

Señor:

JUEZ DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

REF. DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD
PROCESO No. 11001310301220190089800
DEMANDANTE: PAULA ANDREA LUNA CRUZ Y OTROS
DEMANDADO: EPS FAMISANAR Y OTROS

ALEXANDER JOVEN PERDIGÓN, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, Abogado en ejercicio, domiciliado y residenciado en esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.031.124.273 de Bogotá, con tarjeta profesional de Abogado número 275.295 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de Apoderado Judicial de la **E.P.S FAMISANAR S.A.S.**, sociedad legalmente constituida tal y como consta en el certificado de existencia y representación legal y de acuerdo con el Poder legalmente otorgado a mi favor, el cual reposa en el expediente, procedo dentro del término de traslado a Contestar la demanda de la referencia en los siguientes términos, de conformidad con el artículo 365 del Código General del Proceso, así como lo establecido en el Decreto 806 de 2020:

FRENTE A LAS PRETENSIONES

DECLARATIVAS:

Me opongo de forma expresa su señoría a todas y cada una de éstas solicitudes de declaratoria, como quiera que la EPS FAMISANAR S.A.S., autorizo, prestó y garantizó el acceso y prestación de servicios de salud al señor FRANKLIN DE JESÚS GIRALDO OSSA, dentro de la oportunidad y los requerimientos profesionales para su caso particular y sobre todo para la especialidad por la que venía siendo tratado, quienes hacen parte de la red de mi representada y cuentan con toda la idoneidad, habilitación, acreditaciones y demás requerimientos que exige la ley para tales efectos, de lo cual adjunto reporte completo de autorizaciones. Es importante mencionar que la EPS autoriza y programa conforme a las instrucciones de los profesionales médicos y en los tiempos que permite la Ley frente a asignación por especialidades y supra especialidades.

Ahora bien, mi representada frente al manejo administrativo como asegurador, cumplió en todo sentido con lo ordenado en la normatividad legal vigente, es importante su señoría que se de a conocer que no hay registros del señor Franklin de Jesús QEPD ni de sus familiares frente a la oportunidad en la asignación de citas y consultas, conforme se evidencia en las historias clínicas adjuntadas por la actora, el desarrollo de la atención se dio en los tiempos que demanda la patología del usuario y el desafortunado desenlace del señor Franklin se da por el comportamiento del tumor, sin embargo, de forma técnica deberá ser expuesto por los demás demandados dentro del trámite procesal.

DE CONDENA:

Me opongo íntegra y expresamente a todas y cada una de las solicitudes de condena de la parte actora como quiera su señoría que no existe vínculo entre el proceder de mi representada como asegurador y el daño sufrido por la familia y el desafortunado desenlace del señor Franklin de Jesús QEPD, pues tal y como se adjunta al presente, se autorizaron todos los servicios que el usuario siempre requirió con la oportunidad debida para las especialidades que demandó en su momento.

Ahora bien su señoría, según se evidencia en los registros de mi representada, el Ingreso base de cotización para las fechas en las que ocurrieron los hechos era de \$616.000 y no de \$2.070.290, conforme se evidencia en los niveles de ingreso sobre los que cotizaba el señor FRANKLIN DE JESÚS, por lo que no es cierto lo que asevera la parte actora frente el referido, en tal sentido nos encontraríamos frente a un presunto fraude al sistema.

A LOS DENOMINADOS HECHOS DE LA DEMANDA

1. **NO ES CIERTO**, conforme se evidencia en el soporte documental de historia clínica del usuario y de los registros de mi representada, el fallecimiento del usuario se da el 11 de junio de 2014.

2. **CIERTO**.

3. **CIERTO**.

4. **FALSO**, en ningún soporte del expediente reposa prueba alguna que de constancia de la comunicación del usuario con el Dr. Penagos

5. **PARCIALMENTE CIERTO**, su señoría, EPS FAMISANAR garantizó la prestación del servicio de salud requerido por el usuario, sumado a que generó las autorizaciones en tiempo para lo requerido según lo ordenado por los profesionales de la salud y las IPS donde fue atendido, ahora bien, la asignación de citas es una responsabilidad directa del prestador de servicios, pues son ellos los que conocen y manejan sus agendas, no obstante, se demuestra el buen obrar de mi representada como quiera que en todo momento apoyo la logística de la consecución de citas para el usuario, como se evidencia en toda la documental, todas fueron asignadas con la oportunidad de ley y del tipo de especialidad.

6. **FALSO**, su señoría, todo el tratamiento se dio de forma oportuna y sin demora conforme lo establece la Lex Artis y frente al manejo administrativo por parte de la EPS como asegurador, no hay registro de inconformidad por parte del usuario y de sus familiares en lo que tiene que ver con la oportunidad de consultas y autorizaciones.

7. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal.

8. **FALSO**, en la documental su señoría se puede evidenciar que las citas no superaban el término de ley para su asignación, tan es así, que hubo adherencia al tratamiento conforme se evidencia en las anotaciones de las historias clínicas aportadas por la actora, y claramente cuando se presenta una adherencia positiva, es consecuencia de la prestación oportuna de servicios.

9.

9.1. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal.

9.2 **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal.

9.3 **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal.

9.4 **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal.

9.5 **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal.

10. **NO ES CIERTO**, no se trata de un hecho, el apoderado judicial de la parte actora no puede inmiscuirse en el manejo técnico de los pacientes, es una apreciación subjetiva manifestando posibles manejos que son propios de los médicos tratantes del usuario.

11. **NO ES UN HECHO**, se trata de una apreciación subjetiva del apoderado, sumado a que refiere situaciones que no son ciertas, pregunto, hay evidencia de la falta de oportunidad? ¿Hay quejas del usuario o sus familiares? ¿Hay registro de los profesionales médicos que den constancia de la demora en el tratamiento del usuario?

12. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

13. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

14. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

15. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

16. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

17. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

18. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

19. **CIERTO**.

20. **PARCIALMENTE CIERTO**, pues menciona el actor en este hecho que "sin describir ningún riesgo", pero sin nos vamos a los registros de historia clínica que anexo el mismo, el profesional médico consigno que, "riesgo de pérdida de visión", por lo que nos encontramos frente un análisis de la historia clínica totalmente imparcial e incompleto por parte del apoderado judicial del demandante.

21. **FALSO**, su señoría, en todos los registros de historia clínica se evidencia la advertencia de los riesgos, incluso, los de la cirugía que determino de forma prioritaria el Dr. Ernesto, reitero, nos encontramos frente un análisis de la historia clínica totalmente imparcial e incompleto por parte del apoderado judicial del demandante.

22. **FALSO**, su señoría, no hubo renuencia ni negativa por parte del profesional para la prestación del servicio, el objeto del cambio de profesional se daba por la necesidad de un nivel de complejidad más alto dada la patología del usuario;

Ahora bien, no demoro un mes y no hay prueba que de constancia que se le informo por parte de mi representada que demoraba un mes, tan es así que la cita con el Dr. Ernesto fue el 20 de mayo y EPS FAMISANAR SAS asigna cita con la supra especialidad de Neurocirugía para el 30 de mayo, su señoría, si tenemos en cuenta el nivel de la especialidad y las agendas que actualmente se manejan en el para para ella (2 o 3 meses) se consiguió por mi representada en 10 días, término que

se encuentra dentro de la oportunidad establecida por la normatividad legal vigente para tales efectos.

23. **CIERTO**, conforme se evidencia en los soportes que reposan en el expediente.

24. **CIERTO**, conforme se evidencia en los soportes que reposan en el expediente.

25. **PARCIALMENTE CIERTO**, pues no hay evidencia de la conversación entre el Dr. Penagos y el usuario.

26. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

27. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

28. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

29. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

30. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

31. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

32. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

33. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

34. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

35. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

36. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

38. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

39. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

40. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

41. **NO ME CONSTA**, me atengo a lo que se pruebe dentro del trámite procesal, como quiera que mi representada no tuvo injerencia en lo descrito en este hecho.

FRENTE AL DAÑO Y LOS PERJUICIOS

Señora Juez, durante todo el recorrer administrativo y médico del usuario, puede evidenciar usted el seguimiento al detalle por parte de mi representada como quiera que como mero asegurador, las autorizaciones fueron generadas en tiempo, con toda la oportunidad que amerita la situación y ordena la Ley, por lo que no existe un daño causado por mi EPS FAMISANAR que sea atribuible a la misma con ocasión de los hecho narrados por la parte actora.

Señora Juez, debemos recordar que solo los profesionales de la salud son los que definen la pertinencia de la realización de procedimientos, y si los mismos no lo encuentran viable o no pertinente, debemos saber que todo se da derivados de estudios previos y exámenes rigurosos que establecen todas estas situaciones.

Ahora bien su señoría, el usuario no hubiese presentado adherencia al tratamiento si se hubiesen presentado demoras, de forma contraria, se evidencia la continuidad en la prestación del servicio, situación distinta es el comportamiento de la patología, pues se trata de un tumor que si bien es de tratamiento y extraíble, el mismo puede tener evoluciones inesperadas, conforme se puede evidenciar en las historias clínicas del usuario.

Finalmente, es importante destacar que mi representada actúa como asegurador cumpliendo las funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, actuando dentro de los principios rectores del SGSSS incluso los que determina la Ley 780 de 2016, por lo que no se presentó ni dilatación, omisión, falta de tratamiento ni barreras de atención, pues como se evidencia en las historias clínicas que el mismo demandante adjunta, siempre se realizó seguimiento y sincronía con oportunidad a la hora de la prestación de servicios de salud.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Se objeta el juramento estimatorio realizado por la apoderada de los demandantes en cuanto al daño emergente y un lucro cesante, como quiera que la usuaria para la fecha de los hechos era beneficiaria, lo anterior teniendo en cuenta que no existe prueba sumaria que demuestre lo pretendido (que laboraba y que tenía ingresos por más de \$2.100.000), pues el IBC para la fecha de los hechos era de \$616.000 conforme se evidencia en el certificado de aportes adjunto a la presente contestación, por lo que el juramento estimatorio de los demandantes carece de sustento probatorio y no está debidamente soportado como lo exige la jurisprudencia.

Ahora bien, persigue la parte actora (además de un daño emergente y un lucro cesante que no existe conforme se explicó a lo largo del presente escrito), un daño en la vida en relación, como daño moral y un daño fisiológico, su señoría, no está probada tal situación, no existe un concepto médico técnico profesional que, de cuenta de tal situación, a más de 4 años del fallecimiento del señor Franklin.

Así las cosas, el juramento estimatorio de los demandantes carece de sustento probatorio y no está debidamente soportado como lo exige la jurisprudencia.

EXCEPCIONES

Me permito formular las siguientes excepciones de fondo:

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CUMPLIR LAS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES ASIGNADAS POR LA LEY

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las EPS tienen funciones delegadas por el Estado y otras propias de su papel de asegurador.

Funciones delegadas por el estado a las EPS

Las funciones que deben asumir las EPS por delegación del Estado son las siguientes:

- a) Recaudar cotizaciones.
- b) Pagar las licencias de maternidad y paternidad.
- c) Pagar contenidos No POS (vía tutelas y Comité Técnico Científico).

Estas funciones, si bien son delegadas por el Estado, son claves en la operación de las EPS porque de ellas depende la captación de los ingresos tanto de la prima de aseguramiento que les corresponde para la prestación de los servicios de salud (POS) y para el pago del subsidio de incapacidades por enfermedad general, como para el reembolso de los gastos por licencias de maternidad y paternidad y servicios NO POS que hace la EPS en nombre del Estado, a quien corresponde garantizar éstas prestaciones a los afiliados al Régimen Contributivo.

La relación existente entre mi representada y sus afiliados es de tipo contractual, según dispone el artículo 16 del decreto 1485 de 1994 que señala:

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

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

De acuerdo con esa relación, mi mandante aseguró y garantizó las prestaciones asistenciales del usuario desde el momento de su afiliación. Lo anterior se corrobora de la lectura del informe de autorizaciones emitidas adjuntas en esta contestación. Igualmente, se puso a disposición del paciente una red de IPS de primera categoría e infraestructura para la atención integral de las patologías presentadas.

Funciones propias de las EPS (funciones de aseguramiento)

Se tienen las siguientes:

- Administrar la afiliación.
- Cubrir las incapacidades por enfermedad general.
- Cubrir el POS de sus afiliados, para lo cual:
 - Administran el riesgo de salud
 - Organizan la red de servicios
 - Gestionan el costo de salud

Según las normas vigentes, las funciones básicas de las EPS son las de “...organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados...” (numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100)” y la de “...Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad...” (Literal b, artículo

segundo del decreto 1485 de 1994). Las EPS en cada régimen “...son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento...” (artículo 14 de la Ley 1122), por lo cual, se consideran aseguradoras. Ellas ofrecen un plan de seguros especial completamente regulado por el Estado.

El sistema de seguridad social en salud, del cual participan las EPS como entidades de administración y financiación (numeral 2 del artículo 155 de la Ley 100), es un sistema de aseguramiento *sui generis* ya que la entidad que administra el riesgo no puede establecer la prima (UPC) ni la cobertura del plan (POS), las cuales son definidas por la autoridad estatal y el administrador debe acogerlas en su integridad. El aseguramiento en salud, propio de las EPS, tiene características especiales que lo hacen diferente al aseguramiento tradicional de riesgos, tales como incendio, automóviles, vida, e inclusive al aseguramiento tradicional en salud, en los cuales el asegurador define libremente el producto y el precio.

A las EPS como “...responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento...” les quedan tres funciones muy importantes que son la gestión de riesgo, la gestión del costo y la gestión de prestadores. Estas funciones, en términos simples, se traducen en una eficiente organización, con la mayor oportunidad y calidad posible, de los servicios de salud y de atención de la enfermedad que requieran sus afiliados.

El Estado define, la UPC, el POS y las características y condiciones contractuales (condiciones de afiliación), éstas no se pueden modificar cuando sea necesario, a diferencia del seguro tradicional. Tampoco se pueden modificar las condiciones contractuales ya que, por definición, la EPS debe afiliarse a todas aquellas personas que así lo soliciten, con independencia de su estado de salud. En el contexto de la seguridad social, no hay selección de riesgos.

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

La función más importante de las EPS es la de administrar el riesgo en salud de los afiliados. Para ello, deben conocer la información de las causas de enfermedad y mortalidad de sus afiliados y de los riesgos que las generan, de tal manera que puedan planear, diseñar y organizar modelos de atención que reduzcan, dentro de sus competencias, la probabilidad de su ocurrencia o disminuyan la severidad de sus efectos.

Las prioridades de salud de una EPS no necesariamente coinciden con las prioridades de la población general de un municipio porque las características socioeconómicas, que pueden generar diferentes riesgos de enfermar, son diferentes a las de la población no afiliada. La EPS, en este sentido, debe identificar los riesgos específicos que se generan entre su población afiliada y que generan los mayores gastos para la entidad, de tal manera que desarrolle las acciones pertinentes para disminuir su probabilidad de ocurrencia y el costo de su atención.

El fenómeno de salud-enfermedad está influido por múltiples riesgos, muchos de los cuales la EPS no puede intervenir, pero que debe conocer y medir para detectarlos oportunamente y minimizar su impacto.

GESTIÓN DE PRESTADORES

La gestión sobre los prestadores se refiere a la obligación que tienen las EPS de organizar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que sean necesarias para la atención de sus afiliados, de acuerdo con el análisis de las causas de enfermedad y muerte y los riesgos que las generan.

Esto significa que las EPS deben definir adecuadas políticas de contratación (capitación, tarifas, y demás) que les permita prestar el servicio y disponer de una red suficiente para atender las necesidades de salud de sus afiliados en condiciones de calidad y oportunidad, compatibles con los recursos disponibles.

Para el caso concreto, aunque mi representada no prestó directamente los servicios médico-asistenciales, sí garantizó dichas prestaciones, a través de una red de IPS debidamente habilitadas y especializadas para el tratamiento de la patología que presentó la usuaria. Mi poderdante cumplió con las disposiciones legales impuestas por el SGSSS como empresa aseguradora de planes y beneficios (EAPB) del POS. Autorizó la prestación de los mismos desde el momento de la afiliación acorde con las patologías y necesidades médicas indicadas por las instituciones y los profesionales médicos. Por lo tanto, las pretensiones de la demandante respecto de la responsabilidad civil por parte de mi representada no pueden prosperar.

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR NO PRESTAR DIRECTAMENTE EL SERVICIO DE SALUD

Las IPS prestan directamente el servicio de salud al usuario. Mi representada organiza y garantiza el POS como entidad administradora de servicios de naturaleza administrativos. Para tal fin, contrató una red de instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS). Estas instituciones están definidas en función de las labores que les son propias a la atención en salud directa a los usuarios conforme lo establece el artículo 185 de la Ley 100 de 1993:

“Son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera.”. Subraya mía.

Las diferencias entre las responsabilidades de las EPS y las IPS fueron declaradas por la Corte Constitucional en la Sentencia No. C-572 de 2003 cuando se pronunció en la siguiente forma:

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

De acuerdo con el principio de autonomía que les atribuye la ley 100 de 1993 las IPS son responsables frente a los pacientes, tanto de las fallas en la prestación de los servicios de salud, como de los daños que con ocasión que del mismo se generen.

Su labor, como ya se dijo, se desarrolla de forma independiente, autónoma y no subordinada a la EPS. Ellas mismas contratan su propio personal médico profesional, encargado de poner al servicio del paciente todos sus conocimientos,

experiencias, y técnicas encargadas de solucionar los trastornos de la salud y a utilizar todos los equipos e instrumentos disponibles para tal fin.

INEXISTENCIA DEL NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA CONDUCTA ADMINISTRATIVA DE MI REPRESENTADA Y EL DAÑO ALUDIDO

Esta excepción consiste en el hecho de que pretende deducir consecuencias jurídicas de causas equivocadas. Se pretende vincular a mi poderdante por una causa que no es atribuible a su acción u omisión y que por el contrario excede su órbita jurídica de control.

La determinación o la existencia de un comportamiento médico constitutivo de culpa médica, nace de que sea verificable la ocurrencia de un daño a la víctima, luego de la prueba de la conducta descuidada del demandado y por último que esta fue la causante del daño, sin este último elemento que jurisprudencia y doctrina nominan el nexo causal no será posible predicar culpa del médico o de la institución que presta el servicio.

Este conjunto de criterios bastará para deducir inexistencia de tal nexo, de acuerdo a los elementos argumentativos que a continuación esbozamos y que se nutren de la consideración clínica del paciente y del desarrollo asistencial profesional e institucional, dentro del marco fáctico sostenido por la parte actora en la presente acción.

Por lo cual se reitera, que, de acuerdo a lo mencionado y soportado en las pruebas documentales aportadas, se evidencia el buen manejo médico asistencial, profesional y de infraestructura que ameritaba el manejo de la patología del paciente.

AUSENCIA DE PERJUICIOS CAUSADOS

Como se ha sostenido, argumentado y probado, no se ha causado daño del cual sea responsable la demandada EPS Famisanar en la presente acción; si este no se ha causado, nos cuestionamos: ¿Qué restablecimiento patrimonial se puede exigir a mi representada?, ¿sobre qué fundamento? La doctrina en la materia de la responsabilidad civil del profesional médico exige la existencia de un comportamiento antijurídico como consecuencia de un actuar culposo, relacionado con el ejercicio de la actividad asistencial, y en el sub examine, tal condición no se ha dado.

De lo antes dicho no se ha demostrado daño causado a la víctima como lo debate el apoderado de la parte demandante atribuible a la actuación de EPS Famisanar, más aún cuando la señora cuando acudió a la atención médica ya contaba con una patología de años atrás de dolor lumbar y demás afecciones espaldares, tal y como lo deja ver la historia clínica que reposa en el expediente, no atribuibles a eventos adversos presentados en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Los hechos y las pruebas orientan a evidenciar una actividad médica profesional y administrativa diligente, prudente, pertinente; similar condición de la Institución prestadora de Salud. Si no hay ninguno de estos dos elementos: daño y acto descuidado, mucho menos un nexo causal que determine la responsabilidad de mi representada y se exija un reconocimiento patrimonial.

Por contera, si no hay acto negligente, si no hay resultado dañoso, ni nexo relacional, lógico es concluir que no hay lesión patrimonial, ni daño que reparar, y menos perjuicios que indemnizar.

Por tanto, en la presente acción declarativa de responsabilidad civil médica no hay perjuicios ni materiales ni morales probados que resarcir.

Ahora bien, el tema de los perjuicios y su estimación, que por lo irreales, hipotéticos y eventuales y sin causa no podrían ser reconocidos en esta causa, no obstante que se determinará alguna responsabilidad de mi poderdante, que de lo expuesto no puede ocurrir.

En cuanto a los perjuicios, son de la tasación del señor juez, pero como ya se anotó, si no hay daño, ni nexo causal con el daño, por la conducta diligente de los demandados, no hay razón a tal reconocimiento.

EXCESIVA TASACIÓN DE PERJUICIOS – PERJUICIOS MAL TASADOS

Excepción que fundamento la equivocada tasación de perjuicios realizada por la parte actora al pretender el pago de perjuicios materiales que no se encuentra acreditada en el plenario, más aún, cuando el usuario recibió todo el tratamiento médico, el cálculo de un lucro cesante y un daño emergente, correspondiente a costos generales del recorrer normal de la cotidianidad del día a día, pero que corresponda a la verdad y no a una estimación objetiva que realiza el apoderado judicial, de lo contrario nos encontraríamos frente a un fraude al sistema general de seguridad social en salud.

PRESCRIPCIÓN Y / O CADUCIDAD

Alego desde ahora la presencia de cualquiera de los dos fenómenos conculcatorios del eventual derecho reclamado, reservándome el derecho a fundamentar la eventual presencia de cualquiera de los fenómenos indicados, de haberse probado dentro del plenario, al momento de presentar los alegatos de conclusión.

GENERICA

Finalmente, desde ya me acojo a cualquier excepción que resulte probada dentro del proceso y que conlleve a la exoneración de responsabilidad de mi mandante.

FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA

Sustento en derecho los hechos de la contestación de la demanda en lo establecido en el artículo 2341 del Código Civil y art 75,76, 77, 97 ss y Ley 1564 de 2012 así como la Ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007, ley 1438 de 2011 y demás normas concordantes en lo referente al SGSSS y Resolución 5261 de 1994.

SOLICITUD PRÁCTICA DE PRUEBAS

En primer lugar, manifiesto a usted señor Juez que me reservo el derecho a intervenir en todas y cada una de las pruebas solicitadas por los demás sujetos procesales, a fin de ejercer el derecho de defensa y contradicción de mí representada, adicionalmente solicito se admitan, decreten y se tengan como pruebas las siguientes:

- Documentales que se Aportan

1. Copia del informe de autorizaciones expedidas a nombre de la demandante.
3. Certificado de aportes que contiene el estado de afiliación de la usuaria para la fecha de los hechos.

- Interrogatorio de parte:

1. Sírvase señor juez citar a la parte actora, la señora Paula Andrea y al señor David Julian Giraldo Luna, quien se puede citar en la dirección de notificaciones de escrito de demanda, a fin de absolver interrogatorio de parte que personalmente formularé o allegaré al despacho en sobre sellado antes de la práctica de pruebas, para el día y hora señalado por el despacho para tal fin sobre los hechos objeto de la demanda y su contestación.

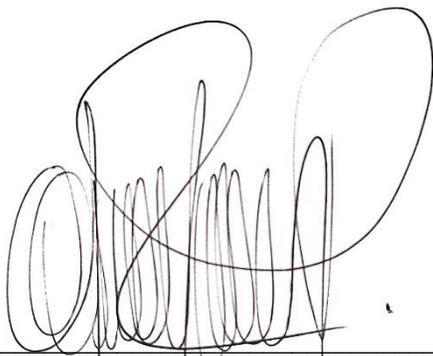
ANEXOS

- Los enunciados en el acápite de pruebas.
- Téngase en cuenta el poder legalmente otorgado a mi favor y el certificado de existencia y representación legal de EPS Famisanar S.A.S. que ya reposa en el expediente.

NOTIFICACIONES

Mi mandante y yo recibiremos notificaciones en la secretaria del Despacho y en la Cra. 13 No. 77ª-63 de la ciudad de Bogotá. Tel. 6500200 ext. 306., celular 3203969616 Correo electrónico, ajoven@famisanar.com.co y el correo electrónico notificaciones@famisanar.com.co

Del señor Juez respetuosamente,



Alexander Joven Perdigón
C.C 1.031.124.273 de Bogotá.
T.P 275.295 del Consejo Superior de la Judicatura
Apoderado EPS FAMISANAR S.A.S.

No hay ánimo conciliatorio por parte de EPS FAMISANAR S.A.S.