

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO
ORALIDAD-MEDELLIN**

Medellín, doce de marzo de dos mil veinte .

*Proceso : Ordinario de responsabilidad civil.
Asunto : Sentencia de primera instancia
Sentencia : 010
Demandante : Wbeimar Muñoz Ocampo.
Demandado : Salud Total E.P.S.
Radicado : 05001 31 03 007 2015 01373 00*

ASUNTO A TRATAR.

Se procede a poner fin a esta primera instancia en el presente proceso verbal de responsabilidad civil contractual incoado por Wbeimar Muñoz Ocampo contra Salud Total E.P.S-S S-A., la cual llamó en garantía a las aseguradoras Chubb de Colombia Compañía de Seguros S. A. y Allianz Seguros S. A.

LAS PRETENSIONES.

El demandante reclama que, mediante sentencia, “se declare la responsabilidad civil contractual de la entidad demandada” y, consecuentemente, se le condene a pagarle: (i) por daño emergente la suma de \$10.951.313; (ii) por lucro cesante, \$132.931.687; (iii) por perjuicios morales, el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales; (iv) esa misma cantidad, por “perjuicios fisiológicos”; y, (v) las costas procesales.

FUNDAMENTOS FÁCTICOS.

1. El pretensor nació el 6 de julio de 1987.

2. En la noche del sábado 6 de diciembre de 2014, mientras departía con otros amigos en un establecimiento público “*en los alrededores de la Central Mayorista donde laboraba en esa época, recibió un fuerte impacto propinado por una botella que alguien había lanzado y que le impactó a la altura del ojo izquierdo.*”.

3. Se afirma que el ahora pretensor, “*por ser puente no pudo contar con la atención de su EPS y que debió sufragar los gastos de atención con sus propios y pobres recursos, lo que desde luego no le permitía una atención a la altura de las necesidades que el impacto demandaba, dado el lugar de ocurrencia del mismo.*” (Fl. 79, C. Ppl.).

4. El promotor de esta causa, debió asumir de su peculio gastos por valor total de \$10.951.313, los cuales especifica en el libelo demandatorio, requeridos para “*sufragar en clínicas particulares y pagar medicamentos y cirugías, debido a que no fue atendido por la entidad demandada*” (Fl. 79 *ib.*).

5. El convocante padeció una pérdida de capacidad laboral del 35%.

TRÁMITE Y REPLICA.

I. La demanda fue admitida mediante auto del 30 de marzo de 2016, que fue debidamente notificado a la convocada, después de haberse repetido el trámite del enteramiento porque se decretó nulidad de lo actuado.

II. La entidad accionada replicó así:

1. Se opuso abiertamente a las pretensiones del actor, haciendo pronunciamiento sobre los hechos así:

(i) No formuló cuestionamiento a la forma como se produjo el herimiento, ni a la edad del convocante.

(ii) Rechazó que hubiera negado atenciones en salud al ahora demandante. Con fundamento en la misma documentación que ya obraba en el expediente, relacionó las que le fueron prestadas al mismo, por

cuenta de aquella, y alegó que no *“fue negligente, habida cuenta que el demandante contó con los servicios requeridos, desconociéndose el motivo por el cual el paciente decide de manera voluntaria acudir a otro centro médico para recibir la atención PARTICULAR.”* (Fl. 128, C. Ppl.).

(iii) Propuso como excepciones de mérito las que denominó y sustentó así:

a) *“Los hechos y las pretensiones de la demanda no son de responsabilidad de Salud Total E.P.S-S S. A. dado el cumplimiento de la EPS de sus obligaciones contractuales”*: El argumento de soporte, en esencia, es que su obligación legal se reduce a promover y realizar las afiliaciones, recaudar unos dineros por cotizaciones y girar parte de los mismos al Fondo de Solidaridad y Garantías; amén de contratar con las IPS los servicios para los afiliados, pero son éstas las responsables insulares de la prestación de atenciones en salud requerida por los afiliados.

b) *“Ruptura del nexo causal como eximente de responsabilidad de la responsabilidad civil”*, porque la demandada obró *“dando cumplimiento a cada uno de los roles impuestos por la ley (...) respecto de su obligación de prestar el servicio, actuó con diligencia y cuidado deslegitimando cualquier proceder dañoso que pudiera generar perjuicio al demandante.”* (Fl. 133 ib.).

c) *“Hecho de la víctima”*, el cual sustentó alegando que *“de manera caprichosa, libre y espontánea, el demandante decidió acudir inicialmente a la Clínica CES y de manera posterior a la Clínica de Oftalmología San Diego a fin de solicitar una atención respecto de la cual, no sólo ya había recibido atención inicial por parte de mi representada, sufragando de manera directa los rubros que las atenciones brindadas generaban de manera personal, comportamiento que fue decisivo, determinante y exclusivo del señor MUÑOZ OCAMPO.”* (Fl. 133 ib.).

d) *“Deber de evitar el daño”*, en apoyo del cual sostuvo que constituía obligación del paciente y ahora convocante, *“tomar todas las medidas necesarias razonables con el fin de minimizar el perjuicio padecido”* y también *“evitar que el perjuicio exista”* (Fl. 135 ib.); que tal deber fue *“incumplido por el señor WBEIMAR MUÑOZ OCAMPO pues rehusó los servicios médicos ofrecidos a través de la EPS y decidió tomar servicios de carácter particular. Así, si hubiera existido el supuesto*

incumplimiento por parte de Salud Total EPS-S S.A., el señor MUÑOZ solo agravó la situación en detrimento propio y en procura ahora, de un resarcimiento patrimonial.” (Fl. 136 ib.).

e) *“Duda razonable de la existencia del daño”*, en apoyo del cual planteó la inexistencia de la obligación de reembolsar los gastos médicos asumidos por el demandante, y la superación del tope fijado por la jurisprudencia nacional en cuanto a los perjuicios inmateriales.

f) *“Actuaciones prudentes y diligentes por parte de los agentes del sistema de salud.”*, con reiteración de los anteriores argumentos.

(iv) Formuló objeción al juramento estimatorio.

(v) Formuló llamamiento en garantía dos entidades aseguradoras.

(III) EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

(i) Se hizo con fundamento en la póliza 43176852, expedida por la llamada en virtud del contrato de seguro de *“responsabilidad civil profesional derivada de errores u omisiones administrativas causadas por su personal, que se encuentren relacionados con la prestación de servicios de salud y que ocasionen perjuicios.”*, cuya vigencia fue desde el 5 de marzo de 2014 hasta la misma fecha de 2015. Según dijo la llamante, *“se pactó como objeto de la póliza amparar al asegurado los riesgos administrativos o errores administrativos causados por su personal.”*; y que el aquí demandante promovió este juicio contra ella, *“con el fin de que se declare la responsabilidad civil y en consecuencia se obligara indemnizar los daños sufridos como consecuencia de la supuesta negligencia en la prestación del servicio.”* (Fl. 2, C. del llamamiento).

(ii) Esa convocatoria fue admitida mediante auto de 20 de octubre de 2017, del cual fue debidamente notificada la entidad llamada en garantía, la cual se pronunció así:

a) Admitió la existencia y vigencia de la póliza que sirvió de fundamento a su llamado, expresando que se atiene a lo dispuesto en el clausulado del contrato.

b) Negó que “*el fundamento de la demanda corresponda a una negligencia en la prestación del servicio, sino que el factor de imputación que desde ya se encuentra desvirtuado con la prueba documental que obra en el expediente.*” (Fl. 44 ib.).

c) Se opuso al éxito de la pretensión de la llamante, pero sin explicar por qué. Simplemente solicitó resolver sobre la comentada relación contractual.

d) Alegó “*ausencia de cobertura – limitación del riesgo asumido por el asegurador*”, sin fundamentación concreta.

e) Afirmó que en la póliza 43176852 expresamente se pactó la exclusión de cobertura para el lucro cesante, y en las condiciones particulares de la misma quedó excluida la responsabilidad civil médica.

f) Igualmente sostuvo que se pactó límite al valor asegurado, cuyo básico “*en el amparo de Responsabilidad Civil*” (sic) es de \$100.000.000, y precisó que la comentada póliza es de responsabilidad civil extracontractual.

g) Además, planteó que también fue acordado un deducible “*como parte de la pérdida que debe asumir el asegurado*” el cual es de “*20% del valor del siniestro, mínimo \$15.000.000.00 para toda y cada pérdida.*” (Fl. 46).

(iii) Con respecto a la demanda principal, se opuso a las pretensiones; con respecto a los hechos, prohió el pronunciamiento realizado por la convocada. También propuso como excepciones de mérito las que denominó: “*ausencia de factor de imputación*”, “*inexistencia de responsabilidad de nuestro asegurado*”, “*causa extraña: hecho de un tercero*”, “*inexistencia de la obligación de indemnizar*” e “*indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos*”. En relación con la primera, dijo que no se discuten las atenciones prestadas al paciente, sino que se le imputa “*ausencia absoluta de prestación del servicio*”. Sobre la segunda dijo que hay suficiente prueba de haberse prestado los servicios requeridos. En apoyo de la tercera dijo que “*la producción del resultado dañoso se explica por la conducta imprudente de un tercero, toda vez que (...) se trata de graves lesiones sufridas por el demandante como consecuencia de la agresión de un tercero, las cuales, por su gravedad, ocasionaron de forma*

inmediata la pérdida de la visión por la que ahora pretende indemnización” (f. 49, c. 3). Y en esos mismos argumentos fincó la cuarta.

(IV) EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A ALLIANZ SEGUROS S.A.

(i) Fue realizado con fundamento en *“el contrato de seguro N° 021562876/0 mediante el cual se amparó la responsabilidad civil profesional en que incurra el asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza y a consecuencia de servicios médicos, quirúrgicos, dental, de enfermería, laboratorio prestados durante la vigencia de la póliza en predios del asegurado.”* (Fl. 1, C. 4)., cuya vigencia fue desde el 1 de junio de 2014 hasta el 31 de mayo de 2015, *“bajo la modalidad claims made”*.

(ii) El llamamiento fue admitido por auto de 17 de noviembre de 2017, del cual fue debidamente notificada la entidad llamada en garantía, la cual replicó así:

a) En lo concerniente a la demanda principal, acompañó el pronunciamiento hecho por la demandada, y se opuso abiertamente a las pretensiones del convocante. Además, propuso excepciones de mérito que denominó: *“inexistencia de responsabilidad de SALUD TOTAL EPS-S”, “carga de la prueba – la culpa médica debe ser probada”, “inexistencia de responsabilidad”, “ausencia de daño en términos y cuantías solicitadas” e “inexistencia de nexo causal”*. (Fls. 84 a 90, *ibidem*).

b) En relación con el llamamiento, admitió lo relativo al contrato de seguro, a la póliza que lo documenta y las fechas de la vigencia; pero alegó que *“sólo otorga cobertura para aquellos actos médicos que sea (sic) prestados de forma directa por el asegurado o a través de Instituciones Prestadoras de Salud de su propiedad.”* (Fl. 90 *ib.*).

c) Según dijo, *“el contrato de seguro se celebró bajo la modalidad de claims made, por lo que se otorgó cobertura para aquellos eventos que fueran reclamados durante la vigencia de la póliza, en el presente asunto es evidente que la reclamación presentada al asegurado se llevo (sic) por fuera de la vigencia del contrato de seguro.”* (Fl. 91 *ib.*); pero no expresó abierta oposición a las pretensiones.

d) Con los mismos argumentos, excepcionó “ausencia de cobertura del contrato de seguro” (Fl. 92, ib.).

ASPECTOS JURÍDICOS PROCESALES, PROBATORIOS Y SUSTANCIALES.

1. Nulidades. No se advierte ningún vicio que pueda invalidar lo actuado hasta el presente procesal.

2. Presupuestos procesales. Todos están satisfechos, luego no es necesario realizar pronunciamiento particularizado al respecto; así que se puede penetrar en el mérito del asunto.

3. La controversia en esta instancia. Lo planteado es una controversia originada en el desarrollo de un contrato de afiliación al sistema de seguridad social en salud, celebrado entre el ahora demandante como afiliado-cotizante y la convocada como EPS (Empresa Promotora de Salud), por la falta de prestación de los servicios de atención de urgencia y consiguiente tratamiento requeridos por aquél, a raíz de un herimiento que recibió en su ojo izquierdo en la noche del sábado 6 de diciembre de 2014.

De manera que el asunto no es el propio de una responsabilidad civil médica, por deficiencias galénicas o por omisión de realizar algunos actos propios de los profesionales que hubiesen atendido al paciente y ahora promotor; en realidad, el debate se concentra en los aspectos puramente administrativos de la entidad accionada, que se concretan en la negación de las atenciones especiales requeridas por la referida urgencia, según se afirma en la demanda; y a ese mismo hecho se la califica como causa de la pérdida del ojo izquierdo del actor.

En ese contexto, no hay lugar a examinar lo relativo a la responsabilidad civil médica, sino a la puramente contractual; pero, desde luego, en ámbito de la normatividad reguladora del sistema de seguridad social en salud, y al funcionamiento y responsabilidades de quienes están involucrados en esta materia.

Ubicados en este preciso escenario, los problemas que ahora corresponde resolver son: (i) La responsabilidad que tienen las Empresas Promotoras de Salud; (ii) Si hubo negación o no de la atención en

salud al demandante, con relación a la lesión en el ojo izquierdo padecida por éste la noche de del sábado 6 de diciembre de 2014; y, de modo especial, con respecto a la autorización de la cirugía que finalmente se practicó él de manera particular; (iii) Si la pérdida de la visión por ese ojo, tuvo como causa la negación de la cirugía en cuestión, o la misma gravedad del herimiento; (iv) En caso de que esos interrogantes fueran resueltos de modo positivo para el convocante, habrá de procederse al examen de los perjuicios reclamados que reclama el actor. (v) Finalmente, se acogerse tales pretensiones, habrá de procederse al examen de los llamamientos en garantía.

3.1. La responsabilidad de las E.P.S. La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en relación con la responsabilidad civil de las E.P.S., en cuanto a la prestación de los servicios requeridos por los afiliados a ellas, expuso:

“Pertinente advertir, en las voces del artículo 177 de la Ley 100 de 1993 (D.O. 41148, 23 de diciembre de 1993), por la cual se crea el sistema de seguridad social integral conformado con los regímenes de pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios definidos por la ley para la efectiva realización de los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia enunciados en el artículo 48 de la Constitución Política, la función básica de las Entidades Promotoras de Salud de “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”, y la de “establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” (artículo 177, num. 6º, ibídem, subraya la Sala), que les impone el deber legal de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, por cuya inobservancia comprometen su responsabilidad, sea que lo presten directamente o mediante contratos con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y profesionales respectivos (artículo 179, ejusdem). (Subrayas del original).

Es principio del sistema organizado, administrado y garantizado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la calidad en la prestación de los servicios de salud, atención de las condiciones del paciente según las evidencias científicas, y la provisión “de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada” (artículo 153, 3.8, Ley 100 de 1993).

En idéntico sentido, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son responsables de administrar el riesgo de salud de sus afiliados, organizar y garantizar la prestación de los servicios integrantes del POS, orientado a obtener el mejor estado de salud de los afiliados, para lo cual, entre otras obligaciones, han de establecer procedimientos garantizadores de la calidad, atención integral, eficiente y oportuna a los usuarios en las instituciones prestadoras de salud (art. 2º, Decreto 1485 de 1994).

*Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.*

La responsabilidad de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), es contractual o extracontractual. Con relación al afiliado o usuario, la afiliación, para estos efectos, materializa un contrato, y por tanto, en línea de principio, la responsabilidad es contractual, naturaleza expresamente prevista en los artículos 183 de la Ley 100 de 1983 que prohíbe a las EPS "en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados", y los artículos 16 y 17 del Decreto 1485 de 1994, relativos a los "contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados" y los planes complementarios. Contrario sensu, la responsabilidad en que pueden incurrir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) respecto de terceros perjudicados por los daños al afiliado o usuario con ocasión de la prestación de los servicios médicos del plan obligatorio de salud, es extracontractual.

Ahora, cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima (art. 2344, Código Civil; cas. civ. sentencias de 30 de enero de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo de 2005, SC-084-2005], exp. 14415)., exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo de 2005, SC-084-2005], exp. 14415).”¹ (Negritas a propósito).

En este caso, la demandada planteó como argumento central de su defensa que su función es la de simple intermediaria comercial y administrativa de unos recursos del sistema de seguridad social en salud, y cumplir una especie de comisión para contratar servicios profesionales en salud para los afiliados – un manejo de bolsa de servicios – pero sin asumir absolutamente ninguna responsabilidad. Una extraña forma de integrar el sistema de seguridad social en salud, con exención de todo compromiso que le genere obligaciones y consecuencias jurídicas. Pero, **no es verdad que su obligación sea la de simple recaudadora de recursos y órganos de la referida intermediación. Esa es inaceptable concepción de las responsabilidades de los agentes del sistema de seguridad social en salud.**

Es pertinente recordar que el artículo 159 de la Ley 100 de 1993, establece las garantías de los afiliados, entre las que consagra: “La atención de los servicios del plan obligatorio de salud del artículo 162 por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de instituciones prestadoras de servicios adscritas” y “La atención de urgencias en todo el territorio nacional”. Por tanto, estas garantías consagradas por la ley, constituyen obligaciones para las EPS, como que la razón de ser de las mismas, es la prestación efectiva de la seguridad social en salud, con las exigencias impuestas por la ley como garantías mínimas que deben satisfacer a los afiliados y beneficiarios.

Y el artículo 162 *ejusdem* consagra el plan obligatorio de salud (POS) así: “**Plan de salud obligatorio.** El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a

¹ C. S. J. Sala de Casación Civil. SC de 17 de noviembre de 2011. Rdo. 11001-3103-018-1999-00533-01.

la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.”

Además, el precepto 163 *idem*, dispone: **“La cobertura familiar. El plan de salud obligatorio tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente e éste;...”** (Subrayas extra texto).

Del marco normativo aquí reseñado resulta claramente que no se puede confundir el acto de afiliación de la persona al sistema de seguridad social, como beneficiaria de un afiliado-cotizante, con el **contrato de afiliación al sistema que celebra éste con la empresa promotora de salud**. Por la celebración del aludido contrato, el afiliado-cotizante adquiere obligaciones; entre las que se cuenta el pago de las cuotas dispuestas por la ley – aportes al sistema, cuotas moderadoras, copagos, etc. –, y **la EPS adquiere la de prestarle todos los servicios y atenciones que legalmente corresponden al plan de salud en el cual se vincule aquél, ya sea el P.O.S. o éste y uno complementario**.

Así que, si la entidad promotora de salud no atiende sus obligaciones de atender como manda la ley al cotizante (y a los de grupo familiar vinculados como beneficiarios) incurrirá en incumplimiento contractual que le genera responsabilidad civil respecto del contratante afiliado; esto es el cotizante que celebró con ella el contrato de afiliación; pero también le cabrá la extracontractual por el daño causado a esos beneficiarios.

Lo que se viene de plantear es muy suficiente para dejar sentada posición en sentido contrario a la presentada por la entidad accionada en su defensa; pues, en realidad, ese conjunto normativo permite ver con suma claridad que la responsabilidad, la función asignada y el objeto para el cual fueron creadas las Empresas Promotoras de Salud, no es la de simples intermediarias comerciales; ellas asumen un amplio y delicado compromiso con el sistema de seguridad social en salud, que afecta los derechos e intereses de toda la población a ella vinculada.

En otros términos, la demandada sí puede ser declarada civilmente responsable por los perjuicios causados a un afiliado a ella, en caso de lograrse demostrar en el proceso que tuvieron su causa en la falta de atención o prestación deficiente del servicio de salud a uno de sus afiliados, ya sean cotizantes o beneficiarios.

3.2. La atención médica y procedimientos requeridos por el actor a raíz de la lesión de su ojo izquierdo. Los dos supuestos fácticos planteados no se refieren a negligencia imputable a la forma como se realizó un acto galénico, sino en la falta de prestación del servicio médico requerido en razón de la herida en el ojo izquierdo que sufrió el afiliado y ahora demandante, la noche del sábado 6 de diciembre de 2014; y que, *“sufragar los gastos de atención con sus propios y pobres recursos, no le permitía una atención a la altura de las necesidades que el impacto demandaba”*, según se dijo en el hecho tres.

Por su lado, la convocada sostiene: (a) Que sí prestó los servicios requeridos por el afiliado-actor, en apoyo de lo cual relacionó las 7 atenciones que dijo haberle dispensado (Fls. 127-128); (b) que *“actuó con diligencia y cuidado”* (Fl. 133); y (c) Que *“de manera caprichosa, libre y espontánea, el demandante decidió acudir inicialmente a la Clínica CES y de manera posterior a la Clínica de Oftalmología San Diego a fin de solicitar una atención respecto de la cual, no sólo a había recibido atención inicial por parte de mi representada, sufragando de manera directa los rubros que las atenciones brindadas generaban de manera personal”* (Fl. 133); de manera que *“rehusó los servicios médicos ofrecidos a través de la EPS y decidió tomar servicios de carácter particular.”* (Fl. 136).

¿Qué se demostró al respecto en este proceso?

(i) Que el demandante Wbeimar Muñoz Campo es afiliado – cotizante a Salud Total E.P.S, según certificó esta entidad en carta del 14 de septiembre de 2017, donde manifestó que estaba afiliado desde el 27 de noviembre de 2014 (Fl. 145).

(ii) Que, en la noche del sábado 6 de diciembre de 2014, - entre las 8:30 y 9:30, según se desprende del mismo relato de Muñoz Ocampo - fue lesionado en el ojo izquierdo, por impacto de botella

que le fue lanzada. (Hecho admitido pacíficamente por las partes, atendiendo a lo relatado por el actor en la historia clínica).

(iii) Que Wbeimar ingresó al servicio de urgencias de la “ESE HOSPITAL LA ESTRELLA”, el domingo **7 de diciembre de 2014, a las 00.28**, donde fue atendido por “*convenio con SALUD TOTAL*” (Fl. 16 del cuaderno principal). Allí le hicieron “*curación*” de la herida, fue infiltrado con xilocaína y le hicieron sutura con 10 puntos; luego, “*se deja en observación*”. (Fl. 15 *Ibidem*). También se dejó apuntado en esa historia clínica que el médico que “**SE LE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO Y LOS TIEMPOS DE ESPERA PERO EL PTE MANIFIESTA QUE MEJOR CONSULTARA A SU EPS.**” (Negrillas y subrayas ajenas al original. Fl. 15 *ibidem*). Es la nota del “médico solicitante” Hember Velasco Barona. Igualmente se asentó que **lo remitió de manera “Prioritaria Urgente”, para “oftalmología”**.

(iv) El 9 de diciembre de 2014, a las 8:52 A.M. fue atendido en la Clínica Oftalmológica San Diego S. A., (Fl. 7 *ib.*), donde le practicaron una *ultrasonografía ocular unilateral*, con “*orden de servicio 000800108*”, que interpretó la doctora Luz Gloria Cock Botero. No se generó pago alguno, y consta que fue con “*autorización*”.

(v) A las 8:46 de la noche del mismo 9 de diciembre, fue atendido en la UUBC SAN DIEGO CEMEV, por el médico general Dairo Candamil Suárez, en la modalidad “*AI ATENCIÓN MÉDICA PRIORITARIA SALUD TOTAL*” (Fl. 147 *ib.*); es decir, el servicio se le prestó por convenio con la “*Aseguradora SALUD TOTAL*” (Fl. 147).

Sin embargo, en cuanto a la forma como allí se procedió, es necesario destacar que, a pesar de que el paciente llegó con las condiciones descritas en la historia clínica que allí se le registró – “GOLPE EN EL OJO”. “Masc de 27 años de edad, (...) le tiraron una botella que los (sic) impacta en el ojo izquierdo con dolor intenso sangrado con pérdida de la visión quedo oscura acude a urgencias de la clínica ces el 09 12 2014 valorado por oftalmología le encuentran hifema por lo cual realizan ecografía que muestra desprendimiento de retina superior y hemorragia coroidea en 4 cuadrantes consideran que debe ser evaluado urgente por especialista de retina para manejo quirúrgico de la lesión y prevenir complicaciones hasta la perdida visual, hacen idx. Hifema total ojo izquierdo – desprendimiento de retina – hemorragias coroideas”.

(Todos los errores de puntuación y acentuación son del original. Fl. 147 *ib.*) – y a que llegó ya con esa valoración de oftalmología realizada en el CES donde fue atendido por urgencias, así como estar advertido que “*DEBE SER EVALUADO URGENTE POR ESPECIALISTA DE RETINA PARA MANEJO QUIRÚRGICO DE LA LESI'N Y PREVENIR COMPLICACIONES HASTA LA PÉRDIDA VISUAL*”, quien allí lo atendió se limitó a señalar que la “*afección del sistema visual por trauma ocular que amerita manejo en otro nivel de complejidad*” y lo remite a “*consulta especializada – Oftalmología*”. Y también ha quedado así probado, que dispuso su “*SALIDA*” (Fl. 149 *ib.*), sin más.

(vi) En esa misma historia clínica, consta en el folio 146 que el paciente fue atendido en el CES, por URGENCIAS donde “*LO DIRECCIONAN PARA MANEJO POR POSIBLE PÉRDIDA VISUAL POR LO QUE ACUDE*”, según dejó asentado en la historia clínica la enfermera Ana Dely Castillo Vergara, al hacer el Triage, en el que lo clasificó como 3, a pesar de la gravedad de la lesión y la conducta a seguir fijada por el CES. Y, enseguida fue que lo atendió el 9 de diciembre a las 8:46 P.M. el médico general Dairo Candamil.

(vii) Está probado que la demandada le prestó atenciones médicas al paciente demandante, relacionadas con la comentada lesión del ojo izquierdo, los días 6 de enero de 2015 (Fl. 159); 9 siguiente (que se le autorizó nuevamente una ultrasonografía, una consulta por oftalmología, para control o seguimiento por medicina especializada. FIS. 40 a 44); también el 16 de enero, en la Clínica Clofan, por cuenta de la demandada (Fl. 38); el 21 de enero (Fl. 153); 6 de febrero (fl. 156) y 19 de marzo (Fl. 158); nada más.

(viii) La historia clínica del CES da cuenta de que Wbeimar Muñoz Campo llegó allí el 8 de diciembre de 2014, a las 15:27 de la tarde, “*REMITIDO*” (negrillas a propósito. Fl. 1, C. ppl.), y allí le dispensaron atenciones de urgencias; pero, a pesar de que llegó allí porque fue remitido de urgencias de la “*ESE HOSPITAL LA ESTRELLA*”, le negaron la atención por cuenta de la E.P.S. ahora demandada, y lo hicieron pero asumiendo los costos el paciente.

(ix) En la Clínica de Especialidades Oftalmológicas fue atendido también por cuenta de la EPS demandada, el día **10 de diciembre de 2014**, donde le prestaron el servicio de “*consulta de primera*

vez por medicina especializada”, en la cual ordenaron “cita urgente retina” (Fl. 12 *ibidem*), a pesar de lo que ya se conocía por el servicio prestado en la Clínica CES. Esa consulta se cumplió a las 10:03 de la mañana, según da cuenta la historia clínica (Fl. 13 b).

Lo que toro este *itinerario* revela es que, con esa orden, el mismo 10 de diciembre, Muñoz Ocampo acudió a las instalaciones de la entidad accionada para que le autorizara la cita urgente con el retinólogo; allí le correspondió el turno 9793 “Multiservicios” (Fl. 9 A y 10), pero el servicio le fue negado con el argumento de que “*el sistema no deja generar autorizaciones*” (Negrillas a propósito. Fl. 10), nota manuscrita en hoja con formato de la demandada, el cual tiene serie, y se anotó el número del radicado que correspondía en este caso al usuario, el **12101416786**, con la anotación “*instructivo A10-A Matriz de estados*”, una flecha y con el agregado: “*Manejo en servicio de urgencias*”; y luego se escribió: “*(Usuario en estado de urgencias, el sistema no deja generar autorizaciones)*”.

Es verdad que este documento no tiene firma de un empleado de la demandada, como alega ésta en su defensa, para negarle mérito probatorio; pero también lo que no hace falta esa rúbrica para darle pleno mérito probatorio, por varias razones:

a) Aunque fue presentado con la demanda, y se ordenó incorporarlo como prueba, no fue tachado en modo alguno por la parte accionada; simplemente lo menospreció por carecer de firma.

b) Es apenas obvio que el usuario-paciente se halla en condiciones de imposibilidad jurídica e impotencia natural para obligar a la persona que lo atendió a firmar el documento, si ésta se negó a ello. Por alguna razón que aquí se ignora, ella se resistió a suscribirlo.

c) Era bastante simple para la entidad accionada demostrar la falsedad del contenido del aludido documento, si es que así hubiese ocurrido, como lo quiso plantear la representante legal cuando absolvió el interrogatorio que aquí se le formuló.

En efecto, bien pudo demostrar que ese número de radicado no correspondía a ese paciente; amén que el del ficho “9793” no fue una solicitud de atención de ese 10 de diciembre de 2014 a Wbeimar;

que el sistema sí estuvo funcionando ese día, para lo cual bastaba con aportación de registros realizados a esa misma hora y día.

Pero, sobre todo, pudo mencionar y citar como testigo a la persona que despachó en el centro de atención al usuario al que acudió el demandante aquel día, para que hubiese desconocido como suya la letra que aparece en el documento aludido; además, pudo acreditar que el número de radicado allí registrado se le asignó a una petición distinta.

Lo cierto es que nada de lo anterior hizo, y, en cambio, el contenido de tal escrito sí concuerda perfectamente con lo declarado por los testigos parientes del demandante; se alude a César Augusto Muñoz Ocampo, Sandra Yasmín Muñoz Correa, Sebastián Orozco Jaramillo y Melba Rosa Orozco Loaiza.

d) En conclusión, a esta judicatura le queda certeza plena de que la demandada sí le negó a su afiliado-cotizante, ahora demandante, las autorizaciones requeridas para la cita urgente con el retinólogo y la cirugía que le fue ordenada, con el argumento absurdo y desconcertante de que *“el sistema no deja generar autorizaciones”*. Ese calificativo se hace porque resulta del todo incomprensible y aceptable que la salud o la vida de un paciente cualquiera sean indolentemente puestas en riesgo con la excusa de deficiencias de un sistema digital.

e) Es apenas obvio, por tanto previsible, que se presenten fallas en un sistema – ya sea el operativo, de internet, de intranet, o cualquiera otro digital –; así que quien los utilice para su servicio está en la inexcusable obligación legal de disponer procedimientos, mecanismos, operativos o sistemas de atención *“manual”* o de otra naturaleza, con los cuales prestar cabalmente todos los servicios que son de su cargo, sin afectar a los usuarios. No se logra entender por qué tales autorizaciones no podían ser tramitadas administrativamente por vía telefónica o consulta personal directa entre las mismas personas encargadas de expedirlas al interior de la entidad.

f) Ahora, conforme se le advirtió a Wbeimar desde que fue atendido por urgencias en la *“ESE HOSPITAL LA ESTRELLA”*, por el oftalmólogo que lo atendió en el CES, y por los demás que consultó, la gravedad indiscutible de la lesión demandaba una ***inmediata cirugía, porque no hacerlo le implicaría perder la visión y también el ojo.*** Así

que no había tiempo para dilatar el tratamiento pronto requerido, cuando ya le habían sido negadas las autorizaciones con total ausencia de justificación admisible. Ese reproche también cabía formularlo al CES, porque allí llegó remitido y en evidente estado de urgencia; por tanto, le debieron haber prestado todas las atenciones especializadas que le dispusieron y recomendaron, aunque no existiera convenio con la EPS aquí accionada. Sin embargo, contra esa institución aquí no se formuló pretensión alguna.

En definitiva, se declarará la responsabilidad civil de la entidad accionada, por la negación de las autorizaciones urgentes requeridas de atenciones especializadas para retinología y cirugía, que debió asumir con su propio peculio el demandante.

3.3. El nexo de causalidad entre la pérdida de la visión por el ojo izquierdo y la negación de autorización de la cirugía.

Para pregonar la existencia o configuración de la responsabilidad civil, ya sea contractual o extracontractual, es requisito *sine qua non* la existencia cierta y precisa del denominado *nexo causal*, o la también llamada *relación de causalidad entre el daño y la conducta humana*. Dicho de otro modo, el acto humano debe ser causa del daño o perjuicio cuya indemnización se reclama; de manera que la lesión al bien jurídico determinado, a un interés jurídicamente tutelado, debe tener origen en un acto que puede ser atribuido a una persona también determinada. No basta, pues, que la víctima reciba o sufra el daño, ni que este sea producto de un actuar culposo de alguien; es ineludible la **existencia de un vínculo entre el actuar culposo del agente y el evento dañoso; aunque hay casos en los que no se requiere la culpa.**

De manera que, para poder atribuirle responsabilidad civil a una persona, sea natural o jurídica, y exigir de la misma la indemnización del daño que otro afirma le ha sido inferido, es indispensable, de necesidad absoluta, poner en evidencia la existencia de la comentada relación causal o *nexo causal*, entre ese *daño* y el o los hechos atribuidos al afirmado responsable. Ciertamente, no se concibe cargar a una persona con la obligación de indemnizar un daño, atribuyéndole responsabilidad civil, sin mediar un evento violatorio del denominado *derecho objetivo* que se constituya causa del resultado dañoso cuya indemnización se reclama.

En este asunto, el ahora promotor “perdió su ojo”, según se afirma en el hecho 4 de la demanda, “por la negligencia de la EPS que actúa como si las enfermedades solo se presentaran en semana y en horario laboral”; y en el 3 afirmó que “por ser puente no pudo contar con la atención de su EPS y que debió sufragar los gastos de atención con sus propios y pobres recursos, lo que desde luego no le permitía una atención a la altura de las necesidades que el impacto demandaba”.

En este planteamiento del fenómeno causal es evidente la confusión y dispersión del factor de imputación; por un lado, afirma que fue la “negligencia de la EPS”, al negar las atenciones en salud que requería el paciente-actor, debido a la grave lesión padecida, que no permitía esperar hasta después del “puente”; por otro lado, que las atenciones recibidas por su propia cuenta, no estaban “a la altura de las necesidades que el impacto demandaba”; eso es igual a decir que, si hubiese sido atendido por la EPS ahora demandada, se le habrían realizado procedimientos de mayor entidad y especialidad que los costeados por aquel, y habría recuperado cabalmente su salud visual.

En este puntual aspecto de la controversia es preciso hacer las reflexiones que siguen:

(i) De acuerdo con lo establecido en este proceso, el ahora demandante consultó los especialistas en oftalmología, retinología y cirugía de acuerdo con las recomendaciones y remisiones que hicieron los profesionales de la salud que le prestaron las primeras atenciones. Más todavía: según declararon los propios testigos escuchados a instancia del actor, en particular sus padres Melba Rosa y Sebastián, así Edith Maryori Muñoz Ocampo. Así que, a pesar de la precariedad económica invocada, lo cierto es que hasta se pudieron escoger en cuál clínica realizar la cirugía y con qué tipo de especialista; se realizó los exámenes especializados previos que le fueron ordenados por cada uno de los profesionales que lo atendió, y no se reparó en los montos de tales costos.

(ii) Por otro lado, afirmar que las atenciones pagadas por el ahora demandante “no estaban a la altura”, le imponía también la carga de afirmar cuáles habrían sido entonces las indicadas, lo cual no hizo.

(iii) A lo anterior se agrega que la excelente, clara y muy profesional exposición jurada que hizo el oftalmólogo Iván Darío

Ramírez Chavarriaga, que lo atendió al actor en el CES, remitido por urgencias, da cuenta de que tenía desprendimiento de retina, por lo cual se requería de un equipo muy especial que allí no tenía; por eso lo remitieron a otra entidad que sí lo tuviera. Pero, además, explica que por la gravedad de la lesión, “Es muy posible que aún oportunamente operado no vuelva a ver, La soltura de la retina es ya riesgoso para volver a ver.”. También explicó que no había diferencia entre realizar la cirugía el 7 de diciembre y el 10; pero que habría resultado más riesgoso y menos aconsejable hacerla de inmediato, porque las condiciones de la lesión reclaman esperar unos días. Igualmente destacó que el modo y la entidad del trauma determina el resultado; *lo que hace el médico es “disminuir” el efecto o el daño.*

(iv) La médica Oftalmóloga y glaucomatóloga que atendió a Wbeimar en la Clínica de Especialidades Oftalmológicas, el 10 de diciembre en la mañana, declaró que hubo un manejo acertado del paciente, en la atenciones que había recibido el paciente antes de acudir a ella; que el desprendimiento de retina es un trauma severo de *“mal pronóstico visual”*; o sea que, aún haciendo las operaciones correspondientes, no recupera la agudeza visual, *“es muy difícil que recupere la percepción de la luz”*; que *“la cirugía es para resolver un poco la percepción de la luz y algo de visión y asegurar la detención del sangrado”*. Además, explicó que no podía determinar con qué rapidez debía ser hecha la intervención quirúrgica, pero era *“prioritaria”, “de 10 a 15 días”*.

(v) Estos dos testimonios técnicos especializados dejan en claro que la gravedad misma de la lesión, la entidad propia del impacto recibido por Wbeimar, le produjo un gravísimo daño en el ojo, el cual era suficiente para determinar la pérdida de la visión, y eventualmente también el globo ocular, si no se hubiese realizado la cirugía en el tiempo que lo hizo; pero, eso sí, resaltan el *“mal pronóstico”* que hallaron, y que se concreta en que el resultado final sería la pérdida de la visión. En otros términos, con independencia del éxito de la cirugía, ese resultado se habría presentado en todo caso; pues, con ella se lograba evitar sangrado, mayores daños en el globo ocular que llevaran también a su pérdida, pero, además, evitar que se produjeran daños en el otro ojo, como efecto reflejo.

En conclusión, **aparte de que no se probó el nexo causal entre la negación de la autorización comentada y el resultado final por el cual se reclama indemnización; sí se demostró que este último halló su causa en la entidad y potencia del herimiento recibido,**

que le causó destrozos en el ojo. Así que no se puede atribuir a la accionada ninguna responsabilidad civil por ese preciso hecho.

3.4. Las indemnizaciones reclamadas. Con respecto a este preciso aspecto, es apropiado hacer las consideraciones que siguen:

(i) Demostrado el hecho de que sí hubo negación de autorización para la consulta especializada con retinología en la fecha en que fue ordenada, como requisito previo para la cirugía, y que lo mismo sucedió con la cirugía ordenada con precisa y clara inmediatez, se torna conforme a derecho la reclamación de los valores pagados por el demandante para recibir esas atenciones especializadas, de acuerdo con la prueba documental obtenida en el proceso.

De manera que se habrá de reconocer los costos asumidos por el actor, conforme a la prueba documental que obra en folios 45, 46, 48, 50, 51, 53 y 54 del cuaderno principal, que totalizan la suma de \$6.478.151,00.

Ahora, en cumplimiento de lo dispuesto en el precepto 16 de la Ley 446 de 1998, para lograr ese cabal restablecimiento del derecho, de modo justo y preciso, aunque no haya solicitud por la parte actora, oficiosamente se reconocerá la indexación del aludido monto, que arroja la cifra de \$1.689.675,75; así que la cantidad final es de \$8.167.826.75.

(ii) Concluida la total ausencia de nexo causal entre el daño final cuya indemnización se reclama por la pérdida de la visión y la afectación en las esferas emocionales y afectivas del actor, no pueden ser acogidas las aspiraciones correspondientes a lucro cesante, perjuicios morales y fisiológicos.

3.5. El llamamiento en garantía a Chubb de Colombia Compañía de Seguros S. A. Esta convocatoria se hizo con fundamento en la póliza N° 43176852, que tuvo vigencia desde el 5 de marzo de 2014 hasta la misma fecha de 2015, la cual obra en folios 10 a 23 del cuaderno 3.

Al examinar el contenido de la comentada póliza se observan varios aspectos que son fundamentales para resolver aquí:

En primer lugar, que es una póliza de **responsabilidad civil extracontractual**, según el documento titulado "*MÓDULO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL*" (Fl. 6, C. 3).

En segundo término, en apartado denominado "*AMPARO BÁSICO-PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES*" quedó expresamente pactado que: "*La compañía se obliga a indemnizar al beneficiario, sujeto a los términos y condiciones establecidas tanto en las condiciones generales de la póliza como a las particulares de este módulo, los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de la responsabilidad civil extracontractual en que incurra de acuerdo con la ley colombiana, por hechos ocurridos durante la vigencia del seguro, de carácter accidental, súbitos e imprevistos, imputables al asegurado, que causen la muerte, lesión o menoscabo en la salud de las personas (daños personales) y/o el deterioro o destrucción de bienes (daños materiales) y perjuicios económicos, incluyendo lucro cesante, como consecuencia directa de tales daños personales y/o materiales.*" (Negrillas extra texto. Fl. 10 *ibidem*).

En tercer lugar, en el capítulo II, donde se consagran las "*exclusiones generales*", también se consagró de modo expreso que no cubría "*dolo, culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario*" (Negrillas a propósito. Fl. 12 *ib.*).

Por último, en el apartado titulado "*exclusiones que aplican al módulo de responsabilidad civil extracontractual*", se dejó expresamente pactada la exclusión de amparo por "*obligaciones o responsabilidades adquiridas por el asegurado en virtud de contratos y, en general, la responsabilidad contractual.*" (Fl. 13 *ib.* Negrillas a propósito).

De lo anterior surge con absoluta claridad que la póliza fundante del presente llamamiento no ampara el evento que dio lugar a este litigio; pues, ninguna duda existe de que se trata de una responsabilidad puramente contractual; pero, además, que lo cuestionado es un *acto puramente potestativo del tomador y asegurado, la entidad accionada; pues, tal es la entidad y naturaleza de la decisión de negar autorización para un servicio médico especializado, como aconteció.*

Lo anterior es muy suficiente para desestimar la pretensión revérsica del llamamiento examinado.

3.6. El llamamiento en garantía a Allianz Seguros S.

A. Se hizo con apoyo en la póliza N° 021562876/0, que tuvo vigencia desde el 1 de junio de 2014 hasta el 31 de mayo de 2015, de la cual obra copia en folios 5 a 34 del cuaderno 4. Examinado su texto se observa lo siguiente:

(i) Es una póliza de **responsabilidad civil**, "*Profesional Clínicas y Hospitales*", como se le denomina en el encabezado (Fl. 5 *ib.*), y el "*interés asegurado*" acordado fue: "*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.*" (Negrillas a propósito. Fl. 12, *ib.*). Además, en el capítulo II, denominado, "*Objeto y Alcance del Seguro*", apartado titulado "*Condiciones Generales*", "*Sección primera- Cobertura básica*", con el título de "*Amparo*", quedó claramente definido que se cubre:

"1. *Responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza 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, farmaceuta (sic), laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este (sic) 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 (...)*" (Fl. 16 *ib.*).

(ii) En la denominada "*Sección segunda-exclusiones*" también se dejó clarísimamente pactado:

"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 (sic), que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

(...)

*Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. **Responsabilidad civil contractual.** (...)*" (Negritas extra texto. Fls. 17 y 18 *ib.*).

(iii) Los términos contractuales reseñados aquí dejan en evidencia que tampoco esta póliza tiene cobertura para el evento que dio lugar a este litigio. En efecto, lo discutido aquí es un prototípico caso de responsabilidad civil contractual; que no de tipo profesional médico. Eso, *per se*, basta para denegar la pretensión revérsica. Además, lo cuestionado no fue omisión de realización de un acto médico por parte de alguno de los galenos que laboraban para la demandada, sino ***un acto puramente administrativo privado, que consistía en autorizar y coordinar con alguna de las IPS con las cuales tenía, o debía tener convenio, la prestación de los servicios especializados ordenados al afiliado-cotizante y ahora demandante, que fueron la cita con retinología y la cirugía que necesitaba. Es, pues, un tipo de actividad que no encaja en la responsabilidad profesional médica para la cual fue contratada esa póliza en cuestión.***

Por estas breves razones, también se denegará la pretensión de la llamante a esta convocada.

4. Costas. Por las resultas del juicio, se condenará en costas a la demandada, pero sólo se le harán efectivas en un cuarenta por ciento (40%) del valor finalmente liquidado, atendiendo a que sólo han prosperado parcialmente las pretensiones del actor. También se le condenará en costas por los dos llamamientos en garantía que hizo. Como agencias en derecho para el actor, se fija la suma de un millón de pesos (\$1.000.000); y a favor de cada uno de las llamadas en garantía, igual monto.

LA DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLÍN** administrando Justicia en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: *Se declara civilmente responsable* a la demandada Salud Total E.P.S.-S S.A., *por incumplimiento contractual* de las obligaciones adquiridas por ésta como afiliadora, con respecto al demandante Wbeimar Muñoz Ocampo, como afiliado-cotizante, por el hecho de negar autorización para la realización de cita con especialista en retinología y la consiguiente cirugía que requirió realizarse a raíz de la lesión que sufrió este en su ojo izquierdo, en hechos ocurridos en la noche del seis de diciembre de 2014.

SEGUNDO: Como consecuencia de la declaración anterior, *se condena* a la demandada Salud Total E.P.S.-S S.A. a pagar al actor Wbeimar Muñoz Ocampo la suma ya indexada de *ocho millones ciento sesenta y siete mil ochocientos veintiséis pesos con setenta y cinco centavos (\$8.167.826,75)*, por concepto de dineros que debió pagar éste para recibir las atenciones médicas no autorizadas por la demandada. El pago de este monto se deberá realizar dentro de los tres (3) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia; de ahí en adelante generará intereses a la tasa máxima legal que corresponda para cada periodo de mora, según lo que señale la Superintendencia Financiera de Colombia.

TERCERO: *Se acoge la excepción de falta de nexo causal* alegada por la convocada y las llamadas en garantía, con respecto al hecho de la pérdida de la visión por el ojo izquierdo del demandante.

CUARTO: *Se deniegan las demás pretensiones* de la parte actora, conforme se dejó explicado en la motivación.

QUINTO: *Se desestima la pretensión revérsica* del llamamiento en garantía que hizo la demandada a Chubb de Colombia Compañía de Seguros S. A., con respecto a la póliza número 43176852 que sirvió de sustento a esa convocatoria, porque con ella se amparaba era una responsabilidad civil extracontractual, y por unos riesgos diferentes a los que aquí se juzgaron.

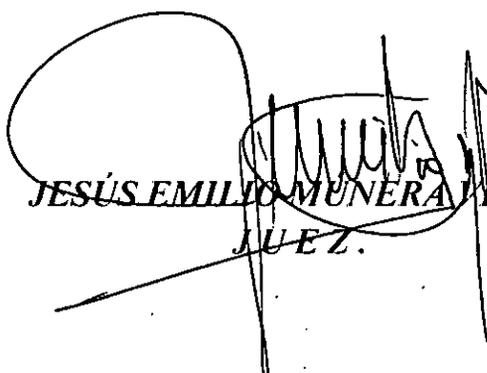
SEXTO: *Se rechaza la pretensión contenida en el llamamiento en garantía* que hizo la convocada a Allianz Seguros S. A. con apoyo en la póliza N° 021562876/0, la cual es de **responsabilidad civil**,

"Profesional Clínicas y Hospitales", en la que se amparan riesgos también distintos a los que aquí se discuten.

SÉPTIMO: *Se condena en costas* a la demandada Salud Total E.P.S.-S S.A. a favor de la parte actora; pero sólo se le harán efectivas en un cuarenta por ciento (40%) del valor finalmente liquidado, conforme de dejó explicado en la motivación. Como agencias en derecho se fija la suma de un millón de pesos (\$1.000.000).

OCTAVO: *Se condena en costas* a la convocada Salud Total E.P.S.-S S.A., a favor de las llamadas en garantía Chubb de Colombia Compañía de Seguros S. A. y Allianz Seguros S. A. Como agencias en derecho a favor de cada una de ellas, se fija la suma de un millón de pesos (\$1.000.000). Hágase la liquidación por secretaría en la debida oportunidad.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


JESÚS EMILIO MUNERA VILLEGAS
JUEZ.

CERTIFICO
 QUE EL AUTO ANTERIOR FUE NOTIFICADO
 POR ESTADOS NRO. 31
 FIJADO HOY EN LA SECRETARIA DEL
 JUZGADO 07 CIVIL DEL CIRCUITO DE
 DE ORALIDAD DE MEDELLÍN - ANT.
 EL DÍA 16 MES Marzo DE 2020
 ALAS 8 A.M. MGP
 LA SECRETARÍA



Faint, illegible text or markings in the lower center of the page.



NOTIFICACIÓN SENTENCIA 2015-01373

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD. Trece (13) de marzo de dos mil veinte (2020), se hace presente el señor **JUAN DAVID GÓMEZ RODRIGUEZ** quien se identifica con la T.P. 189.372 del C. S. de la J., en su calidad de representante legal de la llamada en garantía **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, a quien se le notifica la sentencia del proceso Verbal de Responsabilidad Civil, instaurado por el señor **WBEIMAR MUÑOZ OCAMPO** en contra de **SALUD TOTAL EPS**, proferida el 12 de marzo de 2020.



JUAN DAVID GÓMEZ RODRIGUEZ

NOTIFICADO

TELÉFONO: 3007771312

DIRECCIÓN: Cra 50 No 50-19.



CLAUDIA MARCELA PÉREZ LONDOÑO
QUIEN NOTIFICA

