

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>	<p>PROCESO: GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>CÓDIGO: CSJCF-GD-F04</p>	
	<p>ACUSE DE RECIBIDO: ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS</p>	<p>VERSIÓN: 1</p>	

CENTRO DE SERVICIOS JUDICIALES CIVIL Y FAMILIA - MANIZALES

ACUSE DE RECIBIDO

FECHA: Jueves 03 de Septiembre del 2020

HORA: 14:41:22

Se ha registrado en el sistema, la carga de 2 archivo(s) suscrito(s) a nombre de; Felipe Puerta Garcia, con el radicado; 201900135, correo electrónico registrado; notificaciones@gha.com.co, dirigido(s) al JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, (+57) 321 576 5914

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-20200903144123-23169

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'
Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas
csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co
8879620 ext. 11600

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022281640 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

06 de Junio de 2018

Tomador de la Póliza

SALUD TOTAL EPS S SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

A P SEGUROS Y CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	15
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	15
Capítulo III - Siniestros.....	23

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro: SALUD TOTAL EPS S SA NIT: 8001309074
CR 18 CL 109 15
BOGOTA
Teléfono: 62966600
Email: miguelr@saludtotal.com.co

Asegurado: SALUD TOTAL EPS S SA NIT: 8001309074
CR 18 CL 109 15
BOGOTA
Teléfono: 62966600
Email: miguelr@saludtotal.com.co

Póliza y duración: Póliza n°: 022281640 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 01/06/2018 hasta las 24:00 horas del 31/05/2019.

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Renovable a partir del 31/05/2019 desde las 24:00 horas.

Intermediario: A P SEGUROS Y CIA LTDA
Clave: 1090107
CL 93 B CR 17 - 25 OF 205
BOGOTA
NIT: 8300029914
Teléfonos: 7560831 0
E-mail: directora.cartera@apseguros.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 18 CL 109 15

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	300.000.000,00
Límite asegurado vigencia	1.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	1.755,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

- (a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
- (b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- (a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- (b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- (c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- (d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	300.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	300.000.000,00	1.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1090107	A P SEGUROS Y CIA LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Actividades de práctica médica y odontológica, prestación del plan obligatorio de salud.

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC Profesional:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000

Demás Eventos:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$3.000.000

EXCLUSIONES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además del siguiente:

- Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las unidades de atención propias.
- Se excluye cobertura para reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA, VIH y/o HEPATITIS y/o cualquier enfermedad infectocontagiosa.
- Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados laboralmente por el asegurado, relacionados en el formulario único de cotización.
- Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas.

e. Todo acto médico o procedimiento realizado con fines estéticos o cirugía plástica está excluido.

Queda excluida la Cláusula compromisoria o de arbitramento de las condiciones generales de la Póliza.

GASTOS DE DEFENSA

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanten como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. La compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado y hasta un máximo de COP \$ 15.000.000 por evento, excepto para el abogado de Salud Total EPS SA, Dra. María de los Ángeles Meza Rodríguez, o quien lo sustituya, cualquiera que sea la causa para quien se fija un tope máximo de COL \$6.000.000 por evento.

INFORMACIÓN:

RELACIÓN DE UNIDADES:

Barranquilla - Atlántico: 8
Bucaramanga - Santander: 3
Cartagena - Bolívar: 5
Cali - Valle del cauca: 1
Chinchiná - Caldas: 2
Ciénaga - Magdalena: 1
Dosquebradas - Risaralda: 2
Floridablanca - Santander: 2
Fundación Magdalena: 2
Girardot - Cundinamarca: 2
Girón - Santander: 1
Ibagué - Tolima: 6
La Loma - Cesar: 2
Manizales - Caldas: 7
Montería - Córdoba: 2
Pereira - Risaralda: 7
Sabanalarga - Atlántico: 1
Santa Marta - Magdalena: 5
Sincelejo - Sucre: 1
Soledad - Atlántico: 2
Turbaco - Bolívar: 1
Valledupar - Cesar: 5
Villavicencio - Meta: 1

RELACIÓN DE MÉDICOS:

I. Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras:61

II: Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología, Oncología, Neurología: Cirugía 16, Ortopedia: 9

III. Médicos Generales, Patólogos, Endocrinólogos, Gastroenterólogos, Internistas, Dermatólogos, Otorrinolaringólogo, Pediatra, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatólogo, Ecografistas, Reumatólogo, Inmunólogo, Neumólogos, Nefrólogos: Médicos generales:817, Internistas: 42, Dermatólogos:12, Otorrinolaringólogo: 3 Pediatra: 80, Medicina Física y Rehabilitación: 27, Neumólogo: 1, Psicólogos: 8

IV. Odontólogos, ortodoncistas: Odontólogos: 72

V. Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías (favor especificar: Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías: Médico Familiar: 8, Médico Laboral: 3, Médico Neurocirujano: 3, Médico Psiquiatra: 3, Médico Urgenciólogo: 2, Odontólogos Endodoncista: 12, Odontopediatría: 3, Cirujano Oral: 1, Enfermeras jefe: 191, Auxiliares de Enfermería: 309, Terapistas Respiratorias: 25, Fisioterapeutas: 15, Regentes de Farmacia: 4, Auxiliar de Odontología: 8, Instructor Físico: 1, Ed. Salud: 4, Nutricionistas: 9

SUBJETIVIDADES:

La presente póliza se encuentra sujeta a recibir la siguiente información antes del inicio de vigencia:

1. Informar ingresos reales del año 2016 y estimados para el año 2017
2. A la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

ANEXO SE REALIZA ACTUALIZACION DE MEDICOS Y UNIDADES A PARTIR DEL 24/01/2018:

RELACIÓN DE UNIDADES A 31 AGOSTO 2017 (67):

Barranquilla - Atlántico: 8
Bucaramanga - Santander: 3
Cartagena - Bolívar: 5
Chinchiná - Caldas: 2
Dosquebradas - Risaralda: 2
Floridablanca - Santander:2
Fundación Magdalena: 2

Girardot - Cundinamarca: 3
Girón - Santander: 1
Ibagué - Tolima: 6
La Loma - Cesar: 2
Manizales - Caldas: 7
Montería - Córdoba: 1
Pereira - Risaralda: 7
Sabanalarga - Atlántico: 1
Santa Marta - Magdalena: 5
Sincelejo - Sucre: 1
Soledad - Atlántico: 2
Turbaco - Bolívar: 1
Valledupar - Cesar: 5
Villavicencio - Meta: 1

RELACIÓN DE MÉDICOS A 31 AGOSTO 2017 (1969):

I. Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras: 65

II: Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología, Oncología, Neurología: Cirugía 16, Ortopedia: 13, Neurología: 1

III. Médicos Generales, Patólogos, Endocrinólogos, Gastroenterólogos, Internistas, Dermatólogos, Otorrinolaringólogo, Pediatra, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatólogo, Ecografistas, Reumatólogo, Inmunólogo, Neumólogos, Nefrólogos: Médicos generales: 816, Médico general servicio social obligatorio: 12

Médico gestor colectivo: 14, Internistas: 46, Dermatólogos: 13, Otorrinolaringólogo: 3, Pediatra: 87, Odontopediatra: 3, Medicina Fisiatra: 3, Terapeuta PAD: 28, Neumólogo: 1, Psicólogos: 18

IV. Odontólogos, ortodoncistas: Odontólogos: 72

V. Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías (favor especificar: Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías: Médico Familiar: 8, Médico Laboral: 28, Médico Neurocirujano: 3, Médico Psiquiatra: 7, Médico Urgenciólogo: 2, Cirujano Oral: 1, Higienista oral: 28, Enfermeras jefe: 196, Auxiliares de Enfermería: 364, Terapeutas Respiratorias: 31, Fisioterapeutas: 16, Regentes de Farmacia: 5, Auxiliar de Odontología: 49, Instructor Físico: 1, Ed. Salud: 3, Nutricionistas: 16

RELACIÓN DE UNIDADES A 31 DICIEMBRE 2017:

Barranquilla - Atlántico: 8
Bucaramanga - Santander: 3
Cartagena - Bolívar: 5
Chinchiná - Caldas: 2

Dosquebradas - Risaralda: 2
Floridablanca - Santander:2
Fundación Magdalena: 2
Girardot - Cundinamarca: 3
Girón - Santander: 1
Ibagué - Tolima: 6
La Loma - Cesar: 2
Manizales - Caldas: 7
Montería - Córdoba: 1
Pereira - Risaralda: 7
Sabanalarga - Atlántico: 1
Santa Marta - Magdalena: 5
Sincelejo - Sucre: 1
Soledad - Atlántico:2
Turbaco - Bolívar: 1
Valledupar - Cesar: 5
Villavicencio - Meta: 1

RELACIÓN DE MÉDICOS A 31 AGOSTO 2017:

I. Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras: 61

II: Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología, Oncología, Neurología: Ortopedia: 9.

III. Médicos Generales, Patólogos, Endocrinólogos, Gastroenterólogos, Internistas, Dermatólogos, Otorrinolaringólogo, Pediatra, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatólogo, Ecografistas, Reumatólogo, Inmunólogo, Neumólogos, Nefrólogos: Médicos generales:729, Médico general servicio social obligatorio:12

Médico gestor colectivo:13, Internistas: 38, Dermatólogos:13, Otorrinolaringólogo: 3, Pediatra: 86, , Medicina Fisiatra:2, , Neumólogo: 1, Psicólogos: 19

IV. Odontólogos, ortodontistas: Odontólogos: 65

V. Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías (favor especificar: Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías: Médico Familiar: 6, Médico Laboral 21, Médico Neurocirujano: 2, Médico Psiquiatra: 7, Médico Urgenciólogo: 2, Odontólogos Endodoncista: 1, Odontopediatra 3, Cirujano Oral: 2, Enfermeras Jefes: 188, Auxiliares de enfermería: 351, Terapistas Respiratorias: 24, Fisioterapeutas: 15, Regentes de Farmacia: 5, Auxiliar de Odontología: 38, Instructor Físico: 1, ed salud 1, Nutricionistas: 14, Medico gestor colectivo:13, I Terapeuta PAD:27, Auxiliar de Referencia y contrareferencia:11.

SUBJETIVIDADES:

La presente póliza se encuentra sujeta a recibir la siguiente información antes del inicio de vigencia:

1. Informar ingresos reales del año 2017 y estimados para el año 2018

2. A la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 887471335

Período: de 01/06/2018 a 31/05/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	288.000.000,00
IVA	54.720.000,00
IMPORTE TOTAL	342.720.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor A P SEGUROS Y CIA LTDA

Teléfono/s: 7560831 0

También a través de su e-mail: directora.cartera@apseguros.com.co

Sucursal: CALLE 104

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500

En Bogotá5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.



**Representante Legal
Allianz Seguros S.A.**

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones,
El Tomador

SALUD TOTAL EPS S SA

A P SEGUROS Y CIA
LTDA

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

Capítulo II Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios

profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑÍA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑÍA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑÍA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
 - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
 - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
 - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
 - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
 - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
 - Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
 - Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
 - Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
 - Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
 - Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
 - Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
 - Contaminación paulatina
 - Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
 - Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
 - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
 - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
 - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

- (i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
- (ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
- (iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
- (iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

- diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
 3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
 - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
 4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
 5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
 6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
 7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
 8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
 9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
 10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
 11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
 12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
 13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
 14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
 15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
 16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
 17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
 - a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de

- los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

actividades normales en relación con:

- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑIA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le da para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, evaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosos o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su

responsabilidad como tal.

2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del

riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la

cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

En el primer caso, la revocación da derecho al ASEGURADO a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a quince (15) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el

siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de treinta (10) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



A P SEGUROS Y CIA LTDA

NIT: 8300029914
CL 93 B CR 17 - 25 OF 205
BOGOTA
Tel. 7560831
Fax 5304265
E-mail: directora.cartera@apseguros.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

Señores

JUZGADO SEGUNDO (02) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES

E. S. D.

REFERENCIA: **VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA**
DEMANDANTES: **MARÍA EUGENIA PORTILLA MARTÍNEZ Y OTROS**
DEMANDADOS: **SALUD TOTAL EPS. S.A. Y OTROS**
RADICACIÓN: **170013103002-2019-00135-00**

FELIPE PUERTA GARCÍA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Pereira, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.088.277.101 de Pereira, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 289.809 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado sustituto de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, tal como se encuentra acreditado en el expediente; procedo dentro del término legal oportuno, a contestar la demanda promovida por DIANA MILENA PORTILLA MARTÍNEZ, ANDRÉS FELIPE PORTILLA MARTÍNEZ, JUAN GABRIEL PORTILLA MARTÍNEZ, MARÍA EUGENIA PORTILLA MARTÍNEZ, JONNATHAN DE JESÚS PORTILLA MARTÍNEZ y DEMETRIO PORTILLA OCAMPO, en contra de SALUD TOTAL EPS S.A., CLÍNICA AMAN S.A. y CLÍNICA VERSALLES S.A., y seguidamente a contestar el llamamiento en garantía que la primera de estas formuló a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, oponiéndome a la prosperidad de ambas, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, teniendo en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, así como conforme a las pruebas que lleguen a practicarse, se nieguen todas las pretensiones de los demandantes, igualmente las de la citada parte pasiva convocante, con fundamento en lo que se expone en el presente escrito:

CAPÍTULO I.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho “1.”: No me consta. Las condiciones civiles de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO (Q.E.P.D.) antes de su deceso son absolutamente ajenas al conocimiento de ALLIANZ SEGUROS S.A. Además, la redacción del hecho no es clara pues no se especifica para qué fecha la señora MARTÍNEZ GIRALDO contaba con 42 años de edad. Debe probarse.

Frente al hecho “2.”: No me consta. Las particularidades relativas a la situación de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud

(SG-SSS) son completamente ajenas a ALLIANZ SEGUROS S.A., como quiera que mi representada no es una de las entidades integrantes del SG-SSS de acuerdo a lo descrito en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993. Debe probarse.

Frente al hecho “3.”: No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que ALLIANZ SEGUROS S.A. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ. Debe probarse.

No obstante, de la lectura de la HC. se concluye que el hecho no es cierto como está redactado. La señora BLANCA EMIR en consulta del 21 de noviembre de 2013 refiriendo “dolor abdominal y eructos frecuentes” y niega intolerancia a los alimentos o cambios de peso. En el examen físico se anota que el abdomen está “blando sin masas”. Se prescriben medicamentos antihelmínticos y antimicrobianos. Para esta primera atención no se hayan signos indicativos de que la paciente curse un proceso neoplástico.

En diciembre del año 2013 la paciente resconsulta por dolor abdominal y cistocele. En la entrevista la paciente niega la presencia de otros síntomas como fiebre, diarrea o disuria y en el examen físico se consigna “abdomen blando sin masas” con “escaso dolor” (Ver página 17 HC. Salud Total). Resultados de paraclínicos no patológicos. Con base en lo anterior, se da alta a la paciente con signos de alarma para reconsulta, a saber:

Recomendaciones: SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI HAY DOLOR, MALESTAR GENERAL, FIEBRE, MAREO, DIFICULTAD RESPIRATORIA ENTRE OTRAS MOLESTIAS QUE NO PERMITAN EL BUEN DESEMPEÑO DE SUS ACTIVIDADES, SE SUGIEREN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE, ALIMENTACION BALANCEADA.

Con posterioridad a estas atenciones (en el primer semestre del año 2014), la paciente no consulta por síntomas digestivos, sino por otras patologías como la psoriasis (consultas del 17 de enero, 08 de abril y 9 de junio, 17 de junio de 2014) y prolapso genital grado III (atenciones del 21 de mayo y 16 de julio). La siguiente consulta por síntomas digestivos se da en Julio de 2014.

Frente al hecho “4.”: No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que ALLIANZ SEGUROS S.A. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ DE PORTILLA. Debe probarse.

Frente al hecho “5.”: No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que ALLIANZ SEGUROS S.A. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ.

No obstante lo anterior, de la lectura de la historia clínica aportada con la demanda y las contestaciones, se concluye que no son ciertas las afirmaciones contenidas en este hecho. En efecto, la señora BLANCA EMIR tuvo atenciones médicas posteriores a diciembre de 2013 referidas a otras patologías como la psoriasis (consultas del 17 de enero, 08 de abril y 9 de junio, 17 de junio de 2014) y prolapso genital grado III (atenciones del 21 de mayo y

16 de julio). Colorario de lo anterior, es que **no es cierto** que la señor BLANCA EMIR haya consultado durante ocho (08) meses por síntomas dispepsicos, pues las consultas que se evidencian en el primer semestre del año 2014 no refieren la presencia de síntomas digestivos y, menos aún, indicativos de la presencia de un cáncer gástrico.

Frente al hecho “6.”: No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que ALLIANZ SEGUROS S.A. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO. Debe probarse.

No obstante lo anterior, del examen de las pruebas adosadas al plenario por la parte actora, podemos afirmar que **no es cierto** que SALUD TOTAL EPS S.A. y/o alguna IPS. de su Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud hayan negado a la señora BLANCA EMIR acceso a tratamiento médico, oportuno y eficaz o incurrido en un error diagnóstico, como se afirma en este hecho, por las razones que se pasan a exponer.

En este punto es menester reiterar que la primera atención médica brindada a la paciente BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO por síntomas digestivos en SALUD TOTAL EPS S.A. data del mes de noviembre de 2013. Sin embargo, en el primer semestre del año 2014 la mencionada señora nunca reconsultó por este tipo de síntomas, ni otro indicativo de la existencia de una neoplastia gástrica, a pesar que en consulta del 13 de diciembre de 2013 se dieron signos de alarma que la paciente dijo entender y aceptar. Solamente hasta Julio del año 2014 (Ver notas clínicas del 16 y 17 de julio de 2014 de la HC. de Salud Total) la paciente consulta por síntomas abdominales, de tal forma que la prestación del servicio médico por esta causa se dio -aproximadamente- tres meses antes del lamentable deceso de la señora BLANCA EMIR, lo que (desde ya) es indicativo de la ausencia de responsabilidad de la EPS SALUD TOTAL S.A. y de las IPS'S de su Red de Prestadores, CLÍNICA VERSALLES S.A. y CLÍNICA AMÁN S.A., a sabiendas que la teoría del caso del extremo activo de la litis consiste en que la morosidad en el hallazgo del diagnóstico “CA. GÁSTRICO” de la paciente BLANCA EMIR (de aproximadamente 08 meses según lo descrito en este hecho) redujo considerablemente sus posibilidades de sobrevivida al no contar con tratamiento médico adecuado para su padecimiento desde un principio. Teniendo en cuenta esta premisa es menester indicar que ningún daño puede ser imputado a alguna conducta, acto u omisión de SALUD TOTAL EPS S.A o de cualquiera de las Instituciones Prestadoras de Salud de su Red, pues la paciente solo reconsultó por síntomas digestivos en Julio del año 2014, de manera que la indicada “morosidad” de 08 meses alegada por la parte actora no puede ser, en ningún caso, atribuible a SALUD TOTAL EPS S.A., a la CLÍNICA VERSALLES S.A. o a la CLÍNICA AMÁN. Antes bien, la respuesta de la Entidad Promotora de Salud, y de su red de prestadoras de servicios de salud, fue rápida, ágil, oportuna y apegada a las normas de la *Lex Artis*, como ya se ha indicado.

En Historia Clínica de la CLÍNICA VERSALLES de la señora BLANCA EMIR del 23 de julio de 2014 se puede leer: “PACIENTE DE 43 AÑOS CON ANTECEDENTES DE PSORIASIS* REMITIDA A URGENCIAS DE SALUD TOTAL POR CUADRO CLÍNICO DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE PREDOMINIO EN EPIGASTRO (sic) E HIPOCONDRIO DERECHO”.

Una vez recibida la paciente por la CLÍNICA VERSALLES S.A. es valorada por medicina general; se ordenan paraclínicos de acuerdo a síntomas y examen físico, aplicación de medicamentos y remisión a las especialidades de medicina interna y cirugía. El M.D. Montenegro, especialista en medicina interna, valora a la paciente y ordena hospitalización para realización de paracentesis diagnóstica (citoquímico, citológico, BAAR, gradiente albumina sérica/líquido ascítico) y TAC abdomen y pelvis.

Posteriormente, el M.D. Millán, especialista en Medicina Interna, ordena ECO Dopler de circulación frontal; en este último se hacen los siguiente hallazgos:

“ASCITIS DE MÁS DE 2500 C.C.* HIGADO DISMINUIDO DE TAMAÑO CON ASPECTO MICRONODULAR DIFUSO* SUS CONTORNOS PERIFÉRICOS BIEN DEFINIDOS* ALTERCON ENTRE LOBULO DERECHO Y LOBULO CUADRADO* RIÑONES CON ECTASIA PIELOCALICIAL EN LADO DERECHO* PORTA DE 9-11 MM* FLUJO DE TIPO HEPATOPETA DE TROMBOSIS* HALLAZGOS SUGESTIVOS DE CIRROSIS HEPÁTICA MICRONODULAR DIFUSA CON SIGNOS HIPERTENSIÓN PORTAL”.

El mismo 23 de julio del 2014 la señora BLANCA EMIR es valorada por cirugía general; se programa el procedimiento de paracentesis diagnóstica. Es valorada nuevamente por medicina interna la cual ordena nuevos paraclínicos y valoración por gastroenterología.

Para el día 24 de julio de 2014 se realiza el procedimiento de paracentesis por el M.D. Alejandro Salazar. En el procedimiento se toman las respectivas muestras a la señora BLANCA EMIR para realizar los estudios ordenados.

El mismo día, la paciente es valorada por gastroenterología. Se indica que debe descartarse “cirrosis secundaria a hepatitis autoinmune” para lo cual se ordenan paraclínicos y una endoscopia digestiva alta para descartar venas esofágicas. Se prescribieron anticoagulantes por sospecha de TEP.

El reporte de la endoscopia es de fecha 25 de julio de 2014, visible a folio 76, es del siguiente tenor:

“ESOFAGO: Mucosa y distensibilidad conservada. Línea Z a los 37 cm de la arcada dentaria, con cardias al mismo nivel. No se observan várices esofágicas.

ESTÓMAGO: Lago mucoso claro. Pliegues que por fundus y curva mayor se dirigen al cuerpo medio gástrico. Fundus y cuerpo sin lesiones. No se observan varices fundicas. Ángulo sin alteraciones. Mucosa antral con eritema en parches. Píloro permeable.

DUEDENO: Primera y segunda porción sin lesiones." (Subraya fuera de texto).

El 26 de julio de 2014 se recibe el reporte del líquido peritoneal negativo. El reporte es el siguiente:

REPORTE DE LÍQUIDO PERITONEAL: "ASPECTO DE LÍQUIDO TURBÍO* COLOR ROJIZO* ANTES DE CENTRIFUGAR Y AMARILLO DESPUÉS DE CENTRIFUGAR* PH 7; LEUCOSITOS 1550 ERITROCITOS 20 GLUCOSA 4.2 PROTEINA 4.7 WRIGHT PMN 20% MONONUCLEARES 80% NO SE OBSERVA BAAR EN LA MUESTRA* GRAM SIN GÉRMENES".

Se continuó con manejo interdisciplinario de la paciente.

El 28 de julio de 2014 se da de alta a la paciente por evidenciarse estabilidad clínica y resolución de cuadro agudo. Se ordena cita de control con paraclínicos solicitados para descartar patología autoinmune y se indican signos de alarma de reconsulta inmediata.

La paciente BLANCA EMIR tuvo una segunda consulta en la CLÍNICA VERSALLES, en la que se evidenció un mayor compromiso general y deterioro con ascitis en tensión recurrente y drenaje en varias ocasiones previas, hipo albuminemia, trombosis venosa profunda, y durante su estancia hospitalaria, síntomas sugestivos de encefalopatía hepática. La atención en esta oportunidad consistió en la estabilización del deterioro clínico de la señora BLANCA EMIR, así como el manejo del trastorno de coagulación y la trombosis venosa profunda que padecía, para poder llevarla a biopsia hepática y establecer diagnóstico etiológico de la cirrosis, cuya causa probable era una ascitis, que ya había presentado en Julio del 2014.

Para esta segunda atención, la paciente venía remitida de la CLÍNICA AMAN, ya que por concepto médico del M.D. Lázaro (radiología), perteneciente a esta última institución, requiere una biopsia dirigida, por lo cual se decide la hospitalización de la paciente con miras a la realización de la biopsia hepática. Una vez ingresa la paciente a la CLINICA VERSALLES S.A., es valorada por medicina general, indicando valoración por medicina interna, gastroenterología, nutrición y cirugía general. Durante este ingreso la paciente presentaba un cuadro de anticoagulación importante que ponía en riesgo inminente la salud y vida de la paciente en el evento de realizarse la biopsia hepática por punción guiada por tomografía prescrita en la CLÍNICA AMÁN, de tal manera que se piensa en una biopsia hepática por laparoscopia.

En efecto, una vez es valorada la señora BLANCA EMIR por la especialidad de cirugía general para la programación del procedimiento quirúrgico "biopsia hepática", se considera que, inclusive, la biopsia hepática por laparoscopia implica un riesgo muy alto para la vida de la paciente, pues este procedimiento podría llevarla a un sangrado incontrolable, a una lesión visceral y un compromiso de una posible fístula de líquido peritoneal, por lo cual no

da concepto médico de viabilidad a la realización de la biopsia hepática por laparoscopia y, finalmente, solicita nueva consulta con gastroenterología, con el fin de estudiar otras posibilidades clínicas para la realización del procedimiento.

Posteriormente la señora BLANCA EMIR es nuevamente valorada por el M.D. Ángel Pinzón, gastroenterólogo de la CLINICA VERSALLES S.A., quien indica que no ha sido posible realizar la biopsia, debido al riesgo de sangrado, para lo cual decide remitir a la paciente a una institución de cuarto nivel para lograr la efectiva realización de la biopsia hepática y, posteriormente, ser valorada por la especialidad de hepatología. La remisión se dio efectivamente hacia la ciudad de Medellín en el Hospital San Vicente Fundación.

Lo antes descrito da cuenta de la atención oportuna, ágil y acorde con las reglas de la *Lex Artis* posibilitada y dispensada a la señora BLANCA EMIR por parte de SALUD TOTAL EPS S.A., de la IPS CLÍNICA VERSALLES S.A. y de la IPS CLÍNICA AMÁN S.A., adscritas a su red de atención, recordando que las obligaciones derivadas de la prestación de servicios médicos son de medio y no de resultado. Así, en el presente caso, los galenos de la CLÍNICA VERSALLES S.A., Institución Prestadora de Salud (IPS.) que pertenece a la red de prestadores de salud de SALUD TOTAL EPS S.A., acudieron a todos los medios disponibles para la atención de la señora BLANCA EMIR y le practicaron los paraclínicos y ayudas diagnósticas aconsejados por la ciencia médica para sus padecimientos y de acuerdo al examen físico de rigor que se le practicó. Téngase en cuenta que de la lectura de la interpretación de la “Endoscopia Digestiva Alta” realizada por la M.D. Claudía Díaz se descarta la existencia de lesiones en estómago, duodeno y esófago que fueran sugestivas de un proceso neoplástico o canceroso. En ese sentido, no puede imputarse una falla médica a SALUD TOTAL EPS S.A., ni a las Instituciones Prestadoras de Salud pertenecientes a su Red de Prestadores, por error diagnóstico pues (se itera) las ayudas diagnósticas practicadas (las cuales eran pertinentes para su sintomatología) orientaban al personal médico a la existencia de una cirrosis hepática y no a una neoplastia gástrica.

Frente al hecho “7.”: No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que ALLIANZ SEGUROS S.A. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR en su estancia en el Hospital San Vicente Fundación. Debe probarse.

Frente al hecho “8.”: No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que ALLIANZ SEGUROS S.A. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR en su estancia en el Hospital San Vicente Fundación. Debe probarse.

No obstante lo anterior, del examen de las pruebas adosadas al plenario por la parte actora, podemos afirmar que no es cierto que SALUD TOTAL EPS S.A. y/o alguna IPS. de su Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud hayan negado a la señora BLANCA EMIR acceso a tratamiento médico, oportuno y eficaz o incurrido en un error diagnóstico, como se afirma en este hecho, por las razones que se pasan a exponer.

En este punto es menester reiterar que la primera atención médica brindada a la paciente BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO por síntomas digestivos en SALUD TOTAL EPS S.A. data del mes de diciembre de 2013. Sin embargo, en el primer semestre del año 2014 la mencionada señora nunca reconsultó por este tipo de síntomas, ni otro indicativo de la existencia de una neoplastia gástrica, a pesar que en consulta del 13 de diciembre de 2013 se dieron signos de alarma que la paciente indicó entender y aceptar. Solamente hasta Julio del año 2014 (Ver notas clínicas del 16 y 17 de julio de 2014 de la HC. de Salud Total) la paciente consulta por síntomas abdominales, de tal forma que la prestación del servicio médico por esta causa se dio -aproximadamente- tres meses antes del lamentable deceso de la señora BLANCA EMIR, lo que (desde ya) es indicativo de la ausencia de responsabilidad de la EPS SALUD TOTAL S.A. y de las IPS'S de su Red de Prestadores, CLÍNICA VERSALLES S.A. y CLÍNICA AMÁN S.A., en el caso *sub-examine*, esto a sabiendas que la teoría del caso del extremo activo de la litis consiste en que la morosidad en el hallazgo del diagnóstico "CA. GÁSTRICO" de la paciente BLANCA EMIR (de aproximadamente 08 meses según lo descrito en este hecho) redujo considerablemente sus posibilidades de sobrevivir al no contar con tratamiento médico adecuado para su padecimiento desde un principio. Teniendo en cuenta esta premisa es menester indicar que ningún daño puede ser imputado a alguna conducta, acto u omisión de SALUD TOTAL EPS S.A o de cualquiera de las Instituciones Prestadoras de Salud de su Red, pues la paciente solo reconsultó por síntomas digestivos en Julio del año 2014, de manera que la indicada "morosidad" de 08 meses alegada por la parte actora no puede ser, en ningún caso, atribuible a SALUD TOTAL EPS S.A., a la CLÍNICA VERSALLES S.A. o a la CLÍNICA AMÁN. Antes bien, la respuesta de la Entidad Promotora de Salud, y de su red de prestadoras de servicios de salud, fue rápida, ágil, oportuna y apegada a las normas de la *Lex Artis*, como ya se ha indicado.

Respecto de las afirmaciones relativas a la existencia de un error diagnóstico, debemos decir que se trata de apreciaciones netamente subjetivas de la parte actora que carecen - en este estadio procesal- de cualquier sustento probatorio. Por ende, dichas afirmaciones deben ser acreditadas de manera completa por los demandantes al momento de la práctica de las pruebas.

Frente al hecho "9.": No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que ALLIANZ SEGUROS S.A. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ. Debe probarse.

Frente al hecho “10.”: No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho escapan de la órbita de conocimiento de ALLIANZ SEGUROS S.A., como entidad aseguradora, como quiera que la misma no intervino en modo alguno en la atención médica dispensada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ. Debe probarse.

No obstante lo anterior, del examen de los medios de prueba presentados por la parte actora podemos indicar que **no es cierto** lo aquí afirmado. Nos pronunciaremos de la siguiente forma:

- Es cierto que la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO falleció el 12 de octubre de 2014 pues se adosó al expediente el registro civil del defunción de la misma.
- Con relación a la planteada existencia de un error diagnóstico y la “mora” en la definición del diagnóstico de la señora BLANCA EMIR, indicamos que no son ciertas estas manifestaciones por las razones que pasamos a exponer:

i) Inicialmente debemos reiterar que la primera atención médica brindada a la paciente BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO por síntomas digestivos en SALUD TOTAL EPS S.A. data del mes de noviembre de 2013. Sin embargo, en el primer semestre del año 2014 la mencionada señora nunca reconsultó por este tipo de síntomas, ni otro indicativo de la existencia de una neoplastia gástrica, a pesar que en consulta ante SALUD TOTAL del 13 de diciembre de 2013 se dieron signos de alamar los cuales la paciente indicó entender y aceptar. Solamente hasta Julio del año 2014 (Ver notas clínicas del 16 y 17 de julio de 2014 de la HC. de Salud Total) la paciente consulta por síntomas abdominales, de tal forma que la prestación del servicio médico por esta causa se dio -aproximadamente- tres meses antes del lamentable deceso de la señora BLANCA EMIR, lo que (desde ya) es indicativo de la ausencia de responsabilidad de la EPS SALUD TOTAL S.A. y de las IPS’S. de su Red de Prestadores, CLÍNICA VERSALLES S.A. y CLÍNICA AMÁN S.A., en el caso *sub-examine*, a sabiendas que la teoría del caso del extremo activo de la litis consiste en que la morosidad en el hallazgo del diagnóstico “CA. GÁSTRICO” de la paciente BLANCA EMIR (de aproximadamente 08 meses según lo descrito en este hecho) redujo considerablemente sus posibilidades de sobrevivida al no contar con tratamiento médico adecuado para su padecimiento desde un principio. Teniendo en cuenta esta premisa es menester indicar que ningún daño puede ser imputado a alguna conducta, acto u omisión de SALUD TOTAL EPS S.A o de cualquiera de las Instituciones Prestadoras de Salud de su Red, pues la paciente solo reconsultó por síntomas digestivos en Julio del año 2014, de manera que la indicada “morosidad” de 08 meses alegada por la parte actora no puede ser, en ningún caso, atribuible a SALUD TOTAL EPS S.A., a la CLÍNICA VERSALLES S.A. o a la CLÍNICA AMÁN. Antes bien, la respuesta de la Entidad Promotora de Salud, y de su red de

prestadoras de servicios de salud, fue rápida, ágil, oportuna y apegada a las normas de la *Lex Artis*, como ya se ha indicado.

ii) Lo segundo es que de acuerdo a las estadísticas médicas las probabilidades de sobrevivencia de un paciente con cáncer gástrico metastásico está entre 12-18 meses. Solamente el 5% alcanza una posibilidad de sobrevivencia de hasta cinco años (American Cancer Society, 2019), de manera que la afirmación de la parte actora sobre la posibilidad de una “larga sobrevivencia” de la señora BLANCA EMIR es eminentemente subjetiva, desacertada y desconocedora de la ciencia médica.

iii) Finalmente, no huelga reiterar que la atención médica dispensada por la SALUD TOTAL EPS S.A. y las IPS´S. de su red de prestadoras, CLÍNICA VERSALLES S.A. y CLÍNICA AMÁN S.A., a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ fue ágil, oportuna, digna y apegada a las normas y protocolos médicos aconsejados para el diagnóstico sugerido por el examen médico de rigor y ayudas diagnósticas practicadas a ella.

Así, en Historia Clínica de la CLÍNICA VERSALLES de la señora BLANCA EMIR del 23 de julio de 2014 se puede leer: “PACIENTE DE 43 AÑOS CON ANTECEDENTES DE PSORIASIS* REMITIDA A URGENCIAS DE SALUD TOTAL POR CUADRO CLÍNICO DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE PREDOMINIO EN EPIGASTRO E HIPOCONDRIO DERECHO”.

Una vez recibida la paciente por la CLÍNICA VERSALLES S.A. es valorada por medicina general; se ordenan paraclínicos de acuerdo a síntomas y examen físico, aplicación de medicamentos y remisión a las especialidades de medicina interna y cirugía. El M.D. Montenegro, especialista en medicina interna, valora a la paciente y ordena hospitalización para realización de paracentesis diagnóstica (citoquímico, citológico, BAAR, gradiente albumina sérica/líquido ascítico) y TAC abdomen y pelvis.

Posteriormente, el M.D. Millán, especialista en Medicina Interna, ordena ECO Doppler de circulación frontal; en este último se hacen los siguientes hallazgos:

“ASCITIS DE MÁS DE 2500 C.C.* HIGADO DISMINUIDO DE TAMAÑO CON ASPECTO MICRONODULAR DIFUSO* SUS CONTORNOS PERIFÉRICOS BIEN DEFINIDOS* ALTERCON ENTRE LOBULO DERECHO Y LOBULO CUADRADO* RIÑONES CON ECTASIA PIELOCALICIAL EN LADO DERECHO* PORTA DE 9-11 MM* FLUJO DE TIPO HEPATOPETA DE TROMBOSIS* HALLAZGOS SUGESTIVOS DE CIRROSIS HEPÁTICA MICRONODULAR DIFUSA CON SIGNOS HIPERTENSIÓN PORTAL”.

El mismo 23 de julio del 2014 la señora BLANCA EMIR es valorada por cirugía general; se programa el procedimiento de paracentesis diagnóstica. Es valorada nuevamente por medicina interna la cual ordena nuevos paraclínicos y valoración por gastroenterología.

Para el día 24 de julio de 2014 se realiza el procedimiento de paracentesis por el M.D. Alejandro Salazar. En el procedimiento se toman las respectivas muestras a la señora BLANCA EMIR para realizar los estudios ordenados.

El mismo día, la paciente es valorada por gastroenterología. Se indica que debe descartarse “cirrosis secundaria a hepatitis autoinmune” para lo cual se ordenan paraclínicos y una endoscopia digestiva alta para descartar venas esofágicas. Se prescribieron anticoagulantes por sospecha de TEP.

El reporte de la endoscopia es de fecha 25 de julio de 2014, visible a folio 76, es del siguiente tenor:

“ESOFAGO: Mucosa y distensibilidad conservada. Línea Z a los 37 cm de la arcada dentaria, con cardias al mismo nivel. No se observan várices esofágicas.

ESTÓMAGO: Lago mucoso claro. Pliegues que por fundus y curva mayor se dirigen al cuerpo medio gástrico. Fundus y cuerpo sin lesiones. No se observan varices fundicas. Ángulo sin alteraciones. Mucosa antral con eritema en parches. Píloro permeable.

DUEDENO: Primera y segunda porción sin lesiones.” (Subraya fuera de texto).

El 26 de julio de 2014 se recibe el reporte del líquido peritoneal negativo. El reporte es el siguiente:

REPORTE DE LÍQUIDO PERITONEAL: “ASPECTO DE LÍQUIDO TURBÍO* COLOR ROJIZO* ANTES DE CENTRIFUGAR Y AMARILLO DESPUÉS DE CENTRIFUGAR* PH 7; LEUCOSITOS 1550 ERITROCITOS 20 GLUCOSA 4.2 PROTEINA 4.7 WRIGHT PMN 20% MONONUCLEARES 80% NO SE OBSERVA BAAR EN LA MUESTRA* GRAM SIN GÉRMENES”.

Se continuó con manejo interdisciplinario de la paciente.

El 28 de julio de 2014 se da de alta a la paciente por evidenciarse estabilidad clínica y resolución de cuadro agudo. Se ordena cita de control con paraclínicos solicitados para descartar patología autoinmune y se indican signos de alarma de reconsulta inmediata.

La paciente BLANCA EMIR tuvo una segunda consulta en la CLÍNICA VERSALLES, en la que se evidenció un mayor compromiso general y deterioro con ascitis en tensión recurrente y drenaje en varias ocasiones previas, hipoalbuminemia, trombosis venosa profunda, y durante su estancia hospitalaria, síntomas sugestivos de encefalopatía hepática. La atención en esta oportunidad consistió en la estabilización del deterioro clínico de la señora BLANCA EMIR, así como el manejo del trastorno de coagulación y la trombosis venosa profunda que padecía, para poder llevarla a biopsia hepática y establecer diagnóstico etiológico de la cirrosis, cuya causa probable era una ascitis, que ya había presentado en Julio del 2014.

Para esta segunda atención, la paciente venía remitida de la CLÍNICA AMAN, ya que por concepto médico del M.D. Lázaro (radiología), perteneciente a esta última institución, requiere una biopsia dirigida, por lo cual se decide la hospitalización de la paciente con miras a la realización de la biopsia hepática. Una vez ingresa la paciente a la CLINICA VERSALLES S.A., es valorada por medicina general, indicando valoración por medicina interna, gastroenterología, nutrición y cirugía general. Durante este ingreso la paciente presentaba un cuadro de anticoagulación importante que ponía en riesgo inminente la salud y vida de la paciente en el evento de realizarse la biopsia hepática por punción guiada por tomografía prescrita en la CLÍNICA AMAN, de tal manera que se piensa en una biopsia hepática por laparoscopia.

En efecto, una vez es valorada la señora BLANCA EMIR por la especialidad de cirugía general para la programación del procedimiento quirúrgico “biopsia hepática”, se considera que, inclusive, la biopsia hepática por laparoscopia implica un riesgo muy alto para la vida de la paciente, pues este procedimiento podría llevarla a un sangrado incontrolable, a una lesión visceral y un compromiso de una posible fístula de líquido peritoneal, por lo cual no da concepto médico de viabilidad a la realización de la biopsia hepática por laparoscopia y, finalmente, solicita nueva consulta con gastroenterología, con el fin de estudiar otras posibilidades clínicas para la realización del procedimiento.

Posteriormente la señora BLANCA EMIR es nuevamente valorada por el M.D. Ángel Pinzón, gastroenterólogo de la CLINICA VERSALLES S.A., quien indica que la biopsia no ha sido posible realizar debido al riesgo de sangrado para lo cual decide remitir a la paciente a una institución de cuarto nivel para lograr la efectiva realización de la biopsia hepática y, posteriormente, ser valorada por la especialidad de hepatología. La remisión se dio efectivamente hacia la ciudad de Medellín en el Hospital San Vicente Fundación.

Lo antes descrito da cuenta de la atención pródiga, oportuna, ágil y acorde con las reglas de la *Lex Artis* facilitada y dispensada a la señora BLANCA EMIR por parte de SALUD TOTAL EPS S.A., la CLÍNICA VERSALLES S.A. y la CLÍNICA AMÁN S.A., recordando que las obligaciones derivadas de la prestación de servicios médicos son de medio y no de resultado. Así, en el presente caso, los galenos de las IPS'S de la Res de Prestadores de SALUD TOTAL acudieron a todos los medios disponibles para la atención de la señora BLANCA EMIR y le practicaron los paraclínicos y ayudas diagnósticas aconsejados por la ciencia médica para sus padecimientos y de acuerdo al examen físico de rigor que se le practicó. Téngase en cuenta que de la lectura de la interpretación de la “Endoscopia Digestiva Alta” realizada por la M.D. Claudía Díaz se descarta la existencia de lesiones en estómago, duodeno y esofago que fueran sugestivas de un proceso neoplástico o canceroso. En ese sentido, no puede imputarse una falla médica a la Entidad Promotora de Salud, ni a las Instituciones de su Red de Prestadores por error diagnóstico pues (se itera) las ayudas diagnósticas practicadas (las cuales eran pertinentes para su sintomatología)

orientaban al personal médico a la existencia de una cirrosis hepática y no a una neoplastia gástrica.

Frente al hecho “11”: No es cierto. Pues si bien de acuerdo al registro civil de defunción aportado por la parte actora, la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO falleció el día 12 de octubre de 2014; ninguno de los medios de prueba arrimados por los demandantes acreditan o -si quiera- indican que ese deceso se haya producido por la existencia de alguna falla y/o negligencia médica imputable a las entidades demandadas. En este punto reitaramos: **i)** Que la “mora” de ocho (08) meses alegada por la parte actora en ningún caso puede ser imputable a la EPS SALUD TOTAL S.A. o a su Red de Prestadores de Servicios de Salud (CLÍNICA VERSALLES S.A. y CLÍNICA AMÁN S.A.) como quiera que aunque la primera atención médica dispensada por esta entidad a la señora BLANCA EMIR por síntomas digestivos se da en noviembre y diciembre de 2013 (indicándose signos de alarma para consulta por urgencias), lo cierto es que la señora BLANCA EMIR solamente consulta por este tipo de síntomas en Julio del año 2014 (ver notas clínicas del 16 y 17 de Julio de 2014 de la HC. de Salud Total) y la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ fallece iniciando octubre del mismo año. De tal forma que la imputación por este -presunto- yerro se torna imposible respecto de SALUD TOTAL EPS S.A. o su Red de Prestadoras de Servicios de Salud. **ii)** Que la atención médica facilitada, dispensada y(o autorizada por SALUD TOTAL EPS S.A. fue oportuna, diligente y acorde a los procedimientos y protocolos médicos aconsejados para la sintomatología que presentaba la señora BLANCA EMIR al momento del examen clínico de rigor, los paraclínicos y ayudas diagnósticas practicadas. Advirtiéndose que en la endoscopia digestiva alta que fue prescrita por gastroenterología no se encontraron lesiones sugestivas de la existencia de un CA. Gástrico, de tal forma que al ser las obligaciones derivadas de la prestación de servicios médicos de medio, no de resultado, no puede imputarse falla u omisión alguna a SALUD TOTAL EPS S.A., a la CLÍNICA VERSALLES S.A. o a la CLÍNICA AMÁN S.A.

Frente al hecho “12.”: No me consta. Las afirmaciones realizadas por la parte actora escapan de la órbita de conocimiento de ALLIANZ SEGUROS S.A. como quiera que la misma no participó o intervino en la atención médica que se suministró a la señora BLANCA EMIR, ni puede dar fe de los padecimientos de los causahabientes de aquella después de su deceso. En todo caso, las afirmaciones vertidas en este hecho deben ser probadas por la parte actora.

Frente al hecho “13.”: No es un hecho susceptible de ser afirmado o negado. Se trata de la primera pretensión de la demanda. De tal forma que las manifestaciones sobre el particular se harán en el siguiente acápite.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la totalidad de las pretensiones declarativas y condenatorias solicitadas en la demanda, pues como ha quedado evidenciado en los argumentos esgrimidos en esta contestación, no hubo ninguna conducta irregular por parte de SALUD TOTAL EPS S.A. y, consecuentemente, de su Red de Prestadoras de Servicios de Salud, a saber, de la CLÍNICA VERSALLES S.A. o CLÍNICA AMÁN S.A., durante la atención en salud brindada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ, toda vez que, tanto los médicos como demás personal interviniente en la atención médica prodigada a la señora BLANCA EMIR, actuaron de manera idónea, oportuna, adecuada, diligente y ceñida a los protocolos y parámetros médicos-científicos establecidos para la situación presentada.

Por lo anterior, se advierte que no existe en el expediente prueba fehaciente con la que se pueda establecer culpa, negligencia o impericia de las entidades demandadas en el proceso de la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR; por el contrario, se logra demostrar una conducta diligente y oportuna de la Entidad Promotora de Salud y de las Clínicas y, por consiguiente, la ausencia de culpa que pudiese generar un daño indemnizable.

De conformidad con lo anteriormente expuesto, y con el acervo probatorio y la situación fáctica presentada dentro del presente proceso, resulta evidente que en este caso no se cumplen con los requisitos que estructuran una responsabilidad como la que se le pretende endilgar a las pasivas y, por consiguiente, no es posible adjudicar o endilgar responsabilidad civil, y consecuentemente, tampoco lo es la reparación de los supuestos perjuicios alegados por los demandantes.

Por otro lado, puntualizo de manera especial que las pretensiones de la demanda son excesivamente altas y denotan un afán de lucro imposible de atender, como quiera que el eventual resarcimiento en ningún caso podrá ser superior a la verdadera magnitud del daño causado, sin que lo manifestado implique reconocimiento de responsabilidad u obligación alguna a cargo de mi representada.

Ahora bien, procederé a pronunciar-me frente a cada una de las pretensiones de la demanda, en el siguiente orden:

Frente a la pretensión “1.”: Me opongo. Como ha quedado evidenciado en los argumentos esgrimidos a lo largo de esta contestación, así como en el acervo probatorio y la situación fáctica presentada, no está llamada a prosperar esta pretensión de declaratoria de presunta responsabilidad civil y solidaria en contra de la CLÍNICA VERSALLES S.A., SALUD TOTAL EPS S.A. y la CLÍNICA AMAN S.A., por la muerte de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO toda vez que, no está acreditado en el plenario (de forma alguna), que ésta se haya producido por alguna falla u omisión en la prestación del servicio médico dispensado por las demandadas. En conclusión, no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la

imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido.

Frente a la pretensión “2.”: Me opongo. Como se ha expuesto a lo largo de esta contestación, y de acuerdo a los medios de prueba arrimados al plenario y la situación fáctica presentada, no está llamada a prosperar esta pretensión de declaratoria de presunta responsabilidad civil y solidaria en contra de la CLÍNICA VERSALLES S.A., SALUD TOTAL EPS S.A. y la CLÍNICA AMAN S.A., por los presuntos “perjuicios inmateriales y materiales o económicos” causados a DIANA MILENA PORTILLA MARTÍNEZ, ANDRÉS FELIPE PORTILLA MARTÍNEZ, JUAN GABRIEL PORTILLA MARTÍNEZ, MARÍA EUGENIA PORTILLA MARTÍNEZ, JONNATHAN DE JESÚS PORTILLA MARTÍNEZ y DEMETRIO PORTILLA OCAMPO, por la muerte de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO toda vez que, en este caso, no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos. Ahora, como quiera que la declaratoria de responsabilidad civil debe siempre preceder a las condenas específicas por los perjuicios plenamente demostrados en el proceso, esta pretensión es inviable.

Frente a la pretensión “3.”: Me opongo. Se reitera que, como se ha expuesto a lo largo de esta contestación, y de acuerdo a los medios de prueba arrimados al plenario y la situación fáctica presentada, no está llamada a prosperar esta pretensión de declaratoria de presunta responsabilidad civil y solidaria en contra de la CLÍNICA VERSALLES S.A., SALUD TOTAL EPS S.A. y la CLÍNICA AMAN S.A., por los presuntos “perjuicios morales” causados a DIANA MILENA PORTILLA MARTÍNEZ, ANDRÉS FELIPE PORTILLA MARTÍNEZ, JUAN GABRIEL PORTILLA MARTÍNEZ, MARÍA EUGENIA PORTILLA MARTÍNEZ, JONNATHAN DE JESÚS PORTILLA MARTÍNEZ y DEMETRIO PORTILLA OCAMPO, por la muerte de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO toda vez que, en este caso, no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos. Ahora, como quiera que la declaratoria de responsabilidad civil debe siempre preceder la declaratoria de condena por los “perjuicios morales” (siempre y cuando estén plenamente probados en el proceso), esta pretensión es inviable.

Frente a la pretensión “4.”: Me opongo. De los medios de pruebas arrimados al proceso y la situación fáctica analizada en la presente contestación no se avizora la configuración de los elementos que estructuran -o podrían estructurar- una responsabilidad civil médica imputable a las entidades demandadas CLÍNICA VERSALLES S.A., SALUD TOTAL EPS S.A. y CLÍNICA AMAN S.A., a saber, hecho dañoso, culpa o dolo, daño y nexos causal entre estos últimos; presupuesto *sine qua non* para que sea viable la condena por concepto del perjuicio denominado por la parte actora “indemnización futura”. En consecuencia, la pretensión es inviable.

Adicional a lo anterior, se deja constancia, Señora Jueza, que en el presente acápite de “Pretensiones” no existe una petición concreta y razonada del *quantum* del perjuicio denominado “Indemnización Futura” o lucro cesante. Además, como quiera que la “indemnización futura” o lucro cesante se enmarca en los denominados “perjuicios materiales” debía el actor, de acuerdo con el artículo 206 del Código General del Proceso, estimar razonadamente bajo juramento el monto del perjuicio, lo cual no hizo. Por su parte, no se advierte en ninguno de los hechos de la demanda la descripción de la actividad económica desplegada por la señora BLANCA EMIR, el monto de sus ingresos (si los tuviere) y la identificación de las relaciones de dependencia económica que sustenten este tipo de perjuicio. De tal manera que, de acuerdo con el principio de congruencia consagrado en el artículo 281 del Código General del Proceso, este tipo de perjuicio no podrá ser objeto de pronunciamiento judicial.

Frente a la pretensión “5.”. Me opongo y esgrimiré las razones de mi oposición de la siguiente forma:

Con relación a lo solicitado como “**PERJUICIOS INMATERIALES – DAÑO MORAL**” reitero mi oposición, así:

La anterior se argumenta en el sentido en que no se cumplen con los requisitos necesarios que permitan estructurar si quiera una responsabilidad como la pretendida, pues de conformidad con el acervo probatorio, la situación fáctica y los argumentos esgrimidos a lo largo del presente escrito, es posible afirmar que no existe ninguna conducta irregular por parte de la EPS SALUD TOTAL S.A., la CLÍNICA VERSALLES S.A. o la CLÍNICA AMÁN S.A., durante la atención o autorización de los servicios de salud suministrados a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO. La atención médica brindada se realizó bajo los parámetros médico-científicos establecidos y no se impuso ninguna barrera o traba administrativa a la señora BLANCA EMIR para acceder a las consultas por especialistas, medicamentos, ayudas diagnósticas, remisiones, etc. En igual sentido, es necesario recordar que las obligaciones de los profesionales de la salud son de medios, no de resultados, por lo que las mismas deben estar ajustadas a los protocolos que para cada caso se prevea, así como a la experiencia y a las condiciones particulares del paciente, es por esto que mediante un estudio del acervo probatorio que obra dentro del proceso puede determinarse con certeza que los profesionales de la salud de la red de prestadores de SALUD TOTAL EPS S.A., a saber CLÍNICA VERSALLES S.A. y CLÍNICA AMÁN S.A., obraron de forma diligente, rápida, oportuna y, en todo caso, con estricto ceñimiento a las reglas de la *Lex Artis* médica. Luego, a los integrantes del extremo pasivo de la litis no puede endilgarse responsabilidad alguna por el lamentable fallecimiento de la señora BLANCA EMIR.

Asimismo, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que, (i) la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin

que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y, (ii) en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la valoración probatoria que soporta esta pretensión, resulta carente de sustento en todo sentido, pues del acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la parte demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso.

Resulta igualmente pertinente recordar que, con relación a la ponderación de los daños morales que pretende la parte actora, si bien la misma se encuentra deferida *“al arbitrium judicis”*, es decir, al recto criterio del fallador, las mismas sí deben ser debidamente acreditadas, demostradas y tasadas por quien las pretende, teniendo en cuenta además que, este tipo de perjuicios *“se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e inconmensurables”*.¹

Para este caso en particular, los valores solicitados como indemnización por concepto de perjuicios morales, exceden los valores tasados y adjudicados por la Corte Suprema de Justicia en distintos pronunciamientos en lo que se han presentado casos de muerte, *“Bajo ese contexto, la tasación realizada por esta Corte en algunos eventos donde se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposo(a) o compañero(a) permanente de la persona fallecida o víctima directa del menoscabo, se ha establecido regularmente en \$60.000.000., lo cual implica prima facie que dicha cuantía podrá ser guía para su determinación.”*²

Conforme a lo anterior, tenemos entonces que, desde la óptica jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, si bien este tipo de perjuicios se deja al recto criterio del fallador, los mismos deben estar debidamente soportados y acreditados, de manera tal que, permita al Juez decidir sobre su procedencia y consecuentemente sobre su tasación. Situación que claramente no es posible evidenciar en este caso, por lo que resulta no solo inadecuada su tasación sino también injustificada.

Es por lo anteriormente expuesto que, no debe prosperar esta pretensión si no existen elementos que puedan determinar y/u ofrecer una conclusión de condena respecto de la parte demandada.

Con relación a lo solicitado como **“PERJUICIOS INMATERIALES – DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN – ALTERACIÓN GRAVE DE LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA”** reitero mi oposición, así:

Me opongo a la prosperidad de esta pretensión elevada con relación a la condena por concepto de daño a la vida de relación a favor de cada uno de las demandantes, ya que no

¹ Sentencia de casación civil de 13 de mayo de 2008, Exp. 1997-09327-01.

² Corte Suprema de Justicia, Sentencias SC15996-2016 y SC9193-2017.

se cumple con los requisitos necesarios que permitan estructurar una responsabilidad como la pretendida, pues de conformidad con el acervo probatorio, la situación fáctica y los argumentos ya esgrimidos a lo largo del presente escrito, es posible afirmar que no existe ninguna conducta irregular por parte de la EPS SALUD TOTAL S.A., la CLÍNICA VERSALLES S.A. o la CLÍNICA AMÁN S.A., durante la atención en servicios de salud, toda vez que, la misma se brindó bajo los parámetros médico-científicos establecidos. En igual sentido, es necesario recordar que las obligaciones de los profesionales de la salud son de medios, no de resultados, por lo que las mismas deben estar ajustadas a los protocolos que para cada caso se prevea, así como a la experiencia y a las condiciones particulares del paciente, es por esto, que mediante un estudio del acervo probatorio que obra dentro del proceso – y especialmente la historia clínica de la paciente - puede determinarse con certeza que los profesionales de la salud de las pasivas obraron de forma diligente, rápida, oportuna y, en todo caso, con estricto ceñimiento a las reglas de la *lex artis* médica. Luego, a SALUD TOTAL EPS S.A., a la CLÍNICA VERSALLES S.A. y a la CLÍNICA AMÁN S.A. no puede endilgarse responsabilidad alguna por el lamentable fallecimiento de la señora BLANCA EMIR.

Asimismo, dicha pretensión resultaría totalmente impróspera toda vez que, (i) la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, pues únicamente se limita solicitar un monto para cada demandante, sin que argumente y/o sustente lo allí pretendido; y, (ii) en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la valoración probatoria que soporta esta pretensión, resulta carente de sustento en todo sentido, pues del acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la parte demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso.

Resulta pertinente recordar que si bien el concepto de daño a la vida de relación, según la Corte Suprema de Justicia³, es una especie de perjuicio extrapatrimonial distinto del detrimento moral *“pues se trata de un menoscabo que se evidencia en los sufrimientos por la relación externa de la persona, debido a «disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad»*”, y que, con relación a la ponderación de los daños frente a este perjuicio, recae en el arbitrio del juez acorde con las circunstancias particulares de cada evento, resulta que también es fundamental que dicho daño sea debidamente acreditado, demostrado y tasado por quien lo pretende, considerando además que este tipo de perjuicios *“se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o*

³ Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia SC-220362017 (73001310300220090011401).

*derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e inconmensurables”.*⁴

Conforme a lo anterior, tenemos entonces que, desde la óptica jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, si bien este tipo de perjuicios se deja al recto criterio del fallador, los mismos deben estar debidamente soportados y acreditados, de manera tal que, permita al Juez decidir sobre su procedencia y consecuentemente sobre su tasación. Situación que claramente no es posible evidenciar en este caso, por lo que resulta no solo inadecuada su tasación, sino también injustificada.

Es por lo anteriormente expuesto no debe prosperar esta pretensión si no existen elementos que puedan determinar y/u ofrecer una conclusión de condena respecto de la parte demandada.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR SALUD TOTAL EPS S.A., ENTIDAD QUE EFECTÚA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA.

Solicito al Juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por SALUD TOTAL EPS S.A. las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

2. INEXISTENCIA DE CULPA A CARGO DEL PERSONAL MÉDICO ADSCRITO A LAS ENTIDADES DEMANDADAS (DILIGENCIA Y CUIDADO).

En principio, la responsabilidad civil médica se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, es decir, deben concurrir todos los elementos materiales para el éxito de las pretensiones; sin embargo, por su especialidad, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, la posición adoptada ha sido que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento. Así entonces, recordando que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medios y no de resultados, solo puede configurarse una conducta reprochable a aquel si se prueba que no hizo uso de los medios que se encontraban a su alcance y/o que debía emplear para tratar al paciente:

⁴ Sentencia de casación civil de 13 de mayo de 2008, Exp. 1997-09327-01.

“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”⁵

Ahora bien, en este caso en particular, de conformidad con el acervo probatorio que obra dentro del proceso, es posible determinar que no se cuenta con medio de prueba alguno que sustente, soporte y/o acredite los yerros endilgados a las demandadas como quiera que (los mismos) consisten en **i)** que -a juicio de la parte actora- el tiempo transcurrido en la primera atención de la señora BLANCA EMIR y la confirmación del diagnóstico CA. gástrico de ocho meses fue “moroso” y, en consecuencia, dio al traste con las posibilidades de sobrevida de la paciente y **ii)** Que existió un error al diagnosticar a la señora BLANCA EMIR con “cirrosis hepática” cuando su verdadero padecimiento era la de un cáncer gástrico.

Sobre el particular es menester precisar lo siguiente:

1) “Sobre la morosidad de la definición del Dx. De la señora BLANCA EMIR”: Se debe resaltar que las primeras atenciones médicas brindadas a la paciente BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO por síntomas digestivos en SALUD TOTAL EPS S.A. datan de los meses de noviembre y diciembre de 2013 en las que se indicaron signos de alarma para reconsulta por el servicio de urgencias. Sin embargo, en el primer semestre del año 2014 la mencionada señora nunca reconsultó por este tipo de síntomas, ni otro indicativo de la existencia de una neoplastia gástrica. Solamente hasta Julio del año 2014 (Ver notas clínicas del 16 y 17 de julio de 2014 de la HC. de Salud Total) la paciente consulta por síntomas abdominales, de tal forma que la prestación del servicio médico por esta causa se dio -aproximadamente- tres meses antes del lamentable deceso de la señora BLANCA EMIR, lo que (desde ya) es indicativo de la ausencia de responsabilidad de la EPS SALUD TOTAL S.A. y de las IPS’S. de su Red de Prestadores, CLÍNICA VERSALLES S.A. y CLÍNICA AMÁN S.A., en el caso *sub-examine*, a sabiendas que la teoría del caso del extremo activo de la litis consiste en que la morosidad en el hallazgo del diagnóstico “CA.

⁵ Radicado No. 5507, sentencia del 30 de enero de 2001, M.P. José Fernando Ramírez Gómez, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia.

GÁSTRICO” de la paciente BLANCA EMIR redujo considerablemente sus posibilidades de sobrevivir al no contar con tratamiento médico adecuado para su padecimiento desde un principio. Teniendo en cuenta esta premisa es menester indicar que ningún daño puede ser imputado a alguna conducta, acto u omisión de SALUD TOTAL EPS S.A o de cualquiera de las Instituciones Prestadoras de Salud de su Red, pues la paciente solo reconsultó por síntomas digestivos en Julio del año 2014, de manera que la indicada “morosidad” de 08 meses alegada por la parte actora no puede ser, en ningún caso, atribuible a SALUD TOTAL EPS S.A., a la CLÍNICA VERSALLES S.A. o a la CLÍNICA AMÁN. Antes bien, la respuesta de la Entidad Promotora de Salud, y de su red de prestadoras de servicios de salud, fue rápida, ágil, oportuna y apegada a las normas de la *Lex Artis*.

2) “Sobre el Error Diagnóstico endilgado a la CLÍNICA VERSALLES S.A.”: Como se ha expresado a lo largo de este escrito, para que sea viable la declaratoria de responsabilidad civil médica es indispensable, en todo caso, que se acredite dentro del proceso por parte de quien persigue el derecho pretendido, la existencia y concurrencia de los siguientes elementos: El hecho dañoso, el daño o perjuicio, la culpa o el dolo y el nexo de causalidad que debe atar estos dos últimos.

De acuerdo a la anterior explicación, en tratándose de la responsabilidad médica, el “error diagnóstico” es -o puede llegar a ser- el elemento constitutivo de la “culpa” necesaria para que sea procedente una declaratoria de responsabilidad civil médica (como la que se pretende en el caso *sub-examine*). No obstante lo anterior, debe aclararse que no todo error en el diagnóstico de una persona se constituye, *per se*, en un error culposo estructurante de responsabilidad civil médica puesto que existen circunstancias relativas a la ambigüedad o equivocidad de la situación del paciente, las derivadas de reacciones imprevistas del organismo o la manifestación tardía de síntomas, entre muchas otras (la lista no es taxativa) que pueden calificarse de “errores inculpables” que hacen parte de las “aleas de la medicina” que no comprometen la responsabilidad del personal médico, ni de las instituciones a los que ellos pertenecen. Así las cosas, tenemos que solo los equívocos derivados de “imprudencia, impericia, ligereza o del descuido” de los médicos dan lugar a imponer la obligación de reparar los daños causados por el error diagnóstico.

La posición descrita en el párrafo anterior es avalada, de tiempo atrás, por la Jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Es el caso, vgr., de la sentencia del 30 de agosto de 2013, exp. 11001-31-03-018-2005-00488-01, con ponencia de la Magistrada Ruth Marina Díaz Rueda, sobre el “error diagnóstico” indica que:

“En relación con las diversas situaciones a que se ve sometido el médico cuando realiza el diagnóstico, la Corte ha reiterado que ese proceder está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional

suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la 'anamnesia' vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.

“Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.

“En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, **que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen.** Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificaba, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.

Por el contrario, **aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.**

Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable

acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron⁶. (Negrilla y subraya fuera de texto).

Aterrizando lo mencionado con antelación al caso concreto, tenemos que de la lectura de la Historia Clínica de la señora BLANCA EMIR del 23 de julio de 2014 se puede inferir que ella fue remitida con destino a la CLÍNICA VERSALLES S.A. desde el servicio de urgencias de la EPS SALUD TOTAL. La nota de la H.C. es del siguiente tenor:

“PACIENTE DE 43 AÑOS CON ANTECEDENTES DE PSORIASIS* REMITIDA DE URGENCIAS DE SALUD TOTAL POR CUADRO CLÍNICO DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE PREDOMINIO EN EPIGASTRO E HIPOCONDRIO DERECHO”.

Una vez recibida la paciente por la CLÍNICA VERSALLES S.A. es valorada por medicina general; se ordenan paraclínicos de acuerdo a síntomas y examen físico, aplicación de medicamentos y remisión a las especialidades de medicina interna y cirugía. El M.D. Montenegro, especialista en medicina interna, valora a la paciente y ordena hospitalización para realización de paracentesis diagnóstica (citoquímico, citológico, BAAR, gradiente albumina sérica/líquido ascítico) y TAC abdomen y pelvis.

Posteriormente, el M.D. Millán, especialista en Medicina Interna, ordena ECO Dopler de circulación frontal; en este último se hacen los siguiente hallazgos:

“ASCITIS DE MÁS DE 2500 C.C.* HIGADO DISMINUIDO DE TAMAÑO CON ASPECTO MICRONODULAR DIFUSO* SUS CONTORNOS PERIFÉRICOS BIEN DEFINIDOS* ALTERCON ENTRE LOBULO DERECHO Y LOBULO CUADRADO* RIÑONES CON ECTASIA PIELOCALICIAL EN LADO DERECHO* PORTA DE 9-11 MM* FLUJO DE TIPO HEPATOPETA DE TROMBOSIS* HALLAZGOS SUGESTIVOS DE CIRROSIS HEPÁTICA MICRONODULAR DIFUSA CON SIGNOS HIPERTENSIÓN PORTAL”.

El mismo 23 de julio del 2014 la señora BLANCA EMIR es valorada por cirugía general; se programa el procedimiento de paracentesis diagnóstica. Es valorada nuevamente por medicina interna la cual ordena nuevos paraclínicos y valoración por gastroenterología.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 30 de agosto de 2013, Exp. 11001-31-03-018-2005-00488-01, M.P. Ruth Marina Diaz Rueda

Para el día 24 de julio de 2014 se realiza el procedimiento de paracentesis por el M.D. Alejandro Salazar. En el procedimiento se toman las respectivas muestras a la señora BLANCA EMIR para realizar los estudios ordenados.

El mismo día, la paciente es valorada por gastroenterología. Se indica que debe descartarse “cirrosis secundaria a hepatitis autoinmune” para lo cual se ordenan paraclínicos y una endoscopia digestiva alta para descartar venas esofágicas. Se prescribieron anticoagulantes por sospecha de TEP.

El reporte de la endoscopia es de fecha 25 de julio de 2014, visible a folio 76, es del siguiente tenor:

“ESOFAGO: Mucosa y distensibilidad conservada. Línea Z a los 37 cm de la arcada dentaria, con cardias al mismo nivel. No se observan várices esofágicas.

ESTÓMAGO: Lago mucoso claro. Pliegues que por fundus y curva mayor se dirigen al cuerpo medio gástrico. Fundus y cuerpo sin lesiones. No se observan varices fundicas. Ángulo sin alteraciones. Mucosa antral con eritema en parches. Píloro permeable.

DUEDENO: Primera y segunda porción sin lesiones.” (Subraya fuera de texto).

El 26 de julio de 2014 se recibe el reporte del líquido peritoneal negativo. El reporte es el siguiente:

REPORTE DE LÍQUIDO PERITONEAL: “ASPECTO DE LÍQUIDO TURBÍO* COLOR ROJIZO* ANTES DE CENTRIFUGAR Y AMARILLO DESPUÉS DE CENTRIFUGAR* PH 7; LEUCOSITOS 1550 ERITROCITOS 20 GLUCOSA 4.2 PROTEINA 4.7 WRIGHT PMN 20% MONONUCLEARES 80% NO SE OBSERVA BAAR EN LA MUESTRA* GRAM SIN GÉRMENES”.

Se continuó con manejo interdisciplinario de la paciente.

El 28 de julio de 2014 se da de alta a la paciente por evidenciarse estabilidad clínica y resolución de cuadro agudo. Se ordena cita de control con paraclínicos solicitados para descartar patología autoinmune y se indican signos de alarma de reconsulta inmediata.

La paciente BLANCA EMIR tuvo una segunda consulta en la CLÍNICA VERSALLES, en la que se evidenció un mayor compromiso general y deterioro con ascitis en tensión recurrente y drenaje en varias ocasiones previas, hipo albuminemia, trombosis venosa profunda, y durante su estancia hospitalaria, síntomas sugestivos de encefalopatía hepática. La atención en esta oportunidad consistió en la estabilización del deterioro clínico de la señora BLANCA EMIR, así como el manejo del trastorno de coagulación y la trombosis venosa profunda que padecía, para poder llevarla a biopsia hepática y establecer diagnóstico etiológico de la cirrosis, cuya causa probable era una ascitis, que ya había presentado en Julio del 2014.

Para esta segunda atención, la paciente venía remitida de la CLÍNICA AMAN, ya que por concepto médico del M.D. Lázaro (radiología), perteneciente a esta última institución, requiere una biopsia dirigida, por lo cual se decide la hospitalización de la paciente con miras a la realización de la biopsia hepática. Una vez ingresa la paciente a la CLINICA VERSALLES S.A., es valorada por medicina general, indicando valoración por medicina interna, gastroenterología, nutrición y cirugía general. Durante este ingreso la paciente presentaba un cuadro de anticoagulación importante que ponía en riesgo inminente la salud y vida de la paciente en el evento de realizarse la biopsia hepática por punción guiada por tomografía prescrita en la CLÍNICA AMAN, de tal manera que se piensa en una biopsia hepática por laparoscopia.

En efecto, una vez es valorada la señora BLANCA EMIR por la especialidad de cirugía general para la programación del procedimiento quirúrgico “biopsia hepática”, se considera que, inclusive, la biopsia hepática por laparoscopia implica un riesgo muy alto para la vida de la paciente, pues este procedimiento podría llevarla a un sangrado incontrolable, a una lesión visceral y un compromiso de una posible fístula de líquido peritoneal, por lo cual no da concepto médico de viabilidad a la realización de la biopsia hepática por laparoscopia y, finalmente, solicita nueva consulta con gastroenterología, con el fin de estudiar otras posibilidades clínicas para la realización del procedimiento.

Posteriormente la señora BLANCA EMIR es nuevamente valorada por el M.D. Ángel Pinzón, gastroenterólogo de la CLINICA VERSALLES S.A., quien indica que la biopsia no ha sido posible realizar debido al riesgo de sangrado para lo cual decide remitir a la paciente a una institución de cuarto nivel para lograr la efectiva realización de la biopsia hepática y, posteriormente, ser valorada por la especialidad de hepatología. La remisión se dio efectivamente hacia la ciudad de Medellín en el Hospital San Vicente Fundación.

Es por lo anterior, que en el presente caso, no se presenta un “error diagnóstico” como lo quiere mostrar la parte demandante, pues los galenos de las demandadas exploraron el diagnóstico de la paciente por todos los medios disponibles -y aconsejados por la *Lex Artis* para su sintomatología. De tal forma que podemos concluir que si -en gracia de discusión- existió una falla en el diagnóstico de la paciente, esa falla se debe a un “error inculpable” por la equivocidad de la situación de la paciente o la manifestación tardía de la sintomatología de la misma (entiéndase, lesiones en su tracto digestivo u otros indicios de una neoplastia gástrica) que pudiera sugerir un CA. Gástrico. Es por lo anterior, que esa falla -hipotética- se encuentra dentro de la esfera de las “aleas” propias de la profesión galénica de tal forma que no compromete la responsabilidad de SALUD TOTAL EPS S.A., de la CLÍNICA VERSALLES S.A. o de la CLÍNICA AMÁN S.A.

En dicho sentido, basta con observar la documentación que reposa dentro del expediente, especialmente la historia clínica que obra dentro del mismo, para concluir que el actuar de

las demandadas y de los funcionarios de salud que atendieron a la señora BLANCA EMIR fue totalmente diligente, cuidadoso, prudente, idóneo y oportuno.

De manera pues, que para el caso que nos ocupa, no puede decirse que existe algún grado de culpa o negligencia de parte de los demandados, ya que por el contrario la historia clínica de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO, da cuenta de la debida atención suministrada al paciente durante su estadía en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Por todo lo anterior, en el caso bajo análisis no puede decirse que se haya configurado el elemento culpa, como presupuesto indispensable para establecer la existencia de una responsabilidad médica, por cuanto siempre se suministró todo lo pertinente para una adecuada atención del paciente.

En este sentido se expresa el doctor Sergio Yepes Restrepo, en su obra “La Responsabilidad Civil Médica”, página 105, quién menciona:

“La razón de que el médico esté sujeto a una obligación de medios es que no puede garantizar la curación de su paciente debido a que este resultado no depende exclusivamente de su accionar individual, sino que intervienen otros factores que pueden evitarlo, tales como reacciones imprevisibles del organismo, irreversibilidad de la misma enfermedad y daños ya existentes en los órganos y sistemas del cuerpo humano⁷.” (Negritas por fuera del texto).

De otro lado ha sido enfática la Corte Suprema de Justicia al indicar que la responsabilidad civil del profesional de la salud en ejecución del acto médico solo puede ser edificada con fundamento en el error culposo en que este incurra, al respecto en un reciente fallo indicó:

“Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como **aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.”** (Negrilla y subrayados propios).

De acuerdo con lo anterior, solicito comedidamente al Despacho que declare probada esta excepción.

⁷ YEPES RESTREPO, Sergio. La responsabilidad Civil Médica. Medellín, Biblioteca Jurídica Diké: 2016.

3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE REPARAR DE SALUD TOTAL EPS S.A., POR TOTAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES A SU CARGO.

Los artículos 177 y 178 de la Ley 100 de 1993 establecen la definición y funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS.) de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

”ARTÍCULO 178. 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.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”
(Subraya fuera del texto original).

SALUD TOTAL EPS S.A. es una Entidad Promotora de Salud que fue la afiliadora de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO al Régimen Contributivo del SG-SSS, en calidad de beneficiaria. De tal forma que entre la mencionada señora y la EPS. SALUD TOTAL EPS S.A. existió un vínculo jurídico de naturaleza contractual (cfr. Art.183 Ley 100 de 1993). Corolario de lo anterior es que la responsabilidad -remota, eventual e hipotética- que pudiera ser endilgada a dicha entidad no puede ser otra que la de carácter contractual, y no la extracontractual o aquiliana.

Mencionado lo anterior, es del caso afirmar que SALUD TOTAL EPS S.A. ha cumplido a cabalidad, tal como se acusa en la Historia Clínica de la paciente, las obligaciones que, como Entidad Promotora de Salud, le corresponden. Lo anterior se afirma como quiera que dicha entidad puso a disposición de la afiliada y autorizó todas las atenciones en salud que requería sin imponer ninguna traba administrativa. La señora BLANCA EMIR fue valorada por médicos de diferentes especialidades, se llevaron a cabo los procedimientos, exámenes paraclínicos y ayudas diagnósticas ordenadas por sus médicos tratantes y fueron dispensados los medicamentos prescritos, entre otras. Lo anterior indica que no se puede endilgar a la EPS SALUD TOTAL EPS S.A. ningún incumplimiento de la relación jurídica que, en virtud de la afiliación al SG-SSS., existió entre ella y la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO. En consecuencia, ninguna responsabilidad puede recaer sobre ella por los hechos y pretensiones relacionados en el escrito de la demanda.

Solicito declarar probada esta excepción.

4. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

Uno de los elementos estructurantes de la Responsabilidad Civil es la existencia del nexo causal, para que exista éste el daño que se imputa debe ser consecuencia de su actuar culposo, situación que no se presenta en el caso que nos ocupa, pues la lamentable muerte de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO no se presentó como consecuencia de algún acto médico negligente, imprudente o ligero atribuible al personal médico de la EPS SALUD TOTAL EPS S.A., la CLÍNICA VERSALLES S.A. o la CLÍNICA AMÁN S.A.

El nexo de causalidad tiene como función ser un paso previo para descubrir la relación de imputabilidad, es decir, para que un daño sea imputable a su autor es necesario previamente determinar la relación de causalidad, que como vemos, en este caso no se configuró a cargo de los galenos, de ahí resulta que los supuestos perjuicios sufridos por los demandantes no pueden ser reclamados a las entidades demandadas.

En Sentencia 5507 del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente Dr. José Fernando Ramírez Gómez, la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia, se pronunció de la siguiente manera:

“Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”

Teniendo en cuenta lo anterior si -hipotéticamente-, en el curso del proceso que nos atañe, se llegare a considerar que existe un yerro en cuanto al diagnóstico dado a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ consistente en “Cirrosis Hepática” por parte de los galenos de las entidades demandadas; el siguiente paso es examinar si existe relación de causalidad entre el daño alegado (la muerte de la señora BLANCA EMIR) y el acto médico confutado (error en el diagnóstico). Frente a esta premisa, debemos reiterar que la primera atención médica brindada a la paciente BLANCA EMIR MARTÍNEZ por parte de EPS SALUD TOTAL EPS por síntomas digestivos datan del mes de noviembre y diciembre del año 2013. Se trató de una atención inicial en la que se dieron signos de alarma para consulta por el servicio de urgencias ante la evidencia de paraclínicos no patológicos. Sin embargo, durante el primer semestre del año 2014 la paciente BLANCA EMIR solamente consulta nuevamente por síntomas digestivos en el mes de julio de 2014 (ver notas clínicas del 16 y 17 de julio de 2014 de la HC. de Salud Total), de tal forma que la prestación del servicio se dio -aproximadamente- un poco menos de tres meses antes del lamentable deceso de la señora BLANCA EMIR, lo que es indicativo de la ausencia de responsabilidad de las demandadas por inexistencia del nexo de causalidad en el caso *sub-examine*, a sabiendas que, de acuerdo a la exposición de los hechos de la demanda, se atribuye la muerte de la señora BLANCA EMIR a la “morosidad” en el hallazgo del diagnóstico CA. Gástrico de la paciente, de aproximadamente ocho (08) meses, pues esa mora (según los demandantes) redujo sus posibilidades de sobrevivida al imposibilitarle el acceso a tratamiento médico adecuado.

Cabe preguntarse de acuerdo con el contexto presentado lo siguiente: ¿El “error diagnóstico” -hipotético- se puede considerar como la causa efectiva de la muerte de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ, de acuerdo con la teoría de la causalidad adecuada? La tesis que sostenemos es que **no**, como quiera que la enfermedad de la señora BLANCA EMIR llevaba un avance tal para la fecha de la re-consulta (en Julio del 2014) que fallece solo tres meses después (en octubre del 2014). La gravedad del estado de salud de la señora BLANCA EMIR fue confesado por la parte actora en el hecho noveno de la demanda cuando indicó que la señora MARTÍNEZ fue remitida del Hospital San Vicente de Fundación a la CLÍNICA AMAN para ser manejada con “cuidados paliativos” por el avanzado estado

de su patología. Es por lo anterior que el error diagnóstico -hipotético- no puede ser de ninguna forma la causa adecuada de la muerte de la señora BLANCA EMIR pues para la fecha de la re-consulta de la paciente, las posibilidades de sobrevivida eran ya nulas, situación esta última que a la postre veda la concreción de cualquier nexo de causalidad que permita edificar responsabilidad en las demandadas.

En Sentencia 5507 del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente Dr. José Fernando Ramírez Gómez, la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia, se pronunció de la siguiente manera:

*“Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, **que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor**, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”*

Igualmente ha de tenerse en cuenta lo que dice el doctor Carlos Ignacio Jaramillo, en su libro “Responsabilidad Civil Médica”, página 212:

*“La curación o el restablecimiento de la salud, en sí mismo considerado, desborda pues el débito galénico, merced a que ella -o él- no depende, por lo menos privativamente, de la conducta desplegada por el médico, ni menos del grado de diligencia por él empleado, en la medida en que **para dicho logro se requiere la concurrencia armónica –y eficiente- de un número plural de factores, en su mayoría imponderables, amén de aleatorios (alea terapéutica), sumados a circunstancias intrínsecas de orden objetivo**, como la edad; el medio o entorno del paciente (hábitat); el factor genético –o hereditario-, su capacidad de asimilación farmacéutica, etc. (...) queremos significar que, racional y humanamente, no puede esperarse de él desenlaces milagrosos, pues con prescindencia de su vívido y muy bien intencionado deseo, **la curación o el mejoramiento de su paciente, no depende sólo de su actuación, por responsable y pulquérrima que sea. Desventuradamente, su voluntad, así sea la más acertada, se torna impotente para asegurar un resultado óptimo y favorable, acorde con lo anhelado por el enfermo.**” (Negrillas por fuera del texto).*

Se deja expresa constancia que lo manifestado en este hecho, de modo alguno, constituye asunción de responsabilidad de mi representada o de las codemandadas, pues las premisas en que se funda esta excepción son hipotéticas y deberán ser analizadas solo en el evento que, al momento de emitir el fallo judicial, su Señoría considere que existió un error culposo en el diagnóstico y tratamiento de la señora BLANCA EMIR por parte de la CLÍNICA VERSALLES S.A., CLÍNICA AMÁN S.A. y SALUD TOTAL EPS S.A. En este punto

reiteramos, no obstante, que de acuerdo con la exposición fáctica expuesta y los medios de prueba arrimados al plenario, no existe un solo elemento que acredite -aún sumariamente- la existencia de culpa predicable respecto de las demandadas pues su actuar fue ágil, adecuado, perito y ajustado a los síntomas y resultados de las ayudas diagnósticas practicadas a la paciente y a *lex artis*; se hizo un acompañamiento multidisciplinario y se estaba estudiando -aún- la etiología de la cirrosis hepática primariamente diagnosticada.

Por lo anterior, ruego señora Jueza declarar probada esta excepción.

5. EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

Es de advertir que el médico frente al paciente contrae una obligación de medio y no de resultado, esto significa que el objeto de la obligación consiste en la aplicación de su saber y proceder en favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal o rutinariamente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia éxito genere un incumplimiento.

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

*(...) 5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la “obligación del médico” es por: “regla general de “medio”, y en esa medida “(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”, y en el tema de la “culpa” se comentó: “(...) **la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad.** (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)”*

Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están

condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad. (...)" (Negrillas fuera del texto original)

Así entonces, trasladando lo anterior al caso del presente litigio, resulta evidente que la atención médica brindada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO, nunca restringió los recursos técnicos y humanos de que disponían, sino que se puso a su disposición todos los insumos que a consideración de los galenos requería y todo un equipo médico interdisciplinario con la finalidad dar diagnóstico y tratamiento adecuado a sus padecimientos. Lo anterior quedó debidamente consignado en la historia clínica obrante en el proceso.

En este orden de cosas, claro resulta que contrario a lo expuesto por la parte actora, el comportamiento de los profesionales de la salud fue diligente, acertado y acorde con la *lex artis*, por lo que, ante la ausencia probatoria de una negligencia, imprudencia o impericia médica, no es dable adjudicar de manera alguna a la demandada como responsable del daño alegado por los actores, siendo consecuente que se profiera sentencia favorable a los intereses de mi asegurada.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

6. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE A ESTE PARTICULAR ES EL DE LA CULPA PROBADA -REITERACIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y LA CORTE CONSTITUCIONAL-

La Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en diferentes sentencias sobre las reglas de valoración de las pruebas, frente a las mismas, ha indicado que la prestación de los servicios médicos necesariamente genera diversas obligaciones a los médicos, pero que, la responsabilidad civil se configura cuando de su actuación surge un daño mediado por la culpa probada, la cual corresponde demostrar al demandante, sin que sea admisible presunción alguna.

Asimismo, ha manifestado que no es posible que existan reglas determinadas para valorar las pruebas en los casos de responsabilidad médica, ya que los jueces deben valorar todos y cada uno de los elementos probatorios disponibles a partir de la sana crítica, las reglas de experiencia, el sentido común, la ciencia y la lógica, y mediante procesos racionales que flexibilicen el rigor de la carga de la prueba⁸.

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-158 de 2018, 24 de abril de 2018; M.P.: Gloria Stella Ortiz Delgado.

Frente a dicha situación, mediante sentencia del 15 de febrero de 2014⁹ dicha Corporación, reiteró que: (i) la responsabilidad médica se deriva de la culpa probada; y, que (ii) todas las partes del proceso deben asumir el compromiso de brindar todas las pruebas atendiendo a la posibilidad real de hacerlo.

“En este sentido los actos médicos no pueden evaluarse respecto de un solo instante, limitarse a un lapso específico o reducirse a una conducta simple y exclusiva, pues la atención médica se desarrolla en diferentes momentos propios de la dinámica de la enfermedad y en búsqueda de la atención adecuada de quien la padece. Por consiguiente, es necesario evaluar diferentes elementos en conjunto, por ejemplo, la elaboración de la historia clínica, la formulación del diagnóstico y del tratamiento a seguir, entre otras.”

Adicionalmente, se ha enfatizado en que el ejercicio médico en sí mismo comprende y compromete un riesgo por su propia naturaleza, presentándose como una probabilidad latente y constante que en cualquiera de las fases en las que participe el médico correspondiente pueda presentarse un resultado adverso a la finalidad que se busca con la atención.

Así entonces, sólo es posible que se configure responsabilidad civil por una mala praxis cuando sea posible demostrar y acreditar fehacientemente que el médico y/o los funcionarios médicos que actuaron e intervinieron en la situación médica, lo hicieron en contravía del conocimiento científico sobre la materia o las reglas de la experiencia, y que obviamente, se estructuraron los elementos de la responsabilidad, estos son: el daño, la culpa y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda.

*“En conclusión, es claro que de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y la interpretación que de esa norma ha hecho la Corte Constitucional: (i) no se pueden imponer reglas sacramentales para la valoración de la prueba cuando se trata de responsabilidad médica; (ii) el juez debe evaluar las reglas de la sana crítica y la experiencia y con fundamento en ello determinar el sentido del fallo según lo demostrado en cada proceso determinado; (iii) **la responsabilidad médica se configura a partir de la culpa probada del profesional y (iv) la carga probatoria está en quien alega el daño.**” (Subrayas y negrilla fuera del texto original)*

En virtud de lo anteriormente expuesto, se concluye que para que pueda declararse el nacimiento de una responsabilidad civil en cabeza de las codemandadas no basta con la simple formulación del cargo en su contra, sino que resulta imprescindible la prueba de todos los elementos que estructuran la misma (prueba que está en cabeza de quien alega el daño), cosa que no ha ocurrido en el caso particular.

⁹ Expediente No. 11001310303420060005201, sentencia del 15 de febrero de 2014 M.P. Margarita Cabello Blanco, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia.

De conformidad con lo anteriormente mencionado, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

7. TASACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS INMATERIALES PRETENDIDOS POR LOS DEMANDANTES, TITULADOS COMO: DAÑOS MORALES Y DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN.

Toda vez que los demandantes pretenden una cuantiosa indemnización con ocasión de unos supuestos perjuicios extrapatrimoniales derivados del deceso de la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ, por supuesta mala praxis médica, se propone la presente excepción, sin que ello implique aceptación alguna de responsabilidad de ninguna índole por parte de mi procurada.

Cabe resaltar que los tipos de perjuicios extrapatrimoniales que solicita la parte actora sean reparados económicamente, resultan o tratan de una compleja tipología de perjuicios cuya configuración depende de la existencia de una serie de elementos subjetivos y de los que su tasación si bien se encuentra deferida “*al arbitrium judicis*”, es decir, al recto criterio del fallador, las mismas sí deben ser debidamente acreditadas, demostradas y tasadas por quien las pretende, teniendo en cuenta además que, este tipo de perjuicios “*se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e inconmensurables*”.¹⁰

En ese sentido, es fundamental que quien aduce la generación de este tipo de perjuicios, demuestre plenamente la aflicción sufrida, tanto física como sentimental, para que, si quiera, se entre a considerar si tienen lugar o no lugar a obtención de un resarcimiento económico.

“Por cierto que las pautas de la jurisprudencia en torno a la tasación de perjuicios extra-patrimoniales, con fundamento el prudente arbitrio del juez, fueron acogidas expresamente por el artículo 25 del Código General del Proceso, (...)».

*Y aunque tal regla está prevista para la cuantía de los procesos, en general, **permite ver que el sistema procesal es reacio a aceptar pretensiones de indemnización inmaterial por montos exagerados, a voluntad de las partes**, ya que así se generan distorsiones en las instancias y recursos que razonablemente deben tener los trámites judiciales.”¹¹ (Subraya y negrilla fuera del texto original)*

Ha señalado igualmente la Corte¹² que, dentro de la concepción jurídica de los perjuicios extrapatrimoniales, específicamente respecto al daño moral, por ejemplo, no hay una valoración pecuniaria en sentido estricto, ya que al pertenecer a la siquis de cada persona

¹⁰ Sentencia de casación civil de 13 de mayo de 2008, Exp. 1997-09327-01.

¹¹ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000-2017-00405-00

¹² Ibídem.

“es inviable de valorar al igual que una mercancía o bien de capital”, de ahí entonces que sea razonable estimar que, (i) en cada caso el juez realice una valoración concreta, con la debida objetividad y conforme lo que se logre probar en el transcurso del proceso; y, (ii) no resulta apropiado que las partes puedan estimar el valor económico de su propio sufrimiento, “ya que eso iría en contravía de la naturaleza especial del perjuicio inmaterial o espiritual, que escapa al ámbito de lo pecuniario”.

Para este caso en particular, los valores solicitados como indemnización por concepto de perjuicios morales, exceden los valores tasados y adjudicados por la Corte Suprema de Justicia en distintos pronunciamientos en lo que se han presentado casos de muerte, *“Bajo ese contexto, la tasación realizada por esta Corte en algunos eventos donde se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposo(a) o compañero(a) permanente de la persona fallecida o víctima directa del menoscabo, se ha establecido regularmente en \$60.000.000., lo cual implica prima facie que dicha cuantía podrá ser guía para su determinación.”*¹³

Por lo anteriormente mencionado, en este caso específico, conforme a las pruebas obrantes en el expediente, así como los pronunciamientos y manifestaciones realizadas por los sujetos intervinientes en cada uno de sus escritos, estos supuestos perjuicios no pueden ni deben ser indemnizados por las demandadas, ya que, su presunta causación no se encuentra debidamente probada en ninguna de las modalidades por perjuicio extrapatrimonial, además de que, resultan abiertamente indebidas e injustificadas a la luz de los presupuestos configurativos que permiten estructurar el origen de este tipo de perjuicios.

En consecuencia, solicito declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO II.

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR SALUD TOTAL EPS S.A. A ALLIANZ SEGUROS S.A.

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho “1.1.”: Es cierto.

Frente al hecho “1.2.”: Es cierto sólo en cuanto a que entre mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. y SALUD TOTAL EPS S.A., se concertó el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de

¹³ Corte Suprema de Justicia, Sentencias SC15996-2016 y SC9193-2017.

junio de 2013. El interés asegurado (de acuerdo con sus condiciones particulares) es el siguiente:

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Por su parte, aunque no fue objeto del llamamiento en garantía, también nos referiremos al contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, expedida el 06 de junio de 2018 y con vigencia entre el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013. El interés asegurado de este contrato de seguro específico (de acuerdo con sus condiciones particulares) es el siguiente:

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Es menester indicar, además, que las supra citadas pólizas se concertaron bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o *de reclamación*, cuyas características respecto a su cobertura, requieren que deban concurrir los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”; y, (ii) que “se hayan reclamado por primera vez al asegurado o a la aseguradora dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

“CLAIMS MADE

“Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir, el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.”

Con relación al caso que nos atañe, y de conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, se tiene que aparentemente los hechos ocurrieron el día 12 de octubre de 2014, y el primer reclamo a la asegurada se configuró con la audiencia de conciliación celebrada el día **25 de abril de 2019**, previo a su solicitud para llevarla a cabo el día 05 de marzo de 2019 ante la Notaría Quinta del Círculo de Manizales. Desde dicha perspectiva, y teniendo en cuenta los requisitos que deben concurrir para que sean efectivas las coberturas de los citados contratos de seguro, el único que eventualmente podría afectarse en el caso particular sería aquel que se encuentra documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, con vigencia entre el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013, sin perjuicio que no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A., toda vez que no existe prueba alguna obrante en el expediente, a partir de la cual se pueda si quiera acreditar los elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a SALUD TOTAL EPS S.A. y las demás codemandadas, frente al proceso de atención médica suministrada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO.

Ahora bien, respecto a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013; la misma no podría verse eventualmente afectada, toda vez que **no** se circunscribe al ámbito temporal anteriormente explicado.

Frente al hecho “1.3.”: Es cierto sólo en cuanto a que entre mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. y SALUD TOTAL EPS S.A., se concertó el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013.

Es menester indicar, además, que la supra citada póliza se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o *de reclamación*, cuyas características respecto a su cobertura, requiere que deban concurrir los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”; y, (ii) que “se hayan reclamado por primera vez al asegurado o a la aseguradora dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

“CLAIMS MADE

“Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a

partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir, el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.”

Con relación al caso que nos atañe, y de conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, se tiene que aparentemente los hechos ocurrieron el día 12 de octubre de 2014, y el primer reclamo a la asegurada se configuró con la audiencia de conciliación celebrada el día **25** de **abril** de **2019**, previo a su solicitud para llevarla a cabo el día 05 de marzo de 2019 ante la Notaría Quinta del Círculo de Manizales. Desde dicha perspectiva, y teniendo en cuenta los requisitos que deben concurrir para que sea efectiva la cobertura de la póliza bajo la modalidad en comento, tenemos que el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013, **no** podría verse eventualmente afectada, toda vez que **no** se circunscribe al ámbito temporal anteriormente explicado.

Frente al hecho “1.4.”: Es parcialmente cierto. En efecto, las condiciones particulares de los contratos de seguros referidos en precedencia definen el interés asegurado así:

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Sin embargo, como se explicitó en precedencia, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013; no podrá verse eventualmente afectada, toda vez que la primera reclamación a SALUD TOTAL EPS S.A. que se concretó en audiencia de conciliación del **25** de **abril** de **2019** celebrada en la Notaría Quinta de Pereira, está por fuera de la vigencia temporal de la póliza. El único contrato de seguros que eventualmente podría afectarse en el caso particular sería aquel que se encuentra documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, con vigencia entre el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013, sin perjuicio que no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A., toda vez que no existe prueba alguna obrante en el expediente, a partir de la cual se pueda si quiera acreditar los elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a la SALUD TOTAL EPS S.A. y las demás codemandadas, frente al

proceso de atención médica suministrada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO.

Además de lo anterior, se advierte que **no** toda responsabilidad civil médica derivada de un acto médico contrario a la *Lex Artis* encuentra cobertura en las pólizas referidas. Están expresamente excluidos (en ambos contratos de seguro) el dolo o culpa grave del asegurado o su representante. Véase:

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

- A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:
- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.

Frente al hecho “1.5.”: Es cierto.

Frente al hecho “1.6.”: Es cierto, solo en cuanto que SALUD TOTAL EPS S.A. está legalmente habilitada para llamar en garantía a mi representada en virtud del contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, de acuerdo con los artículos 64 y siguientes del Código General del Proceso. Sin embargo, será el Juez quien valore y resuelva sobre esta relación sustancial y, consecuentemente, sobre la obligación (o no) de ALLIANZ SEGUROS S.A. de pagar el valor de la condena que eventual y remotamente pueda ser impuesta a la entidad asegurada, y siempre hasta el monto de la suma asegurada.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a las pretensiones del numeral “3.1.” – “Pretensiones Declarativas”.

Frente a la pretensión “PRIMERA”: No me opongo, como quiera que el Despacho ya accedió a esta solicitud cuando admitió el llamamiento en garantía que le fuera formulado a mi representada.

Frente a la pretensión “SEGUNDA”: No me opongo a la declaratoria de existencia del contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 con vigencia entre el 01/06/2017 al 31/05/2018, concertada bajo la modalidad *Claims Made*. La cual tiene como interés asegurado el siguiente:

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

No obstante, y como se precisará en la excepción de mérito denominada “INEXISTENCIA DE COBERTURA FRENTE AL CASO EN PARTICULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022103526 / 0, TODA VEZ QUE NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA DELIMITACIÓN TEMPORAL PACTADA, consideramos que este contrato de seguros no tiene cobertura para el evento médico objeto de la demanda de Responsabilidad Civil, como quiera que (en el caso concreto) la primera reclamación al asegurado, es decir a SALUD TOTAL EPS S.A., se realizó en audiencia de conciliación extrajudicial en derecho celebrada en la Notaría Quinta de Manizales el día **25** de **abril** de **2019**, fecha para la cual ya había finalizado la vigencia del contrato de seguros referido en esta pretensión.

Frente a la pretensión “TERCERA”: Me opongo. Como ha quedado evidenciado en los argumentos esgrimidos a lo largo de esta contestación, así como en el acervo probatorio y la situación fáctica presentada, no está llamada a prosperar esta pretensión toda vez que SALUD TOTAL EPS S.A. y las IPS´S. de su Red de Prestadoras, cumplieron a cabalidad con todas y cada una de las obligaciones surgidas al momento en que se llevó a cabo la atención médica a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ, de manera que no se realizó el riesgo asegurado en la póliza.

En ese orden de ideas, resulta claro que el comportamiento desplegado por la EPS y los profesionales de las Clínicas, fue diligente, acertado y acorde con la *lex artis*, por lo que ante la ausencia probatoria de una negligencia, imprudencia o impericia médica, no es dable calificar, de manera alguna, a la demandada como responsable del daño alegado por los actores, y en ese orden de ideas, se presenta una ausencia de los elementos que permitan si quiera entrar a determinar un posible juicio de responsabilidad.

Por otra parte, con relación a la situación contractual entre mi prohijada y la CLÍNICA VERSALLES S.A., se concertaron los contratos de seguro de responsabilidad civil profesional documentados en las siguientes pólizas: (i) Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013; (ii) Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, expedida el 06 de junio de 2018 y con vigencia entre el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013.

Es menester indicar, además, que las supra citadas pólizas se concertaron bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o de reclamación, cuyas características respecto a su cobertura, requieren que deban concurrir los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”; y, (ii) que “se hayan reclamado por primera vez al asegurado o a la aseguradora dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

“CLAIMS MADE

“Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir, el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.”

Con relación al caso que nos atañe, y de conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, se tiene que aparentemente los hechos ocurrieron el día 12 de octubre de 2014, y el primer reclamo a la asegurada se configuró con la audiencia de conciliación celebrada el día **25 de abril de 2019**, previo a su solicitud para llevarla a cabo el día 05 de marzo de 2019 ante la Notaría Quinta del Círculo de Manizales. Desde dicha perspectiva, y teniendo en cuenta los requisitos que deben concurrir para que sea efectiva la cobertura de las pólizas No. 022103526 / 0 y 022281640 / 0, el único contrato de seguros que eventualmente podría afectarse en el caso particular sería aquel que se encuentra documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, con vigencia entre el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013, sin perjuicio de que no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A., toda vez que no existe prueba alguna obrante en el expediente, a partir de la cual se pueda si quiera acreditar los elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a SALUD TOTAL EPS S.A., frente al proceso de atención médica suministrada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO.

Ahora bien, respecto a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013; la misma no podría verse eventualmente afectada, toda vez que **no** se circunscribe al ámbito temporal anteriormente explicado.

Frente a las pretensiones del numeral “3.2.” – “Pretensiones Condenatorias”:

Frente a la pretensión “PRIMERA”: Me opongo. Como se indicó en precedencia no se ha logrado probar, en esta etapa, el acto médico negligente que la parte actora endilga a las entidades codemandadas. Así las cosas, al no estar probados los elementos propios de la responsabilidad civil de la entidad asegurada, es decir, de SALUD TOTAL EPS. S.A., no se ha realizado el riesgo asegurado y, por ende, no existe obligación indemnizatoria en cabeza de ALLIANZ SEGUROS S.A.

Se reitera por su parte, con relación a la situación contractual entre mi prohijada y la CLÍNICA VERSALLES S.A., se concertaron los contratos de seguro de responsabilidad civil profesional documentados en las siguientes pólizas: (i) Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013; (ii) Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, expedida el 06 de junio de 2018 y con vigencia entre el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013.

Es menester indicar, además, que las supra citadas pólizas se concertaron bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o de reclamación, cuyas características respecto a su cobertura, requieren que deban concurrir los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”; y, (ii) que “se hayan reclamado por primera vez al asegurado o a la aseguradora dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular así:

“CLAIMS MADE

“Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir, el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.”

Con relación al caso que nos atañe, y de conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, se tiene que aparentemente los hechos ocurrieron el día 12 de octubre de 2014, y el primer reclamo a la asegurada se configuró con la audiencia de conciliación celebrada el día **25 de abril de 2019**, previo a su solicitud para llevarla a cabo el día 05 de marzo de 2019 ante la Notaría Quinta del Círculo de Manizales. Desde dicha perspectiva, y teniendo en cuenta los requisitos que deben concurrir para que sea efectiva la cobertura de las pólizas No. 022103526 / 0 y 022281640 / 0, el único contrato de seguros que eventualmente podría afectarse en el caso particular sería aquel que se encuentra documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No.

022281640 / 0, con vigencia entre el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013, sin perjuicio de que no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A., toda vez que no existe prueba alguna obrante en el expediente, a partir de la cual se pueda si quiera acreditar los elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a SALUD TOTAL EPS S.A., frente al proceso de atención médica suministrada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO.

Ahora bien, respecto a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013; la misma no podría verse eventualmente afectada, toda vez que **no** se circunscribe al ámbito temporal anteriormente explicado.

Frente a la pretensión “SEGUNDA”: Me opongo. Como se indicó en precedencia no se ha logrado probar, en esta etapa, el acto médico negligente que la parte actora endilga a las entidades codemandadas. Así las cosas, al no estar probados los elementos propios de la responsabilidad civil de la entidad asegurada, es decir, de SALUD TOTAL EPS. S.A., no se ha realizado el riesgo asegurado y, por ende, no existe obligación indemnizatoria en cabeza de ALLIANZ SEGUROS S.A.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO, Y POR CONSIGUIENTE, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A.

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito *sine qua non* la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato.

Una de las características de este tipo de seguro es "la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa"¹⁴

¹⁴ Corte Suprema de Justicia SC026-1999, 22 Julio de 1999, Rad. 5065; y, Corte Suprema de Justicia Sala Civil, 24 mayo de 2000, Rad. 5439.

En las condiciones particulares de los contratos de seguro documentados en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales Nos. 022103526 / 0 y 022281640 / 0; suscritos entre la SALUD TOTAL EPS S.A. y mi representada, se estableció lo siguiente:

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Ahora bien, como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad; especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de la demandada, ya que en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea adjudicada y/o atribuible.

Desde dicha perspectiva, resulta evidente que no es posible que exista condena en contra de SALUD TOTAL EPS. S.A., y consecuentemente, no obra razón alguna para que se afecten los contratos de seguro suscritos entre ésta y mi prohijada, pues al no presentarse la realización del riesgo asegurado, no da lugar si quiera a establecer si asiste o no obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A.

Así entonces, se concluye que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil que pretende endilgársele a la Clínica VERSALLES S.A., estamos ante la no realización del riesgo asegurado amparado por las pólizas que sirvieron como sustento de la vinculación de mi representada y en tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

No obstante lo anterior, debe indicarse que no todas las pólizas invocadas en el llamamiento en garantía, de acuerdo con lo explicitado en precedencia, tienen cobertura para el evento de marras. En este punto es importante insistir que las pólizas que sirven de base al llamamiento en garantía fueron concertadas bajo la modalidad “CLAIMS MADE” o “Reclamaciones Hechas”, respecto de las cuales (como ya se mencionó) se acordó una limitación temporal de cobertura, al respecto se puede evidenciar:

“Ámbito Temporal

“CLAIMS MADE

“Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la

aseguradora durante la vigencia de la póliza, **siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir, el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.**” (Negritas fuera del texto original)”

De conformidad con lo anterior, para que las pólizas invocadas en el llamamiento en garantía ofrezcan cobertura es necesario que concurren los siguientes requisitos: (i) que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado, y (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

Con relación al caso que nos atañe, y de conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, se tiene que aparentemente los hechos ocurrieron el día 12 de octubre de 2014, y el primer reclamo a la asegurada se configuró con la audiencia de conciliación celebrada el día **25 de abril de 2019**, previo a su solicitud para llevarla a cabo el día 05 de marzo de 2019 ante la Notaría Quinta del Círculo de Manizales. Desde dicha perspectiva, y teniendo en cuenta los requisitos que deben concurrir para que sea efectiva la cobertura de las pólizas No. 022103526 / 0 y 022281640 / 0, el único contrato de seguros que eventualmente podría afectarse en el caso particular sería aquel que se encuentra documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, con vigencia entre el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013, sin perjuicio de que no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A., toda vez que no existe prueba alguna obrante en el expediente, a partir de la cual se pueda si quiera acreditar los elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a SALUD TOTAL EPS S.A., frente al proceso de atención médica suministrada a la señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ GIRALDO.

Ahora bien, respecto a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013; la misma no podría verse eventualmente afectada, toda vez que **no** se circunscribe al ámbito temporal anteriormente explicado.

Solicito, señor Juez, declare probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DE COBERTURA FRENTE AL CASO EN PARTICULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022103526 / 0, TODA VEZ QUE NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA DELIMITACIÓN TEMPORAL PACTADA.

Como se ha venido mencionando a lo largo del presente escrito, entre mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. y la SALUD TOTAL EPS. S.A., se concertó el contrato de seguros documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013;

No obstante lo anterior, la precitada póliza se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada *claims made* o *de reclamación*, este tipo de cláusula ha sido descrita por la Corte Suprema de Justicia, así:

“[L]as cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso.”¹⁵

De conformidad con lo anterior, y tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular, tenemos entonces que las características propias de este tipo de cláusulas respecto a su cobertura requieren que deban concurrir los siguientes requisitos: **(i)** que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado; y, **(ii)** que se hayan reclamado por primera vez al asegurado o a la aseguradora dentro de la vigencia de la póliza.

“CLAIMS MADE

“Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir, el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.”

Con relación al caso que nos atañe, y de conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, se tiene que aparentemente los hechos ocurrieron el día 12 de octubre de 2014, y el primer reclamo a la asegurada se configuró con la audiencia de conciliación celebrada el día **25 de abril de 2019**, previo a su solicitud para llevarla a cabo

¹⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 18 de julio de 2017. Radicación n° 76001-31-03-001-2001-00192-01. M.P. AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

el día 05 de marzo de 2019 ante la Notaría Quinta del Círculo de Manizales. Desde dicha perspectiva, y teniendo en cuenta los requisitos que deben concurrir para que sea efectiva la cobertura de las pólizas bajo la modalidad CLAIMS MADE, tenemos que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0, expedida el 06 de junio de 2017 y con vigencia entre el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, con un período de retroactividad contado a partir del 01 de junio de 2013; la misma no podría verse eventualmente afectada, toda vez que no se circunscribe al ámbito temporal anteriormente explicado.

En tal sentido, le solicito muy respetuosamente señora Juez declarar probada esta excepción.

3. CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA EXPRESAMENTE PREVISTAS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NUMERO 022281640 / 0.

Como consideración preliminar, es de aclarar que esta excepción se plantea únicamente respecto de la Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales Numero 022281640 / 0, pues como se explicó en la anterior excepción la Póliza de Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales No. 022103526 / 0 carece de cobertura en este caso particular toda vez que no se cumplen de manera simultánea los presupuestos de la delimitación temporal pactada ("*Claims made*") – *Ver excepción No. 2-*

Dilucidado lo anterior, proponemos la presente excepción en los siguientes términos:

Dentro de las condiciones particulares de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0 suscrita entre mi representada y la SALUD TOTAL EPS. S.A., se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por ALLIANZ SEGUROS S.A. En efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo.

Ahora bien, tal como lo señala el Artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

"(...) Art. 1056.- Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado."

En virtud de la facultad citada en el referido artículo, el asegurador decidió otorgar determinados amparos, siempre supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, e incorpora en las pólizas determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a la

prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente como **exclusiones de la cobertura**.

En el caso concreto encontramos que, según el literal d) de las condiciones particulares de la póliza en comento, “cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas” está **expresamente excluida** de la cobertura de esta póliza. Véase:

EXCLUSIONES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además del siguiente:

- a. Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las unidades de atención propias.
- b. Se excluye cobertura para reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA, VIH y/o HEPATITIS y/o cualquier enfermedad infectocontagiosa.
- c. Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados laboralmente por el asegurado, relacionados en el formulario único de cotización.
- d. Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas.

De acuerdo con el artículo 77 de la Ley 100 de 1993 las Entidades Promotoras de Salud (EPS.) tienen como función básica la de “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”. Teniendo en cuenta lo anterior, dichas Entidades Promotoras de Salud brindan los servicios de atención en salud a través de Instituciones Prestadoras de Salud propias o a través de instituciones contratadas para el efecto.

En el caso que nos ocupa, tenemos que SALUD TOTAL EPS S.A. es una entidad promotora de salud del régimen contributivo y sometida al régimen jurídico establecido en la Ley 100 de 1993 y que, en consecuencia, presta servicios de salud a través de IPS's propias e IPS's contratadas. La señora BLANCA EMIR MARTÍNEZ (Q.E.P.D.) fue atendida en las IPS's pertenecientes a la Red de Prestadores de la EPS. CLÍNICA VERSALLES S.A. y CLÍNICA AMÁN S.A. codemandadas en el proceso de la referencia. En tanto, la asegurada a la póliza en referencia, SALUD TOTAL EPS S.A. está siendo llamada a responder solidariamente por los servicios prestados en las referidas instituciones.

De acuerdo con lo anterior, y sin que esto implique ninguna aceptación de responsabilidad por parte de las entidades codemandadas, consideramos que la reclamación que se realiza en el escrito de la demanda, no encuentra cobertura en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0.

En consecuencia, de hallarse configurada, según la prueba recaudada, al menos una de las exclusiones consignadas en las condiciones generales o particulares de las pólizas, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

4. LIMITES MÁXIMOS DE LA EVENTUAL RESPONSABILIDAD DE ALLIANZ SEGUROS S.A. Y LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022281640 / 0.

Como consideración preliminar, es de aclarar que esta excepción se plantea únicamente respecto de la Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales número 022281640 / 0, pues como se explicó en la excepción No. 2 la Póliza de Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales No. 022103526 / 0 carece de cobertura en este caso particular toda vez que no se cumplen de manera simultánea los presupuestos de la delimitación temporal pactada ("*Claims made*").

Dilucidado lo anterior, proponemos la presente excepción en los siguientes términos:

Sin perjuicio de las excepciones previamente propuestas y sin que la presente constituya reconocimiento alguno de responsabilidad por parte de mi representada, se formula esta excepción, en el sentido en que es de resaltar que en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0 se estipularon las condiciones, límites, amparos, exclusiones, causales de exoneración, sumas aseguradas, deducibles y todas aquellas generalidades y particularidades que rigen las prenombradas pólizas, y las cuales permiten enmarcar y constituir los parámetros para determinar en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi representada.

Debe señalarse que todo pronunciamiento que se haga en virtud de la existencia de un contrato de seguro debe sujetarse inexorablemente al tenor literal del mismo, toda vez que es este el documento donde quedó plasmada la voluntad de los contratantes y la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1056 de la normativa comercial que consagra:

"Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado"

Ahora bien, de conformidad con lo estipulado en los artículos 1079¹⁶ y 1089¹⁷ del previamente referenciado Código de Comercio, la responsabilidad máxima del asegurador se limita a la suma asegurada, siendo entonces ésta el límite máximo de responsabilidad asumida por la compañía aseguradora, claro está, si previamente se ha logrado comprobar y establecer fehacientemente que se cumplió con la condición de la cual surgió su obligación indemnizatoria.

En dicho sentido, es necesario resaltar que conforme a las condiciones particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **022281640 / 0**, quedaron debidamente pactadas las siguientes coberturas y límites:

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	300.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	300.000.000,00	1.000.000.000,00

Conforme a lo anteriormente transcrito, se tiene que las obligaciones de ALLIANZ SEGUROS S.A. están enmarcadas dentro de las condiciones generales y particulares pactadas y consignadas en la Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640/ 0, por lo que, en el remoto e improbable caso en que se profiera una sentencia en contra de mi representada, se debe limitar cualquier valor dentro de los límites asegurados, siempre y cuando no se configure una causal de exclusión, exoneración y/o inoperancia del contrato de seguro.

En el caso concreto, aplica el límite asegurado por evento de acuerdo con las condiciones referidas en la CLÁUSULA 6 del condicionado general, así:

¹⁶ **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, (...).

¹⁷ **ARTÍCULO 1089. <LÍMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN>**. 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.

Se presume valor real del interés asegurado el que haya sido objeto de un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. Este, no obstante, podrá probar que el valor acordado excede notablemente el verdadero valor real del interés objeto del contrato, mas no que es inferior a él.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

De tal forma que la responsabilidad de mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. deberá limitarse a la suma de \$300.000.000, que es el límite asegurado por evento.

5. DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022281640 / 0

De conformidad con lo estipulado en las condiciones generales y particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **022281640 / 0**, suscrita entre mi representada y la SALUD TOTAL EPS S.A., se pactó por concepto de deducible **“10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000”**, por lo que, en el remoto, hipotético e improbable escenario de que prosperaran las pretensiones de la parte actora, SALUD TOTAL EPS S.A. estará obligada al pago de la suma indicada.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

6. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Sin perjuicio de lo expuesto en las excepciones planteadas anteriormente, en el remoto e improbable caso en que haya una condena en contra de mi representada, ello generaría un rubro a favor de la que llama en garantía, lo cual no tiene justificación legal o contractual alguna, lo que se derivaría en un enriquecimiento sin causa, figura prohibida en nuestra legislación.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de las excepciones propuestas anteriormente, y sin que con ello se esté aceptando responsabilidad alguna por parte de mi prohijada, solicito muy amablemente

señor Juez, que de conformidad con lo establecido en los artículos 1081¹⁸ y 1131¹⁹ del Código de Comercio, en el caso en que resulte probado en el transcurso del proceso la configuración del fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas de los contratos de seguro documentados en las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0 y No. 022281640/ 0, la misma salga avante y se declare probada.

8. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la excepción de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

CAPÍTULO III.

MEDIOS DE PRUEBA

Comedidamente solicito las siguientes:

- **DOCUMENTALES**

1. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS S.A., que ya obra en el expediente.
2. Copia de la carátula y de las condiciones generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **022103526 / 0**, vigente desde el 01 de junio de 2017 hasta el 31 de mayo de 2018, la cual ya obra en el expediente pues fue aportada por SALUD TOTAL EPS S.A. con el llamamiento en garantía que formula a mi representada.

¹⁸ **ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>**. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

¹⁹ **ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>**. <Artículo subrogado por el artículo 86 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.

3. Copia de la carátula y de las condiciones generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **022281640 / 0**, vigente desde el 01 de junio de 2018 hasta el 31 de mayo de 2019.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a quienes integran la parte demandante, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito les formularé sobre los hechos de la demanda.

- **DECLARACIÓN DE PARTE**

De conformidad con lo estipulado en el artículo 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de ALLIANZ SEGUROS S.A., a fin de que sea interrogado sobre los hechos relacionados en el presente proceso.

- **TESTIMONIALES**

De la manera más atenta, me permito solicitar a este Despacho, decretar el testimonio del Dr. Juan Sebastián Londoño Guerrero, asesor externo de ALLIANZ SEGUROS S.A., para que se pronuncie y explique el alcance de la cobertura de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022103526 / 0 y 022281640 / 0.

El Dr. Juan Sebastián Londoño Guerrero, podrá citarse en la Carrera 23 con calle 10, en la ciudad de Pereira (Risaralda).

ANEXOS

Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.

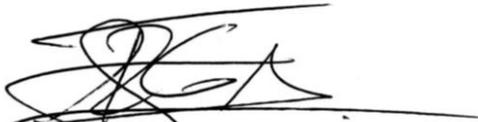
NOTIFICACIONES

A la parte actora y a la convocante, en las direcciones consignadas en los escritos de demanda y de contestación de esta.

A mí representada, ALLIANZ SEGUROS S.A., en la Avenida 6 A Norte No. 23 -13 de la ciudad de Cali; correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co.

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

Cordialmente,



FELIPE PUERTA GARCÍA

C.C. No. 1.088.277.101 de Pereira

T.P. No. 289.809 del C.S. de la J.