dentro de los protocolos de atención para el tratamiento de la atonía uterina; sin embargo, la paciente entre el transoperatorio y el posoperatorio inmediato, presentó paro cardiorrespiratorio en tres ocasiones que finalmente condujeron al fallecimiento de la paciente en unidad de cuidados intensivos, tal como lo describe la historia clínica.

Con base en lo anterior, es dable concluir que en el presente caso no se configura el elemento culpa médica en la atención brindada al paciente, puesto que la decisión de adelantar histerectomía subtotal obedeció al cuadro que presentó la paciente de hemorragia postparto ocasionado por atonía uterina, y que finalmente condujo al deceso de la paciente.

INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA CONDUCTA MÉDICA DISPENSADA EN MEDICINA INTEGRAL IPS S.A. Y EL DECESO DE LA PACIENTE.

Para que exista responsabilidad de mi representada debe demostrarse que los demandados con su actuar fueron los generadores del daño que se imputa y que el daño imputado tiene relación de causalidad con el presunto actuar culposo que se deriva de la atención suministrada los días 27 y 28 de octubre de 2016.

La Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 20 de junio de 2011 enuncia que la obligación de la prueba de la relación de causalidad entre el acto culposo y el daño para que proceda la declaración de responsabilidad, la mencionada providencia expresa:

"Sobre la importancia de ese requisito resulta ilustrativo citar el criterio de la Corte expuesto en sentencia del 24 de septiembre de 2009 exp. 2005-00060-01, la que en lo pertinente dijo: "*(...). en cuanto toca con la relación causal, ha de verse cómo de modo inveterado se ha dicho que ella hace referencia al enlace que debe existir entre un hecho antecedente y un resultado consecuente, de donde la determinación del primero puede dar lugar a establecer la autoría material del daño; por su conducto se pretende entonces hallar una relación de causa a efecto entre el perjuicio y el hecho del sujeto de derecho o de la cosa a quien se atribuye su producción; se trata, por tanto, de establecer si una lesión proviene como consecuencia de un determinado hecho anterior, de suerte que al hablar de ella se hace referencia a la causa del daño que tiene relevancia jurídica. La valía de este presupuesto no ha de ser ignorada habida cuenta que, como es suficientemente conocido, no se puede atribuir responsabilidad sin que de manera antelada se haya acreditado a plenitud la autoría del perjuicio; ello es así porque como 'el daño cuya reparación se pretende debe estar en relación causal adecuada con el hecho de la persona o de la cosa a las cuales se atribuye su producción', emerge 'necesaria la existencia de ese nexo de*

En cualquier caso, el personal sanitario se encarga de evaluar la gravedad de la hemorragia y adoptar la decisión más oportuna. Esto no sería posible si el parto natural se produjera en el hogar tal y como desean algunas madres y sin la correspondiente asistencia médica, lo que podría derivar en un fatal desenlace.

El masaje uterino bimanual es la primera maniobra a realizar ante una atonía uterina es el masaje bimanual del útero, que consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano, y así se registra en la historia clínica que fue practicada por el Dr. Chico Tolosa.

También se emplea la oxitocina que es una hormona sintética que se administra por vía intravenosa, es el fármaco de primera elección en el manejo de la atonía uterina, de manera intramuscular. La atonía uterina en el curso de una cesárea puede requerir técnicas quirúrgicas como la sutura de B-Lynch o similares e incluso una histerectomía, con en efecto se adelantó.

Lamentablemente una vez presentada la atonía uterina se siguieron cada una de los procedimientos que señala el protocolo de atención, para salvaguardar la vida de la paciente y mejorar su condición de salud, no teniendo ninguna relación o vínculo causal el proceso de atención médica de los codemandados.

EN EL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA SE EMPLEARON CUMIPLIERON LAS OBLIGACIONES DE MEDIO, NECESARIOS PARA ASEGURAR EL BIENESTAR DE LA PACIENTE Y SU HIJO

Las obligaciones adquiridas por los médicos son de medios y no resultados, lo que implica que el profesional de la salud se compromete a tener un comportamiento diligente a alcanzar un resultado esperado, pero sin asegurar que el mismo se produzca.

Es claro, que a los médicos les corresponde poner todos los recursos científicos, tecnológicos y sus capacidades como profesionales de la medicina al servicio de los pacientes, sin que con su actuar se garantice un resultado, tanto así que la misma ley al definir los actos propios de los profesionales de la salud, así lo señala:

> *"Ley 1438 de 2011, 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 funcional".*

Respecto a la obligación de medio o de resultado que tiene el profesional de la medicina, se ha señalado por la doctrina[1] que: *"La responsabilidad subjetiva se traduce en la obligación de medio del profesional de la salud, en virtud de la cual su deber de cuidado y de atención consiste en el empleo de acciones y conductas para el restablecimiento de la salud, sin tener que curar, solo tratar y procurar lo mejor para su paciente, utilizando sus*

[1]Libro "La Responsabilidad Civil Médica", Dr. Sergio Yepes Restrepo.

causalidad' ya que, 'de otro modo', podría darse la eventualidad de que se atribuyera 'a una persona el daño causado por otro o por la cosa de otro'; de allí que la relación causal, cual presupuesto 'del acto ilícito y del incumplimiento contractual, (...) vincula el daño directamente con el hecho, e indirectamente con el elemento de imputación subjetiva o de atribución objetiva', y se constituye en 'el factor aglutinante que hace que el daño y la culpa, o en su caso el riesgo, se integren en la unidad del acto que es fuente de la obligación de indemnizar'; es, en fin, 'un elemento objetivo porque alude a un vínculo externo entre el daño y el hecho de la persona o de la cosa' (BUSTAMANTE ALSINA, Jorge. Teoría General de la Responsabilidad Civil, 9ª edición, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 2004, pag. 267)". "(...) "Al unísono con la doctrina, la jurisprudencia ha expresado de manera reiterada y uniforme 'que el nexo causal entre la conducta imputable al demandado y el efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, debe estar debidamente acreditado porque el origen de la responsabilidad gravita precisamente en la atribución del hecho dañoso' a aquél, o sea, que 'la responsabilidad supone la inequívoca atribución de la autoría de un hecho que tenga la eficacia causal suficiente para generar el resultado, pues si la incertidumbre recae sobre la existencia de esa fuerza motora del suceso, en tanto que se ignora cuál fue la verdadera causa desencadenante del fenómeno, no sería posible endilgar responsabilidad al demandado'; en compendio, 'para que la pretensión de responsabilidad civil ... sea próspera, el demandante debe acreditar, además del daño cuyo resarcimiento persigue, que tal resultado tuvo por causa directa y adecuada, aquella actividad imputable al demandado y de la que sobrevino la consecuencia lesiva, de lo cual se desprende que ausente la prueba de la relación de causalidad, las pretensiones estarían destinadas al fracaso' (...)".

Conforme a la literatura médica, la atonía uterina es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

Cuando la madre expulsa al bebé y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia: se trata de una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero, por lo tanto gracias a esa contracción, el sangrado es mínimo en la madre.

Cuando este mecanismo no se produce, se origina la atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia con presencia de hematoma en labios superiores y un intenso dolor con acumulación de coágulos internos. Hasta en un 5% de los partos naturales puede producirse la ausencia de contracción uterina y las causas inducen el problema son diversas, como puede ser es la multiparidad, la placenta previa o la sobredistensión uterina. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección; una carencia de contracciones uterinas posparto pueden causar una hemorragia obstétrica.

Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina. Dependiendo del grado de incidencia de la hemorragia es necesaria la administración de fármacos para frenar el sangrado, como en efecto se evidencio en el caso de la señora Dager Romero, en los casos graves se requeriría la práctica de la cirugía (histerectomía) y en los casos muy graves se procedería a la extirpación del útero.

medios cuidados y conocimientos. Es por eso que la Corte Suprema de nuestro país ha señalado que el médico 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 la ausencia de curación".

"La doctrina colombiana ha indicado, desde tiempo atrás, sobre la obligación del profesional que al médico no se le exigen milagros ni imposibles, pero si está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de enseñarle en el correspondiente medio científico; al no intentar aquello que escapa a sus posibilidades pero que esta dentro de las que tiene el otro; a intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimientos del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico en igualdad de circunstancias había empleado, de ser ese medio idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión"

Se concluye entonces que las obligaciones del medio son de medio y no de resultado, siendo que el compromiso de los médicos la realización de su actividad profesional de forma diligente, tendiente a que se logre un resultado sin que el mismo se produzca. Es así como en el caso de la referencia de emplean todos los medios al alcance de la medicina para la atención de la gestante y aunque se le diagnostica un embarazo de alto riesgo por los antecedentes, se dispone de tratamiento y medidas a fin de contrarrestar las posibles complicaciones del parto; sin que sea definitivo que se pueden evitar la generación de las mismas; es así como se configura el cumplimiento de la obligación de medio a cargo del profesional de la salud.

<u>LOS DAÑOS MORALES EN CASO DE SENTENCIA DEBEN INDEMNIZARSE SOLO EN LA MEDIDA QUE SE PRUEBE EL DOLOR PADECIDO POR LOS DEMANDANTES</u>

En sentencia C-916 de 2002 de la Corte Constitucional se estableció que *"ni en la jurisdicción civil ni en la jurisdicción contenciosa administrativa existe una disposición legal que restrinja la discrecionalidad del juez para decidir en la reparación de los perjuicios morales. En el empeño de encarar directamente el asunto, la sala precisa que, para la valoración del quantum del daño moral en materia civil, estima apropiada la determinación de su cuantía en el marco fáctico de la circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflición o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador"*, ahora bien, sí el juez está facultado para emplear las reglas de la sana crítica y el *arbitrio judicis* al momento de establecer una indemnización de carácter patrimonial también deberá acudir a las circunstancias propias del caso y a los daños que efectivamente resulten acreditados, sin en ningún momento rebasar el monto indicado en el juramento estimatorio, de lo contrario la discrecionalidad podría superar sus límites y convertirse en arbitrariedad.

Se reitera la indemnización de perjuicios no es una fuente de enriquecimiento para quien la reclama, y en ningún evento buscará dejar al acreedor en una mejor posición pecuniaria de la que tenía al momento de daño

INEXISTENCIA DE LUCRO CESANTE ANTE LA AUSENCIA DE PRUEBA QUE ASÍ LO ACREDITE

La estimación del lucro cesante de los demandantes no tiene ningún fundamento, más si se tiene en cuenta que no existe indicio que permita establecer que la fallecida apoyaba a sus padres económicamente y que se encontraba vinculada laboralmente para la época del periodo de gestación, siendo que dentro del Sistema General de Seguridad en Salud figura afiliada como beneficiaria del señor Luis Vergara, lo que hace presumir la inexistencia de ingresos, oficio u actividad laboral de la señora Paola Maria Dager.

4- OBJECCIÓN L JURAMENTO ESTIMATORIO

Estima la parte actora los perjuicios materiales discriminados en lucro cesante pasado por las sumas de $20.363.677 (lucro cesante consolidado) y $ 145.275.296 (lucro cesante futuro).

El concepto del lucro cesante del todo no es claro; para la actora al discriminar que la señora Dager recibiera una "ganancia" o "utilidad" producto de su actividad como ama de casa, por lo que su familia lo que se vio afectado con su deceso. Interpretando éste acápite, se entiende que la parte pasiva concibe el perjuicio como la pérdida de un emolumentos generados, de por sí un aspecto que carece de una de las condiciones de existencia del daño, como lo es el elemento certeza del daño; es decir, no es posible en el presente caso definir que la fallecida viviría (ello con base en su condición de prematura extrema) y alcanzaría la mayoría de edad necesaria para generar ingresos y socorrer a sus progenitores.

Señala la jurisprudencia que *"el daño para que pueda ser reparado debe ser cierto, esto es, no un daño genérico o hipotético, sino uno específico, cierto: el que sufre una persona determinada en su patrimonio"*. Opuesto a la certeza del daño se encuentra la eventualidad, que no otorga derecho a la indemnización.

El Profesor Tamayo Jaramillo enuncia que según la jurisprudencia la certeza del perjuicio se presenta cuando se *"distingue entre la existencia del perjuicio y la de su cuantía, aceptando que lo indispensable es la prueba de la primera, con lo cual se abre camino para que, en un incidente posterior se demuestre el monto de la segunda"*. En resumen, el daño alegado, del cual se pretende el reconocimiento de una indemnización no puede nacer de suposiciones o conjeturas, cómo tampoco puede ser eventual, sin que ello implique a que daño sea futuro, pues la certeza implica es que no exista duda sobre su ocurrencia.

La estimación del lucro cesante de los demandantes no tiene ningún fundamento, más si se tiene en cuenta que no existe indicio que permita establecer que la paciente soportaría a su familia económicamente, siendo que la presunción enunciada por el demandante es fácilmente desvirtuable.

La ley 1564 de 2012, impone a quien estime en exceso el juramento estimatorio una condena superior a la considerada en la ley 1395 de 2010: *"Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta (50%) la que resulte probada, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia", de ahí que sea tan exigente a la luz de la nueva legislación el juramento estimatorio".*

Por ende, solicito al Despacho que en aplicación de lo anterior se condene a los demandantes a pagar el 10% de la diferencia, de lo que resulte probado, a favor de la Dirección Administrativa Judicial, dado que en el acápite respectivo ni de las pretensiones de la demanda, se extrae a qué obedece la enunciación de cada uno de éstos conceptos.

5-. SOLICITUD DE PRUEBAS DE SALUD TOTAL E.P.S.-S. S.A.

DOCUMENTALES: solicito al despacho sea decretada como prueba documental la siguiente:

-Historia Clínica de Paola Maria Dager Romero, correspondiente a las atenciones suministradas durante los controles prenatales en unidades propias de Salud Total EPS-S.A.
-Certificado de servicios, medicamentos, insumos y procedimientos autorizados por Salud Total EPS-S S.A. a la paciente Paola Maria Dager Romero.

TESTIMONIALES:

Solicito se decreten los siguientes testimonios.

-Dr. Guillermo Alfonso Dimas Torres - Coordinador de Auditoria de Salud Total S.A. EPS-S., con el fin que declare sobre los hechos que le consten de la demanda, en especial sobre cada uno de los servicios suministrados por los médicos de Salud Total S.A. EPS-S., que se cuestionan en la demanda como también de los servicios prestados en Medicina Integral IPS S.A., detallando el contenido de la historia clínica contra los hechos descritos en la demanda. El testigo recibirá notificaciones a través de la suscrita, en la cra. 18 No. 109-15 en Bogotá y a través del correo electrónico guillermodt@saludtotal.com.co

-Dr. Jorge Enrique Villadiego Peluffo -Director Médico Sucursal Cartagena Salud Total EPS-S S.A., con el fin que declare sobre los hechos que le consten respecto a la realización del COVE adelantado ante el DADIS, así como el proceso de atención brindado a la paciente Paola Maria Dager Romero, en los controles prenatales y las instalaciones de Medicina Integral IPS S.A., El testigo recibirá notificaciones a través de la suscrita y a través del correo electrónico guillermodt@saludtotal.com.co

-Dra. Ana Maria Quintero Serrano -Ginecologa de Salud Total EPS-S S.A.-, para que declare sobre las atenciones que brindó a la paciente Paola Maria Dager Romero, durante los controles prenatales. La testigo recibirá notificaciones a través de la suscrita y en la carrera 70 No. 31-90 de Cartagena. Manifiesto que desconozco el correo de la deponente.

-Dra. Janeth Maria Corvacho Contreras Ginecologa de Salud Total EPS-S S.A.- para que declare sobre las atenciones que brindó a la paciente Paola Maria Dager Romero, durante los controles prenatales. La testigo recibirá notificaciones a través de la suscrita y en la carrera 70 No. 31-90 de Cartagena. Manifiesto que desconozco el correo de la deponente.

6-. SOLICITUD

Solicito se absuelva a Salud Total Entidad Promotora del Régimen Contributivo y del Subsidiado Salud Total EPS-S S.A. de todas y cada una de las pretensiones presentadas por el demandante. En caso de sentencia desfavorable debe condenarse a la EPS que represento en la medida de la acusación del daño porcentuando la sentencia sobre la realización del hecho dañoso.

7-. NOTIFICACIONES

-SALUD TOTAL EPS-S S.A a través de sus representantes legales recibe notificaciones en la Carrera 18 No. 109-15 en la ciudad de Bogotá y a través del correo electrónico notificacionesjud@saludtotal.com.co.

-La suscrita apoderada en la carrera 18 No. 109-15 en Bogotá D.C. y a través del correo electrónico adrianamom@saludtotal.com.co; adrianamorenomz@hotmail.com y a través del móvil 318 402 55 83

8-. ANEXOS

- Certificado de Existencia y representación legal de Salud Total E.P.S-S S.A.
- Llamamiento en garantía a Sociedad Medicina Integral IPS S.A.
- Llamamiento en garantía a Chubb Seguros Colombia S.A.
- Las pruebas documentales enunciadas en el respectivo acápite.

Atentamente,

ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. No. 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. No. 158.155 del C.S. De la J.
Apoderada Salud Total EPS-S S.A.