

TEMA: CONTRATO DE SEGURO Y DE ASISTENCIA- Las obligaciones del contrato de seguro son diferentes a las del contrato de asistencia del viajero en el exterior./ **RESPONSABILIDAD MÉDICA-** Si no se prueba que el daño fue cometido por el demandado (nexo causal), resulta innecesario abordar el examen de los demás elementos axiológicos que configuran la responsabilidad invocada.

HECHOS: Solicitan los demandantes se declare a las demandadas solidariamente responsables de los perjuicios causados a los demandantes; en consecuencia, se condene en forma solidaria a los demandados a pagar perjuicios morales, daño a la vida en relación. En audiencia del 30 de noviembre de 2020, se profirió sentencia de primer grado, la cual resolvió conceder parcialmente las pretensiones de la demanda. Los siguientes problemas jurídicos que el Tribunal debe resolver: ¿Las demandadas Axa Asistencia Colombia S.A. y Chubb Seguros Colombia S. A., están obligadas solidariamente a responder por los perjuicios causados a los demandantes, o en cambio, la responsabilidad es individual? ¿No hay lugar a afectar la póliza de seguro porque no medió reclamo o requerimiento a la aseguradora para ejecutar alguna obligación derivada del contrato? ¿Para tasar los perjuicios se tenía que tener en cuenta la participación de la víctima? ¿Fue equivocada la condena por responsabilidad extracontractual a cargo de las demandadas Axa Asistencia Colombia S. A. y Chubb Seguros Colombia S. A.? ¿La falta de atención médica y el agravamiento del estado de salud es imputable al asegurado?

TESIS: (...) El examen de la prueba que viene de relacionarse permite colegir que Ace Seguros S. A., ahora Chubb Seguros Colombia S. A. adquirió la obligación de asistencia para con el asegurado Luis Felipe Ortiz Clavijo en el viaje que realizó a la República de Brasil, la que podía cumplir directamente a través de un tercero; en este caso, la cumplió a través de Axa Asistencia Colombia S. A. Se advierte que la prestación de los servicios de asistencia al viajero, se activan a petición del interesado; quien en caso de un siniestro, como ocurrió en este caso, con la lesión que padeció Luis Felipe Ortiz en Brasil, quien sufrió un esguince en el tobillo mientras caminaba, tenía que reportarlo, como en efecto lo hizo; pero, en este caso fue requerido para que enviara la póliza porque ellos no la encontraban, quien advirtió que como no disponía de ella, mandó copia del carnet; luego, transcurrió prácticamente dos meses para que Luis Felipe se comunicara de nuevo con ellos, lo que hizo a través de su madre, la señora Martha Lucía Ortiz Clavijo, quien incluso, en el interrogatorio que absolvió manifestó que ella llamó porque no le hacían caso a las llamadas que su hijo realizaba; esta circunstancia fue suficiente para que el Juzgado de primer grado decidiera que también se presentó negligencia de la parte demandante y que de esta manera también contribuyó a los resultados dañosos, lo que tiene incidencia al momento de tasar los perjuicios, aserto que no le mereció ningún reproche a la parte demandante; pues incluso, tal decisión no fue objeto del recurso de apelación. Pero, además lo que se advierte es que en este sentido la parte demandante ha sido confusa porque informa que las demandadas incumplieron con sus obligaciones; pero en el interrogatorio que absolvió reconoció que a través de una central en Brasil fue contactado en varias oportunidades para informarle sobre los servicios y las gestiones que estaba realizando para su consecución, incluso afirmó que tuvo más contacto con los de Brasil que con los de Colombia; como ocurrió con una cita que le consiguieron en una unidad de salud, a la que no pudo asistir porque trató de cumplirla y al desplazarse caminando el dolor no se lo permitió y se tuvo que devolver y, luego, no se la quisieron reprogramar porque la había incumplido; incluso, reconoce que también le gestionaron la cita en el Hospital La Caridad, advirtiendo que éstos no tenían convenio con ellos. Bajo estas circunstancias, se advierte que la parte demandada sí cumplió con su obligación de asistencia, como era la de orientar e informar sobre los servicios médicos que en la región existían y a donde el demandante podía asistir para ser atendido para las revisiones y demás procedimientos que requiriera con ocasión del accidente que padeció, aun con independencia

de que entre ellos mediara convenios; siendo del caso precisar que el demandante prácticamente tardó dos meses en efectuar tales requerimientos para ser orientado, siendo esta la razón para que no fuera atendido con anterioridad; no sobra recodar que si bien informó sobre el accidente una vez ocurrido, inmediatamente fue requerido para que enviara copia de la póliza y según su afirmación cumplió con este requerimiento, pero solo solicitó la prestación de los servicios que requería por conducto de su madre, cuando había transcurrido cincuenta y ocho (58) días.(...) Ahora, en cuanto a la reclamación a la compañía de seguros para obtener el reembolso de los gastos en que incurrió; el mismo Luis Felipe Ortiz en el interrogatorio que absolvió, fue determinante en precisar que cuando llegó a Colombia presentó facturas por el valor de medicamentos, de unas muletas y relacionó y explicó otros gastos que tuvo y que al ser requerido para que aportara como soportes la historia clínica y las órdenes médicas no lo hizo, porque no disponía de tales pruebas; lo que en efecto, pone de presente que la reclamación efectuada a la compañía de seguros no estaba debidamente soportada en pruebas, las que tampoco allegó el asegurado al proceso; circunstancia que es suficiente para colegir que en realidad no se acreditó el incumplimiento de la compañía de seguros en sus obligaciones para con el demandante; a lo que se agrega que al proceso no se allegó prueba sobre los perjuicios materiales como lo determinó la sentencia de primer grado, lo que no fue objeto de impugnación.(...) La responsabilidad del médico es de medio, salvo cuando se garantiza un resultado; de lo anterior se deriva que no se presume la culpa en el demandado, correspondiendo, en consecuencia, al demandante probarla, para cuyo efecto debe acreditar la imprudencia, negligencia, descuido o impericia del galeno.(...) “en principio, la responsabilidad médica parte de la culpa probada, lo cierto es que, frente a la lex artis, “el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente”(...) Es pertinente puntualizar que con independencia de la naturaleza de la responsabilidad civil que se invoca y de si se presume la culpa en cabeza del demandado, como ocurre en las actividades peligrosas, si no se prueba que el daño fue cometido por el demandado (nexo causal), resulta innecesario abordar el examen de los demás elementos axiológicos que configuran la responsabilidad invocada. (...) El examen del material probatorio permite colegir, que en efecto el señor Luis Felipe Ortiz Clavijo mientras caminaba sufrió una lesión de tobillo en Brasil, el 23 de febrero de 2014, que cuando regresó a la ciudad el tres (3) de junio de 2014, había transcurrido más de tres meses; así mismo se advierte que no recibió un tratamiento oportuno; incluso, él mismo en el interrogatorio afirmó que recién ocurrió no fue molestia pero que fue escalando hasta terminar en las dolencias con las que terminó en su estadía en Brasil, así mismo reconoció que no le hicieron fisioterapia ni el pie fue inmovilizado y, aunque justifica diciendo que cuando llegó a Colombia no tenía la infección ni el pie equino; si se advierte que durante el tiempo que estuvo en el exterior su estado de salud, a raíz de la lesión que padeció se agravó; él mismo, reconoce que el dolor se fue incrementado, no se podía mover; incluso, le impidió asistir a una cita médica por sus propios medios y tuvo que utilizar muletas y, su madre, la señora Martha Lucía Ortiz Clavijo, en la versión que rindió afirmó que llegó a Colombia en silla de ruedas.(...) frente a la negligencia de la EPS demandada, porque oportunamente no brindó las atenciones que requería; se advierte que frente a la intervención quirúrgica para el fijador externo para colocar el pie en su posición normal; si bien es cierto, que en la primera oportunidad que le programaron la cirugía no se pudo llevar a cabo porque el proveedor externo no había remitido el fijador y, de contera, fue necesario reprogramar la cirugía, la doctora Paula Andrea Valcarcel Rojas, fue determinante en indicar que en este caso esa demora en realizar el procedimiento no agravaba su situación; en cuanto a la infección que padeció y por la que fue intervenido en la Clínica Las Vegas, de la prueba allegada, se advierte que esta puede tardar en aparecer y, en todo caso, que la atención que le brindaron fue oportuna y adecuada como lo indica el dictamen pericial traído al proceso y, si bien, la IPS Córdoba, en las ampollas que presentaba le hicieron una incisión y que el demandante afirma que le dejaron la herida expuesta, apenas cubierta con gasa, lo cierto es que tampoco se acreditó que en ese procedimiento se presentó un error médico, con la capacidad

de comprometer la responsabilidad de las demandadas; pues no se probó que esa herida fue la causante de la infección, pues esta se pueda presentar por varias causas como lo advirtieron los médicos que rindieron declaración.(...) Bajo estas circunstancias, como el demandante no tuvo una atención médica oportuna y adecuada en Brasil, donde se encontraba cuando sufrió la lesión antes de regresar a Colombina, tenía la carga de probar que las demandadas con su conducta contribuyeron en el agravamiento de los padecimientos que ya sufría cuando regresó al país el 3 de junio de 2014, indicando además el porcentaje o la incidencia de éste, con miras a la tasación de los perjuicios pretendidos, carga que no cumplió el extremo activo como viene de ilustrarse. Es pertinente precisar que la presencia de un error en la atención médica, por sí solo no es suficiente para generar responsabilidad, porque además ese error tiene que ser inexcusable para que se configure la culpa; la que por sí sola no es suficiente para generar una responsabilidad indemnizatoria; pues además tiene que ser culposo y causar un daño, todo lo cual también tiene que estar debidamente probado.(...)

M.P: LUIS ENRIQUE GIL MARÍN

FECHA: 23/08/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA CIVIL DE DECISIÓN

Medellín, veintitrés (23) de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

Proceso	Verbal – Responsabilidad Médica
Radicado	05001 31 03 002 2016 01036 01
Demandante	Luis Felipe Ortiz Clavijo y O.
Demandada	Juan Andrés Herrera Ortiz y O.
Providencia	Sentencia No.
Tema	Contrato de seguro y de asistencia. Las obligaciones del contrato de seguro son diferentes a las del contrato de asistencia del viajero en el exterior. Responsabilidad médica. Importancia de la prueba técnica y científica. Agravación del estado de salud por culpa del paciente. Carga de la prueba. Jurisprudencia.
Decisión	Revoca y confirma
Ponente	Luis Enrique Gil Marín

I. OBJETO

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante y las codemandadas CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. antes ACE SEGUROS S.A. y AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A., en contra de la sentencia proferida en audiencia por el **JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLIN**, en este proceso declarativo – responsabilidad médica instaurado por **LUIS FELIPE ORTIZ CLAVIJO, MARTHA LUCÍA ORTIZ CLAVIJO, LUIS FERNANDO MORALES ESTRADA, MARIA SOFIA CLAVIJO DE ORITZ, CARMEN SOFFI ORTIZ CLAVIJO, MARIA NELLY ORTIZ CLAVIJO, JUAN MANUEL ORTIZ CLAVIJO, KLENIE LYLLIBET HENAO ORTIZ, NORALBA ORTIZ YEPES**, quien obra en su propio nombre y en representación de su hijo

menor de edad **JUAN ANDRES HERRERA ORTIZ** y **JUAN DIEGO QUINTERO ORTIZ** en contra de la **EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. L. – “E.P.S. SURA”, SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A., INVERSIONES MEDICAS DE ANTIOQUIA S. A. – “CLÍNICA LAS VEGAS”, AEROVÍAS DEL CONTINENTE AMERICANO S. A. “AVIANCA S. A.”, ACE SEGUROS S. A. y AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A.**

II. ANTECEDENTES

Pretensiones: Solicitan los demandantes se declare a las demandadas solidariamente responsables de los perjuicios causados a los demandantes; en consecuencia, se condene en forma solidaria a los demandados a pagar por de perjuicios morales: Para Luis Felipe Ortiz Clavijo, víctima directa; Martha Lucia Ortiz Clavijo, madre; Luis Eduardo Morales Estrada y, María Sofía Clavijo de Ortiz, abuela materna, 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno; Carmen Soffi Ortiz Clavijo; María Nelly Ortiz Clavijo; Juan Manuel Ortiz Clavijo, tíos; Klenie Lyllibet Henao Ortiz, Noralba Ortiz Yepes, Juan Andrés Ortiz Herrera y Juan Diego Quintero Ortiz, primos, el equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno. Por concepto de daño a la vida en relación, a favor de cada una de éstas mismas personas, los mismos valores suplicados para ellos por perjuicios morales.

Se condene a los demandados a pagar a favor de Luis Felipe Ortiz Clavijo, víctima directa, los perjuicios materiales en cuantía de \$196.326.428,00 que resulta de sumar el daño emergente por \$1.561.000.00 y lucro cesante por \$194.765.428.00 discriminados así: \$15.430.752.00, dejados de percibir en el segundo semestre del año 2014; \$7.701.876.00 correspondientes al primer trimestre del año 2015; del periodo de abril a diciembre de 2014 \$103.051.680.00; durante la vigencia del año 2016 \$68.581.120.00, para un total de 196.326.428.00.

Se condene solidariamente a AEROVIAS DEL CONTINENTE AMERICANO S. A. “AVIANCA S.A.”, ACE SEGUROS S. A. y AXA ASISTENCIA COLOMBIA S. A. a pagar a favor de LUIS FELIPE ORTIZ CLAVIJO por los riesgos que cubre la póliza como gastos médicos por accidente o enfermedad 14.000 USD; gastos farmacéuticos 300 USD; traslado médico \$20.000 USD, para un total de 35.300 USD, que convertidos a pesos colombianos totalizan \$102.899.500.00.

Finalmente, solicita se condene a los demandados en forma solidaria a pagar las costas del proceso.

Elementos fácticos: Como soporte de las pretensiones invoca los siguientes elementos facticos: El señor Luis Felipe Ortiz Clavijo, ingeniero industrial, graduado en la Universidad Autónoma Latinoamericana en julio de 2015, cuenta con 26 años de edad, es hijo único de Martha Lucia Ortiz Clavijo, quien cuenta con 60 años, pensionada y ama de casa, de Eduardo Morales Estrada de 61 años, profesión pintor, a quien reconoce como su padre porque siempre lo ha apoyado como si fuera un hijo biológico; vive con su abuela materna María Sofía Clavijo de 94 años de edad y su tía materna Carmen Soffy Ortiz Clavijo de 55 años de edad, ama de casa; para cumplir con las prácticas profesionales, como requisito exigido por la universidad para obtener el título de ingeniero industrial, en el mes de julio de 2013, comenzó un largo proceso de preparación con el apoyo de la universidad, cuyo propósito era mejorar la competencia en lengua extranjera, además de prepararse para entrevistas e inserción en la vida laboral; se presentó a una convocatoria internacional, en la cual fue seleccionado como interno en el área Marketing y Administración, en una fundación ubicada en la ciudad de Pelotas, Rio Grande Do Soul, Brasil, donde empezaría sus labores el 6 de enero de 2014; con la colaboración de la universidad, familia y amigos logró conseguir el dinero necesario para pagar el pasaje y comprar el seguro de vida contra accidentes para su estadía, amparado por Avianca Travel Insurance Ace Colombia y Axa, para su viaje adquirió la póliza Seguro y Asistencia en Viaje, con Avianca y ACE Seguros, quienes son aliados estratégicos en el programa de Seguro + asistencia en viajes, Avianca Travel Insurance; póliza que garantizaba la seguridad y tranquilidad; certificado individual de seguro AVTICOAA0054050, registra la Póliza con el No. 30/12480, con fecha de inicio 2013/2/31 y fecha de terminación 2014/05/31; el señor Luis Feliz Ortiz Clavijo, desde el 01/03/2013 se encuentra afiliado al POS de la EPS y MEDICINA PEREPAGADA SURAMERICANA S.A. "EPS SURA"; tipo de afiliado UPC adicional (hijo), con derecho a cobertura integral.

El 06 de enero, Luis Felipe Ortiz Clavijo llega a la ciudad de Pelotas, Rio Grande Do Soul, Brasil, procedente de Colombia y el 24 de febrero del mismo año, cuando se dirigía caminando al lugar donde laboraba, sufrió una torcedura de tobillo izquierdo; de la cual creyó en el momento que se recuperaría, pero después experimentó una sensación de dolor, que le impidió seguir caminando; un día después, el 26 de febrero de 2014, escribió al correo electrónico aviancatravelinsurance@axa-

assistance.com.co informando sobre el percance y solicitando la asistencia médica; ese mismo día recibió respuesta de la aseguradora, donde le solicitaron enviar copia de la póliza, la que no tenía a disposición; por lo tanto, envió copia del carnet, donde estaba registrado el código asignado a la póliza; esperó la respuesta y llamó en reiteradas oportunidades a la central en Brasil, además de Colombia, donde siempre recibía como respuesta que se encontraban gestionando su atención y buscando su póliza; pasaron ocho (8) semanas para recibir correo de respuesta, tiempo durante el cual padeció dolores terribles en su tobillo, sin poder caminar ni someterse a tratamiento médico porque no contaba con recursos; en esa respuesta lamentan la demora y finalizan con “*gestiones de atención*”, al que responde de inmediato anexando sus datos de contacto en Brasil, los que recibió la aseguradora dejando claro que se comunicarían con él al día siguiente; recibió la llamada de un representante de la aseguradora en Brasil, quien le informó que estaba al frente de la situación y gestionaría la atención tan pronto fuera posible; el 29 de abril de 2014, fue contactado por el representante, de quien recibió indicaciones para la atención en una entidad de medicina prepagada, llamada UNIMED-Pelotas, a la que se dirigió inmediatamente, pero al consular respondieron que no tenían ningún tipo de convenio con la Aseguradora AXA y que únicamente se dedicaban a prestar servicios de afiliación pre-pagada y atención a sus usuarios; escribe a AXA informando lo ocurrido, quien manifiesta que no cuentan con proveedores en la ciudad en la que se encuentra; para esa fecha su salud presenta grandes deterioros que le impedían descansar en la noche, pasaron once (11) días más esperando la respuesta; debido al deterioro progresivo el 02 de mayo de 2014, al despertar no le fue posible movilizarse por su propia cuenta, se vio forzado a utilizar muletas; vía telefónica llamó a la compañía aseguradora en Brasil para que le enviaran un vehículo que lo transportara para ir a la cita médica, que estaba esperando le fuera asignada; frente a esta situación, el 02 de mayo de 2014, decidió acudir al Hospital Santa Casa de Misericordia de Pelotas, institución de carácter público; el hospital no tenía convenio con ninguna compañía aseguradora internacional; lo atendió el personal médico, le realizaron revisión general y tomaron una radiografía y el diagnóstico fue un esguince de segundo grado y se descartó algún tipo de fractura; debido a la gravedad de la lesión y al no contar con un medio de transporte adecuado ni con recursos económicos, no pudo asistir a la cita que concertó la compañía de seguros y solicitó a ésta le fuera reprogramada, quien manifestó que haría las gestiones para la reprogramación; luego de insistir, el 18 de mayo de 2014, recibió respuesta de la COMPAÑÍA ASEGURADORA AVIANCA ACE AXA manifestando que era imposible gestionar la atención porque debido a la cita a la

que no asistió el proveedor se negó a programar otra cita; quien le solicitó que hiciera la gestión por cuenta de él con el proveedor, a lo que accede al día siguiente porque no tiene más alternativa, donde la secretaria le dijo que la aseguradora se había contactado y había dicho que un Colombiano iría a consulta, pagaría en efectivo la atención, lo que no es cierto porque el acuerdo era asistir y que la asegurada pagaba.

Desesperado por las dolencias y, luego de rogar, le responde AXA solicitando confirmar su disponibilidad para atender la cita médica cualquier día; el 26 de mayo recibe una llamada de un proveedor donde le informan que debe realizar el pago para apartar la cita, como la compañía aseguradora no realizó el pago, se encontraba muy afectado y su situación empeoraba, se comunicó telefónicamente y manifestó que asumiría los gastos de su atención; el 28 de mayo de 2014, Luis Felipe de nuevo acude al hospital Santa Casa de Misericordia de Pelotas, recibe un nuevo diagnóstico de *"esguince de segundo grado en estado crónico"*, le toman radiografías y no se evidencia ningún tipo de fractura o lesión ósea y le recetan tramadol para el dolor.

El retorno a Colombia comienza el 01 de junio de 2014, como el vuelo salía de una ciudad de Uruguay el 02 de junio de ese año, por su estado de salud e imposibilidad de moverse, se vio obligado a contratar un transporte internacional, desde la ciudad de Pelotas a la ciudad de Montevideo Uruguay, con un costo de U\$20.00, que para la época equivalían a \$231.120.00, dinero que no reintegró la aseguradora; después de un viaje extenuante llega a la ciudad de Medellín el 03 de junio de 2014; al día siguiente, 04 de junio, acude a la IPS-SURA CENTRO, sede de Girardot con La Playa, para una cita con médico general, quien da el siguiente diagnóstico provisional 2S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO; lo remitieron a consulta de ortopedia, a los 14 días, el 18 de junio, recibe la orden de la EPS-SURA para la consulta y le asignó cita para el 20 del mismo mes y año; luego de la revisión el ortopedista Jairo Eduardo Salinas Suárez, deja la siguiente constancia: *"PACIENTE CON ESGUINCE CRONICO DE TOBILLO RNM SIMPLE DE TOBILLO IZQUIERDO Y VALORACIÓN CON RESULTADO POR CIRUJANO DE PIE Y TOBILLO MUY PRIORITARIO"*; remite al paciente a la sub-especialidad de cirugía de pie y tobillo y ordena una resonancia nuclear magnética de articulaciones de miembro inferior (cadera, rodilla, pies y/o cuello de pie); el 28 de julio de 2014, acude a la cita de sub-especialidad de pie y tobillo en la IPS Centro de Especialistas, donde fue atendido por el profesional Gustavo Adolfo Bacca Insuasty, quien deja el

siguiente registro en la historia clínica. *“MC: dolor marcado y edema en el tobillo izquierdo posterior a trauma de febrero del 2014. EA. Desde entonces no se le ha tratado asiste con resonancia de la cual reporta tendinitis severa periarticular de tobillo ha ingerido ocasionalmente aines”*; recomienda una bota Walker para inmovilizar el tobillo y una media elástica para la reducción de la inflamación; pide control del tratamiento de tendinitis severa de pie mal tratado, en 15 días; como la bota no la cubre el POS se vio obligado a comprarla por un costo de \$100.000.00 y la media elástica por un valor de \$33.000.00; en la cita de control del 11 de agosto de 2014, el galeno registra en la historia clínica: *“MC: paciente con lesión de tobillo tendinitis peroneal izquierdo por trauma en febrero, desde entonces con el manejo irregular se le envió hace 15 días vota Walker y media de compresión E.A. refiere que está mejorando mucho con el tratamiento, ya el edema está disminuyendo y se siente mejor, no ha pisado”*. Ordena cita de control en un mes, pero en la gestión se presentó una serie de errores, en vista de la gravedad y poco interés del ortopedista, el paciente solicitó su cambio, que fue aceptado por la EPS-SURA y quedó a la espera de la asignación; un mes después, el 10 de octubre de 2014, recibe la orden de remisión a ORTOPEDIA por parte de la EPS-SURA, inmediatamente procede a llamar y le informan que solo tienen disponibilidad de citas en 3 o 4 meses, porque la agenda está copada; mientras el tiempo pasaba su estado de salud empeoraba, porque empieza a evidenciar cambios como la aparición de 3 ampollas en el perímetro del tobillo izquierdo; insiste en las llamadas y correos ignorados por la EPS-SURA; luego de la espera e insistentes llamadas, decide acudir a la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, para dar a conocer la situación que se estaba presentando; la solicitud fue radicada y esperó los cinco días para obtener respuesta y no la recibió, como tampoco de la EPS.

Como el estado de salud seguía empeorando y una de las ampollas presentaba secreción, acude al servicio de urgencias de la EPS-SURA, en la sede Córdoba del barrio Robledo, donde le toman radiografías para detectar algún tipo de fractura, es ingresado a urgencias, donde le suministran suero por vía intravenosa y le pinchan las ampollas para drenar el líquido y como no drenan y permanecen en igual apariencia, deciden realizar un corte en la ampolla de mayor tamaño; en su interior se aprecia una masa sólida, la que calificaron como *“al parecer es una capa de grasa”*, cubrieron la zona con gasa y fue llamado al consultorio y le entregan una orden de reconsulta en los siguientes términos: *“Re-consultar si hay dolor marcado, eritema, fiebre, calor al tacto, secreción purulenta”* y recomiendan una nueva consulta con el médico familiar; al joven lo remitieron a casa con la herida abierta y

sin sutura, cubierta solo con gasa; en esa consulta le realizaron un procedimiento de incisión, dejando expuesta la herida del tobillo izquierdo durante dos (2) semanas, siendo esta la determinante para el cuadro de infección que posteriormente presentó, con posibilidad de amputación, motivo por el cual fue hospitalizado durante 45 días, bajo tratamiento con antibiótico, ingreso restringido y observación médica.

Siguiendo las recomendaciones médicas, el joven acude a una cita con el médico general, quien dejó el siguiente registro en la historia clínica "*lesión crónica de tobillo ahora con complicación*", le realiza chequeo general y emite una nueva orden con ortopedista de carácter muy prioritario y le recomienda gestionar la cita lo antes posible; comienza a presentar secreción líquida constante en la herida abierta que le dejaron los médicos en el servicio de urgencia en la IPS-SURA Córdoba; se presenta de nuevo a la Superintendencia Nacional de Salud, donde le reciben la queja y corren traslado a SURA para que se pronuncie en el término de cinco (5) días, los que transcurren sin pronunciamiento de la EPS ni de la Supersalud.

El 10 de diciembre de 2014, presentó tutela contra la EPS-SURA, correspondiendo al Juzgado 36 Penal Municipal con Función de Conocimiento, quien el 22 de diciembre de 2014, concedió el amparo y ordenó que en 48 horas le agendaran la cita con cirujano de pie y tobillo y concedió el tratamiento integral; incluso, a raíz de una queja contra instancias de la EPS SURA, reconocieron los errores administrativos de gestión y ofrecieron disculpas y le asignaron cita el día 13 de diciembre de 2014, con especialista en ortopedia y traumatología de pie, fue atendido y en la historia consignaron el siguiente registro: "*Paciente con evolución clínica pésima de esguince de tobillo no explicable por trauma inicial, ni con clínica ni imágenes de lesión ligamentaria significativa, sospecha de lesión infecciosa de bajo grado, fistula espontánea perimaleola lateral, hace 15 días debe manejarse en cuarto nivel de complejidad a la mayor brevedad, con el concurso de infectología y ortopedia; ordenó paraclínicos y gamagrafía con leucocitos marcados; explico y doy instrucciones de signo de alarma*".

El 13 de diciembre de 2014, a primera hora fue contactado por el gerente de la Clínica Las Vegas de la ciudad de Medellín, quien informó que estaba realizando los trámites para su ingreso para el 16 de ese mes y año, en esa fecha ingresa a la unidad de urgencias de la Clínica Las Vegas, donde fue evaluado por ortopedistas, quienes manifestaron preocupación por el estado de la herida, realizaron limpieza

superficial y expresaron la necesidad de realizar una intervención quirúrgica urgente y queda constancia en los siguientes términos: *“tobillo izquierdo, edema moderado en tobillo con fistula inframaleolar medial con abundante secreción fibrinopurulenta, segunda fistula distal de 1 cm, arcos y movilidad en el tobillo con limitación para dorsiflexión, no inestabilidad, neurovascular istal normal”*.

Se hospitaliza para manejo quirúrgico, solicitan paraclínicos, evaluación para anestesiología, pre quirúrgico e infectología de tobillo izquierdo ap y lateral, exámenes de laboratorio y ordenan medicamentos; la doctora Paula Andrea Valcarcel Rojas, especialista en ortopedia, ordena cirugía y solicita autorización para los siguientes procedimientos: i) lavado quirúrgico y desbridamiento de tobillo izquierdo vía abierta y ii) Curetaje y secuestrectomía en tibia y peroné; el 17 de diciembre de 2014 fue ingresado al quirófano y le practicaron los siguientes procedimientos: *“DRENAJE DE PIE Y/O ICS DE ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO, SECUESTRECTOMIA, DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (UNO O MAS (91), SECUESTRECTOMIA, DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ (91)”*. *“HALLAZGOS: úlcera circunferencial medial sobre el maléolo medial y fístula plantar medial que se comunican, área renitente en seno de tarso, tejido fibrinoide en abundante cantidad, escasa secreción serosa”*. Queda constancia del análisis en los siguientes términos: *“Paciente previamente sano quien en ene/4 sufre trauma en inversión del tobillo izquierdo, por lo que Dx esguince y recibe manejo médico sin mejoría, por lo que el 29/6/14 realizan RMN de pie que evidencia colecciones y compromiso óseo articular importante, desarrollando úlcera en maléolo medial y fistula plantar, por lo que se realizó lavado + desbridamiento + cultivos de hueso y tejidos blandos los cuales están pendientes”*.

En la ronda de especialidad Ortopedia del 20/12/2014/06:48, con relación al análisis de los resultados registra: *“OBSERVACIONES: reporte de cultivo de talo + para coco gran + y tibia + para coco y bacilo gram + aun no tipificado.*

“Pendiente reporte definitivo de cultivo.

“Dx: OMC de tibia y talo izquierdo por PSAEEBL + porinas (resistentes a Colistina) + e Faecalis”.

El informe de anatomía patológica con relación al análisis efectuado a la biopsia tomada al paciente en el procedimiento quirúrgico, determina el siguiente diagnóstico: *“SINOVIAL DE TOBILLO IZQUIERDO (BIOPSIA)*

“INFLAMACION GRANULOMATOSA CRÓNICA

“NOTA: Se recomienda tramitar con la EPS del paciente estudio de Histoquímica y por escrito solicitar colaboraciones de ZN y Plata Metenamina”.

Luego de 46 días de hospitalización, el 31 de enero de 2015, Luis Felipe es dado de alta, con estrictas recomendaciones médicas y el consumo de medicamentos y se ordena revisión en quince (15) días y cinco (5) sesiones de terapia física; el 16 de febrero de 2015, asiste a la cita de revisión y es evaluado por la doctora Paula Andrea Valcarcel Rojas y hace el siguiente registro:

“DIAGNOSTICO DE INGRESO: OSTEOMILITIS, NO ESPECIFICADA.

“Descripción: tobillo izquierdo: cicatriz en buen estado, edema en resolución no signos de infección local.

“PLAN: Terapia física: 20 sesiones de fisioterapia para tobillo izquierdo, terapia sedativa medidas antiedema arcos de movilidad fortalecimiento de dorsievertores.

“Hidroterapia

“Ortesis ortopédica para uso nocturno

“Cita en un mes.”

En la misma fecha, 16 de febrero de 2015, Luis Felipe acude a una cita con el Médico Ortopedista, que tenía programada en el centro de Ortopedia y Traumatología del Estadio, en esta oportunidad el doctor Jairo Eduardo Salinas Suárez, hace el siguiente registro en la historia clínica: *“PACIENTE EN POS-OPERATORIO CLINICA LAS VEGAS POR FISTULA ARTICULAR Y SINOVIGTIS GRANULOMATOSA, PIE CAÍDO, DEBE CONTINUAR TRATAMIENTO POR CIRUJANO DE PIE Y TOBILLO URGENTE”.*

El 16 de abril de 2015, el médico tratante del Centro de Ortopedia y Traumatología del Estadio, ordenó veinte (20) sesiones de terapia modalidades hidráulicas e hídricas.

El 11 de mayo de 2015, acudió a revisión en la Clínica Las Vegas; en esta ocasión la doctora Paula Andrea Valcarcel Rojas, consigna: *“Paciente en su 5 mes de lavado quirúrgico tobillo izquierdo refiere mejoría de dolor, se encuentra en terapia aun marcha con muletas.*

“Descripción tobillo izquierdo: cicatriz en buen estado, marcha con muletas no realiza dorsiflexión del tobillo de forma activa de forma pasiva llega a neutro, no inestabilidad”.

En evaluación por Fisiatría, el 22 de junio de 2015, el profesional, expresó su preocupación por la posición equina del pie y la poca flexión, ordenó una electromiografía y una resonancia magnética; desesperado por la demora en la asignación de citas para las terapias y exámenes ordenandos; el 16 de julio de 2015, se vio obligado a acudir nuevamente a la Superintendencia de Salud, queja que fue radicada y de la cual recibió noticias positivas, fue así como de la EPS se comunicaron para acelerar la asignación de las citas pendientes; el 10 de agosto de 2015, asistió a cita de revisión de ortopedia en la Clínica Las Vegas; el médico especialista anota en la historia clínica:

“Paciente en su 7 mes de lavado quirúrgico tobillo izquierdo refiere mejoría de dolor, se encuentra en terapia física e hidroterapia, aun marcha con muletas no consigue dorsiflexión del tobillo. Trae tac de tobillo que muestra necrosis y pérdida de la morfología del tercio externo del escafoides incongruencia de la articulación talo navicular irregularidad sobre la cortical anterior del calcáneo”.

“Descripción: “Pie con actitud en equino retracción del Aquiles, supino del antepie, arcos de movilidad positivos del tobillo corrige a neutro con dolor neurovascular istal normal”.

La especialista ordena remisión a anestesiología, valoración pre quirúrgica, evaluación por fisioterapia, 10 sesiones más de fisioterapia, exámenes de laboratorio clínico; así mismo, expide las siguientes órdenes: Cirugía y solicita

autorización para secuestrectomía y curetaje de huesos del tarso izquierdo (escafoides, talo y calcáneo). Tomaron muestras para cultivo.

De la cirugía practicada el 24 de agosto de 2015, en la historia clínica se consignó el siguiente registro:

“DIAGNOSTICOS PREQUIRÚRGICOS

“OSTEONECROSIS NO ESPECIFICADA – Quirúrgico

“OTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DEL TOBILLO Y DEL PIEZ – Quirúrgico.

Descripción quirúrgica: *“Paciente en decúbito supino previa asepsia y antisepsia y bajo anestesia general + bloqueo miembro inferior izquierdo se realiza abordaje medial sobre la articulación talo navicular, se deseca por planos encontrando abundante tejido fibroso cicatrizal, se expone superficie articular de la talo navicular encontrando articulación incongruente, alteración de la morfología del talo, se realiza toma de muestras para cultivo, se realiza lavado de heridas y cierre por planos hasta piel, se cubre con gasas estériles y vendaje blanco”.*

“PROCEDIMIENTO REALIZADO: SECUESTRECTOMÍA DRENAJE DESBFRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (UNO O MAS) (91)”.

En la cita de revisión programada para el 31 de agosto de 2015, se realizó junta médica conformada con más o menos nueve (9) profesionales ortopedistas en la Clínica El Campestre; donde es evaluado y recibe instrucción para realización de exámenes médicos para nueva cirugía; las conclusiones de la junta serán socializadas en la próxima cita de revisión para el 07 de septiembre de 2015; en esta oportunidad el especialista efectúa el siguiente registro en la historia clínica:

“ENFERMEDAD ACTUAL: paciente de 1 semana post de curetaje y secuestrectomía de talo y tibia izquierda refiere leve dolor, trae resultado de cultivo el cual es negativo, paciente en su 7 mes de lavado quirúrgico tobillo izquierdo refiere mejoría de dolor, se encuentra en terapia física e hidroterapia, aun marcha con muletas no consigue dorsiflexión del tobillo. Trae tac de tobillo que muestra necrosis pérdida de la morfología del tercio externo del scafoides incongruencia de la articulación

talonavicular irregularidad sobre la cortical anterior del calcáneo, es llevado a junta quirúrgica de cirugía de pie y tobillo clínica el campestre y se considera.

“1. Estudio de patología sistémica dado cuadro de inicio y trayectoria bizarro, sin un origen claro infeccioso.

“2. Continuar con la terapia física.

“3. Toma de muestra de biopsia de articulación talo navicular.

“4. Considerar la opción quirúrgica de corrección de deformidad pies equino cavo varo con fijador externo tipo ilizarov.

“Descripción: Pie con actitud en equino del Aquiles, supino del antepie, arcos de movilidad pasivo del tobillo, corrige a neutro con dolor neurovascular istal normal”.

“DIAGNÓSTICOS

“FISTIULA ARTICULAR

“OTRAS OSTEOMIELITIS”.

Se solicitó paraclínicos para definir enfermedad sistémica y valorar resultados; se imparten ordenes médicas y ordena nueve (9) exámenes; adicionalmente, la médica ortopedista manifestó que la junta médica había sugerido como tratamiento, la implementación de un fijador externo para corregir posición ósea, que se encuentra atrofiada; además de corrección del valor metatarsiano por cirugía reconstructiva.

El 21 de septiembre de 2015, Luis Felipe acude a nueva cita de revisión con la Médica Ortopedista en la Clínica Las Vegas e impartió las siguientes órdenes: Rx: Pie Oblicuas, Rx: Lateral con Apoyo y orden de cirugía para corrección de pie varus equino – Aplicación de tutor externo en cuello del pie.

El 22 de septiembre de 2015, la EPS SURA autorizó la nueva cirugía, estimando como fecha posible para su realización el 28 de octubre de ese mismo año, pero no llamaron para su realización; finalmente, luego de varias reprogramaciones, el 05 de marzo de 2016 se practicó el procedimiento quirúrgico denominado

“TRANSPOSICIÓN ÓSEA DE HUESOS LARGOS CON COLOCACIÓN DE TUTOR EXTERNO”; el cirujano José Mauricio Rosales Álvarez, registró los siguientes hallazgos: *“DEFORMIDAD EN VARO DEL MEDIO Y RETRO PIE CON ADUCTO Y EQUINO DEFECTO OSEO DE TALO EN PORCIÓN ANTEROMEDIAL POR SECUESTRO OSEO CON COLAPSO DEL VACULAR SOBRE EL DEFECTO, LO QUE EXPLICA LA DEFORMIDAD PROGRESIVA.*

“CON ABUNDANTE TEJIDO FIBROSO EN EL INTERIOR, EN EL MOMENTO SIN INFECCIÓN ACTIVA DE SUS PROCESOS DE OSTEOMIELITIS DEL TALO”.

Después de la última cirugía ordenaron varias fisioterapias e hidroterapias, ya que luego del retiro del neurotransmisor y del fijador externo, que se hizo el 9 de julio de 2016, se toma la medida de atrofia de gastrosoleos, dando una diferencia de 5cms. A la presentación de la demanda este es el estado del pie y aún sigue asistiendo a las terapias.

Debido al daño en la salud que se le generó al demandante, no ha podido participar en las actividades que antes realizaba y en los concursos en los cuales fue premiado, citando como ejemplo el primer puesto que obtuvo en el concurso jóvenes destacados, categoría investigación e innovación, concedido por la Alcaldía de Medellín 2014.

Finalmente, Luis Felipe Ortiz Clavijo, obtuvo su título universitario de Ingeniero Industrial, el 20 de febrero de 2015, en la Universidad Autónoma Latinoamericana, sin que hasta la fecha haya podido ejercer su profesión por el daño causado en la salud, lo que le ha generado una pérdida de oportunidad ante los ofrecimientos laborales que le han presentado, incluso desde el segundo semestre de 2014, cuando se encontraba en sus estudios académicos; en reconocimiento a su excelente desempeño académico y profesional, desde el 2014, cuando estaba realizando la pasantía en la ciudad de Pelotas, Río Grande Do Soul - Brasil, recibió ofertas laborales que no pudo aceptar por su estado de salud; adicionalmente, enumera algunas de las ofertas de empleo con sus correspondientes salarios.

El demandante expresa que al finalizar sus estudios y obtener el título de Ingeniero Industrial, tenía como expectativa desempeñarse laboralmente e inscribirse en el convenio que Colombia tiene con Brasil, para obtener una beca para adelantar

estudios de posgrado, maestría y doctorado en este país, proyecto que se ha visto truncado por su estado de salud.

Admisión de la demanda y replica: Luego de que la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura, resolvió el conflicto negativo de competencia – de jurisdicción, suscitado entre el JUZGADO DIECINUEVE ADMINISTRATIVO ORAL DE MEDELLIN con el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLÍN, asignó la competencia a éste y, una vez cumplidos los requisitos echados de menos, la admitió y notificados los demandados se pronunciaron como se pasa a indicar.

E.P.S Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. E.P.S. SURA: Replicó la demanda, se opuso a las pretensiones y formuló las siguientes excepciones de mérito: **Alcance de las obligaciones de EPS SURA; ausencia de solidaridad; ausencia de nexo causal; tasación excesiva de los eventuales perjuicios y objeción al juramento estimatorio en los términos del art. 206 del c. general del proceso** (archivo 40).

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A. – IPS SURA: Replicó la demanda y esgrimió los siguientes medios de defensa: **Inexistencia de daño imputable a la IPS SURA; ausencia de nexo causal; cumplimiento de las obligaciones contractuales y extracontractuales; inexistencia de culpa; indebida y exagerada tasación de perjuicios; los perjuicios morales no se presumen y deben ser probados; inexistencia de solidaridad entre los demandados y, objeción al juramento estimatorio** (archivo 43).

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A. antes ACE SEGUROS S.A. Replicó y excepcionó: **inexistencia de la obligación por no acreditación de la cuantía de la pérdida; cumplimiento de las obligaciones derivadas de los servicios de asistencia y, la genérica** (archivo 44).

INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S. A. Replicó la demanda, se opuso a las pretensiones y al juramento estimatorio e invocó los siguientes medios de defensa: **Ausencia de responsabilidad por parte de la Clínica Las Vegas; ausencia de culpa por parte de Inversiones Medicas de Antioquia; ausencia de nexo causal e indebida tasación de perjuicios** (archivo 66).

AVIANCA S. A. Replicó y esgrimió como excepciones: **Ausencia de responsabilidad contractual; ausencia de responsabilidad extracontractual – ausencia de nexo de causalidad e inexistencia de perjuicios** (archivo 68).

AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A., replicó la demanda y no formuló excepciones de mérito (archivo 38).

Llamamientos en garantía: De Inversiones Médicas Antioquia – Clínica Las Vegas, llamó en garantía a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, para que se declare la existencia del contrato de seguros de responsabilidad civil entre ellos celebrado; se condene a la llamada a pagar directamente a los demandantes la indemnización que eventualmente imponga la sentencia; subsidiariamente, solicita se imponga el reembolso a cargo de Allianz Seguros S.A. y a favor de la Clínica Las Vegas S. A.

Como soporte afirma que entre la llamante y llamada se celebró un contrato de seguro de responsabilidad civil médica, que estuvo vigente del 30 de enero de 2013 al 31 de marzo de 2019, mediante las pólizas que allí enumera; puntualmente el último contrato – póliza 021897492 estuvo vigente desde el 28/02/2016 hasta el 27/02/2017, con una cobertura de \$2.000.000.000.oo para el momento en que se realizó la reclamación.

Una vez admitido el llamamiento en garantía, fue notificado a la llamada, quien replicó los hechos y solicitó que la decisión se circunscriba a los términos, condiciones y exclusiones de la póliza de responsabilidad; como excepciones esgrimió: **Prescripción extintiva de los derechos del asegurado; límite del valor asegurado y, deducible pactado.**

Frente a la demanda principal invocó los siguientes medios de defensa: **Inexistencia de responsabilidad de Inversiones Médicas de Antioquia – Clínicas Las Vegas; diligencia y cuidado; la obligación médica es de medio y no de resultado y, la culpa debe ser probada.** Así mismo, formuló oposición al juramento estimatorio.

Llamamiento en garantía de INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA a la doctora **PAULA ANDREA VARCARCEL** para que de encontrarse probado que los perjuicios cuya indemnización se reclama, se deriva de un hecho imputable a la llamada, se declare que tiene la obligación de responder ante la demandada y/o a

la llamante de los perjuicios que se deriven; en consecuencia, que sea condenada a pagar directamente a los demandantes la indemnizaciones que en la sentencia se imponga y, subsidiariamente, a reembolsar el monto de las indemnizaciones que se impongan a Inversiones Médicas de Antioquia.

Como soporte aduce que Inversiones Médicas de Antioquia S. A. posee un reglamento para el ejercicio de la medicina, odontología y profesiones de la salud en la Clínica Las Vegas, que rige la relación entre la institución y los profesionales de salud que allí ejercen; que como el paciente fue atendido por la profesional de la medicina convocada, debe responder ante el paciente y la CLÍNICA LAS VEGAS *“De los perjuicios que se puedan ocasionar con el ejercicio de su actividad”*.

Se aceptó el desistimiento presentado por la parte demandante frente a las demandadas AVIANCA S.A. e INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA - CLÍNICA LAS VEGAS S.A., quedando sin efecto los llamamientos en garantía que la última realizó ALLIANZ SEGUROS S. A. y la doctora PAULA ANDREA VARCARCEL, así como la desvinculación de la demandante María Sofía Clavijo de Ortiz de las pretensiones de la demanda.

En audiencia del 30 de noviembre de 2020, se profirió sentencia de primer grado, la cual resolvió:

“1. Se declaran imprósperas las excepciones de mérito invocadas por las codemandadas AXA ASISTENCIA COLOMBIA S. A. y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A., por las razones expuestas en la parte motiva.

“2. Se declaran civil y contractual responsables a las codemandadas AXA ASISTENCIA COLOMBIA S. A. y CHOW SEGUROS COLOMBIA S. A. por los daños causados a la salud de Luis Felipe Ortiz Clavijo con ocasión del incumplimiento contractual según las obligaciones pactadas en el contrato de seguro, lo cual generó daños en su salud, al no prestarse oportunamente el servicio que requería estando debidamente cubierto por la póliza y pudiendo evitar así las consecuencias surgidas.

“3. Se declaran civil y extracontractualmente responsables a las demandadas AXA ASISTENCIA COLOMBIA S. A. y CHOW SEGUROS COLOMBIA S. A., por los daños morales causados a Martha Lucía Ortiz Clavijo, Luis Eduardo Morales

Estrada, Carmen Soffi, María Nelly y Juan Manuel Ortiz Clavijo, Kenie Lyllibet Henao Ortiz, Juan Diego Quintero Ortiz, Noralba Ortiz Yépez y el menor Juan Andrés Herrera Ortiz, representado por la señora Noralba, con fundamento en los mismos argumentos del ordinal anterior.

“4. En consecuencia, se condena a las codemandadas AXA ASISTENCIA COLOMBIA S. A. y CHOW SEGUROS COLOMBIA S. A. a pagar en forma solidaria a favor de los demandantes las siguientes sumas de dinero: por perjuicios extrapatrimoniales en el orden perjuicios morales a Luis Felipe Ortiz Clavijo la suma equivalente a cuarenta salarios mínimos legales mensuales vigentes, a Martha Lucía Ortiz Clavijo como madre de aquel, la suma equivalente a veinte salarios mínimos legales mensuales vigentes, a Luis Eduardo Morales Extrada como padre de crianza la suma equivalente a veinte salarios mínimos legales mensuales vigentes, Carmen Soffi, María Nelly y Juan Manuel Ortiz Clavijo, Kenie Lyllibet Henao Ortiz, Juan Diego Quintero Ortiz y Noralba Ortiz Yepes, quien actúa en nombre propio y en representación de Juan Andrés Herrera Ortiz, deberán pagar a cada uno de ellos la suma equivalente a cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes; por daño a la vida de relación deberá pagarse a favor de Luis Felipe como víctima directa, la suma equivalente a cuarenta salarios mínimos legales mensuales vigentes, sumas de dinero que deberán pagar en el término de treinta días calendario, contados a partir de la ejecutoria de la presente providencia. No habrá lugar a reconocer interés legal o de mora por cuanto el valor a reconocerse se tasa en salarios mínimos legales mensuales vigentes, lo que indica que deben pagarse por el valor que para el momento del pago establezca el gobierno nacional sobre el salario mínimo.

5. No hay lugar al reconocimiento de los perjuicios patrimoniales por las razones anteriormente expuestas y dado que la parte demandante no cumplió con aportar los elementos de confirmación que así lo acreditara.

“6. Se niegan la totalidad de las pretensiones de la demanda frente a las codemandadas EPS Y Medicina Prepagada Suramericana S. A. EPS Sura y Servicios de Salud IPS Suramericana S. A. y EPS SURA por no probarse el presupuesto axiológica de la culpa en la presente acción civil, siendo un presupuesto necesario para declarar la responsabilidad de las codemandadas de conformidad con lo establecido en la parte motiva de la presente sentencia.

“7. No se impone sanción al juramento estimatorio en contra de la parte demandante, por lo expuesto en esta providencia.

“8. Se condena en costas a la parte demandada representada por AXA DE ASISTENCIA DE COLOMBIA S. A. y CHOW SEGUROS COLOMBIA S. A.

“9. Se fija como agencias en derecho a favor de la parte demandante y a cargo de las demandadas debidamente señaladas en la condena en costas la suma de ocho millones quinientos mil pesos”.

Como soporte para la decisión argumenta que Chubb Seguros Colombia S.A. y Axa Asistencia Colombia S.A., celebraron contrato de seguro denominado Seguros de Asistencia en Viaje, con el señor Luis Felipe Ortiz Clavijo, quien es el asegurado y como tomador aparece AVIANCA S. A.; no existe duda sobre la existencia y validez del contrato; en cuanto el incumplimiento advierte que el 25 de febrero de 2014, cuando el señor Ortiz Clavijo sufrió una torcedura de tobillo, el asegurador se obligó a cubrir directamente el costo de las contingencias por problemas de salud o a reembolsar los gastos efectuados hasta por el monto del contrato de seguro; indica que el 11 de junio entregó documentos a la compañía de seguros y reclama el pago; la parte demandante con la prueba pretende probar el incumplimiento y que a raíz de ello sufrió perjuicios; quien al llegar a Colombia acudió a la EPS donde fue sometido a varios procedimientos. Encuentra acreditado el nexo causal entre el incumplimiento y los perjuicios ocasionados, así como la responsabilidad de la demandada.

Así mismo, encontró que el demandante también aportó a los resultados porque después de reportar el accidente a la aseguradora, solo se comunicó dos meses después y debido al mal manejo de la lesión agravó su situación, porque según la prueba recaudada el tobillo se debía inmovilizar, no lográndose la atención oportuna. Chubb Seguros de Colombia, antes Ace Seguros S. A., quien asumió los riesgos es responsable e indica, que las excepciones propuestas no tienen vocación de prosperidad. Colige que está llamada a prosperar la responsabilidad contractual frente a Luis Felipe Ortiz Clavijo y la responsabilidad civil extracontractual frente a los demás demandantes y, que las pretensiones por perjuicios morales deben ser acogidas y procede a cuantificarlas; así mismo, indica que la pretensión por daño a la vida de relación está llamada a prosperar frente a la víctima directa. Niega la condena por perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente y lucro

cesante porque a más del dicho del demandante, que no puede tener en cuenta, no fueron probados.

En cuanto a la responsabilidad médica frente a las demandadas EPS y Medicina Prepagada Suramericana S. A. “EPS SURA” y Servicios de Salud IPS Suramericana S. A., a priori indica que la culpa no se probó, precisando que el incumplimiento tiene que ser culposo. Examina la historia clínica que se inició el 4 de junio de 2014; poniendo de presente que solo vino para ser atendido por la EPS cuatro (4) meses después de que sufrió la lesión y cuando se había agravado los daños; tampoco existe prueba que la demora en algunas de estas atenciones hubiera agravado su situación; incluso, algunas justificadas porque uno de los médicos salió a vacaciones y no podía dar continuidad a los requerimientos del paciente, lo que es suficiente para negar las pretensiones, así como las excepciones propuestas por sustracción de materia.

En cuanto a la sanción solicitada por el juramento estimatorio, advierte que, aunque lo pretendido por perjuicios morales fue por un monto excesivo, estos no dan lugar a tal sanción y, en cuanto a los perjuicios materiales, considera que tampoco hay lugar a imponer sanciones porque estos no fueron probados.

A solicitud de SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A., se adicionó la sentencia de primer grado, para condenar a la parte demandante a pagar las costas de primera instancia a su favor y de la EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A. – “E.P.S. SURA” y como agencias en derecho procede a fijar la suma de \$4.250.000.00.

Apelación: La Sentencia fue apelada por la parte demandante y las codemandadas CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. antes ACE SEGUROS S.A. y AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A.

Al efecto, la parte demandante precisa que solo apela la sentencia en cuanto a la negativa de acceder a la totalidad de las pretensiones frente a las demandadas EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A. – “E.P.S. SURA” y SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A. “IPS SURA” y formula los siguientes reparos: En cuanto a la culpa porque cuando consultó el 4 de junio, el demandante presentaba una sintomatología y de entrada se descartó una fractura, mostró que tenía un edema y un dolor muy marcado; para esa fecha el estado de salud no era

grave; advierte sobre las demoras en las citas y atenciones, indicando además que hasta la última cirugía se demoró seis meses, lo que no tiene justificación administrativa; todo lo cual fue probado con la historia clínica. El acompañamiento al paciente no se dio, cuando Luis Felipe vino al país no tenía infección ni el pie equino, lo que adquirió estando aquí. Los mismos médicos dan cuenta que tenía un proceso infeccioso; incluso, el daño por bacterias que no trajo de Brasil lo llevó a ser hospitalizado por cuarenta y cinco (45) días; reitera que la desviación del pie no la trajo de Brasil y que el daño mayor se produjo aquí en Colombia. El Despacho se quedó corto en el análisis de todas las pruebas. Pone de presente las quejas formuladas ante la Superintendencia de Salud y que tuvo que instaurar una tutela.

Una vez se comienza un tratamiento se tiene que realizar en forma continua; las demandadas incumplieron sus obligaciones y son responsables por omisión, tardanza y por interrumpir el tratamiento, en este sentido la jurisprudencia de la Corte Constitucional advierte que una vez iniciado un tratamiento no puede ser suspendido.

Dentro de los tres (3) días siguientes se pronunció, reitera que no se valoró en su totalidad la prueba aportada como historias clínicas, acción de tutela, quejas ante la Superintendencia de Salud, petición de atención médica manejada por la plataforma virtual; testimonial e interrogatorios de parte, lo que derivó en la errónea conclusión de que no se probó la culpa; como la negligencia en el tratamiento del señor Luis Felipe Ortiz Clavijo, pues las tardanzas para la asignación de cita con los profesionales especialistas y práctica de procedimientos, entre otros, bajo los pretextos *“No hay agenda, el proveedor no envió el material para la cirugía, la relación laboral con el médico se acabó, el medico se va de vacaciones”*, llevaron a que se agravará la enfermedad.

La primera instancia dio plena credibilidad a las pruebas aportadas por la parte demandada; en especial, las declaraciones de los médicos que trabajan en la misma EPS o en las IPS por ésta contratadas, los que carecen de imparcialidad y profesionalismo, porque tales pruebas solo buscan favorecer a los demandados, no siendo conclusivas del actuar omisivo y negligente de las demandadas respecto al tratamiento médico que bajo los criterios de calidad, oportunidad y continuidad se debió suministrar una vez se inició la atención en salud y que tuvo lugar el 4 de junio de 2014, lo que llevó a que se prologarán por veintiún (21) meses, hasta el 6 de marzo de 2016, fecha en la que el Dr. José Mauricio Rosales Álvarez practicó al

demandante el procedimiento quirúrgico para la corrección del pie equino varo y fijación de tutor externo, con las consecuencias que ello conllevó; a lo que agregó los ocho (8) meses que estuvo en cama Luis Felipe, después de esta última intervención quirúrgica y el tiempo para su recuperación con terapias que fue aproximadamente de siete (7) meses, para un total de 36 meses que duró el tratamiento por parte de la EPS SURA.

Derivado de lo anterior, existen pruebas que claramente advertían que como consecuencia o por la mala praxis, o de la falta de cuidado que tuvo SURAMERICANA S.A. – IPS SURA- SEDE DE CORDOBA MEDELLIN, en relación con la incisión que le practicaron en su tobillo izquierdo, el 30 de noviembre de 2014, cuando consultó por urgencia en dicho centro, por presentar unas ampollas de color rojizo, pues la incisión no fue cubierta con apósito; es decir, no se siguieron los cuidados y protocolos para prevenir infecciones, ni fue tratado con medicamentos, lo que derivó en una infección causada por dos bacterias, las que fueron tratadas de manera intrahospitalaria (aislado), durante 46 días en la Clínica Las Vegas, hecho que de haberse prevenido por los galenos que hicieron la incisión, no se hubiera presentado las consecuencias indicadas; pruebas que no fueron practicadas. Si bien, la Juez advirtió la falta de elementos suficientes de convicción, no acudió al decreto de pruebas en forma oficiosa que permitiera conocer las causas más probables que conllevó a que por el esguince de segundo grado en estado crónico persistiera el dolor, edema y limitación funcional, lo que se convirtió en una infección que requirió de procedimientos quirúrgicos y hospitalizaciones, generando una deformidad en el pie izquierdo.

Además, se desconoció el carácter dinámico de la carga de la prueba en materia de responsabilidad civil, de acuerdo con el art. 167 del C. General del Proceso; pues al considerar que los elementos probatorios no eran suficientes para acreditar la culpa, de oficio debió decretar la distribución de la carga probatoria, imponiendo a la parte demandada que acreditara que habían actuado de manera oportuna, continua y sin ninguna interrupción en el tratamiento iniciado el 4 de junio de 2014.

Finalmente, se duele porque al momento de dictar sentencia no se tuvo en cuenta los conceptos de las altas Cortes, citados en el escrito de acción y reiterados en los alegatos de conclusión, citando al efecto la sentencia T-234 de 2013 (archivo 100).

Chubb Seguros Colombia S. A. apeló y como reparos presentó: La responsabilidad de Axa Asistencia S. A., es distinta a la de Chubb Seguros Colombia S. A., porque las relaciones jurídicas son distintas, análisis que no hizo la sentencia, indicando además que no existe solidaridad. En cuanto al monto de la condena por perjuicios los considera elevados e indica que no se tuvo en cuenta la participación de la víctima.

Dentro de los tres días siguientes, argumentó que considera equivocado el fallo que lo declaró contractualmente responsable; en el análisis probatorio se pudo establecer que ningún requerimiento contractual fue elevado por la parte demandante; es decir, extrajudicialmente no solicitaron la afectación de las coberturas del seguro y de los servicios de asistencia contenidos en las condiciones contractuales, ni ninguna actuación o prestación general o específica; lo que no ocurrió durante la permanencia en Brasil ni al regresar a Colombia; toda la actuación fue requerida a Axa Asistencia S. A. y fue atendida por esta entidad; no se le puede atribuir responsabilidad contractual a CHUBB como parte contractual, porque nunca fue requerida por el asegurado para ejecutar alguna acción u obligación derivada del contrato de seguro. La responsabilidad contractual de la recurrente se refiere a los amparos de seguros que cita la demanda, por gastos médicos, gastos farmacéuticos y traslado médico, respecto de los cuales claramente se estableció que no resultaron afectados, por ausencia de prueba del siniestro y/o por no probarse su cuantía.

Las responsabilidades que surgen a cargo de Chubb Seguros y para Axa Asistencia S. A., son distintas; la aseguradora atiende las coberturas de seguro contratadas, por las cuales paga sumas aseguradas o reembolsa gastos, mientras que Axa Asistencia se encarga de la prestación de servicios de asistencias a los viajeros, sin pagar a ellos sumas de dinero, como claramente se estableció en los interrogatorios de parte absueltos por los representantes legales de las entidades. Se trata de compromisos y responsabilidades contractuales de distinta índole y excluyentes, en desarrollo del objeto social de cada una de las demandadas. Advierte que, sobre este tipo de contratos a favor de los asegurados, se ha pronunciado la Superintendencia Financiera de Colombia estableciendo su viabilidad.

Así mismo, considera equivocada la sentencia al declarar extracontractualmente responsable a Chubb Seguros Colombia S. A. porque no desplegó actividad alguna, ni aun extracontractual, que pudieran generar daños o perjuicios al asegurado; por

no haber incurrido en acción u omisión alguna frente al requerimiento del asegurado, como se indicó, es inexistente; cualquier responsabilidad solo podría ser contractual porque ningún contacto ni gestión se presentó por fuera del contrato entre asegurado y Chubb.

Recalca la falta de solidaridad entre Chubb Seguros y Axa Asistencia porque la prestación de servicios de asistencia corresponde exclusivamente a Axa Asistencia, de acuerdo al objeto social; precisa, que cada entidad responde íntegramente por la actividad que desarrolla; Chubb, respecto de siniestros derivados de la afectación de seguros y, Axa Asistencia por la atención de los servicios de asistencia; entre las entidades no surge responsabilidad común ni solidaria, por lo tanto cada una asume la responsabilidad de su actividad específica.

Para el caso, si se confirmara, la condena impuesta en el fallo, se deberá establecer única y exclusivamente responsable de la prestación de servicio de asistencia en Axa Asistencia, quien tenía a cargo tal prestación.

En cuanto a la culpa de la víctima, exclusiva o compartida no está de acuerdo porque se analizó tangencialmente y no se aplicaron los efectos sustanciales y económicos correspondientes. La falta de atención médica del asegurado, es evidente que fue principalmente por su propia culpa, pues pudiendo pagar los servicios médicos del caso, como lo propuso y ocurrió días antes de su regreso a Colombia, no acudió a las consultas médicas ni se practicó los exámenes diagnósticos que era necesario para obtenerlos prontamente el mismo día de la torcedura de su pie, para tener un diagnóstico oportuno y el tratamiento médico pertinente de inmediato; incluso, la parte demandada no desconoce que por la cobertura del seguro, desde el primer momento podía obtener tales servicios médicos, pagarlos por su cuenta y obtener el correspondiente reembolso; en la etapa probatoria se hizo evidente que pasaron cerca de 58 días desde que sufrió la lesión para que el asegurado recibiera asistencia médica por primera vez, cuando él mismo pagó por ella debido a las dificultades que se presentaron durante ese tiempo para la prestación de los servicios que le brindaba Axa Asistencia; todo lo cual es preponderantemente culpa del asegurado; esta demora extensa, fue la principal causa de la agravación del estado de su lesión, como quedó probado en el proceso con el testimonio de los profesionales médicos que atendieron el caso.

En caso de mantenerse la decisión, el monto de los perjuicios fijados a favor de los demandantes se debe reducir considerablemente, pues no se tuvo en cuenta el alto grado de culpabilidad del asegurado.

Considera que los perjuicios a favor de los tíos y primos del demandante principal deben ser revocados, porque con su inacción de casi dos meses, causó el agravamiento de su lesión y el sufrimiento a sus familiares (archivo 101).

Axa Asistencia Colombia S. A., igualmente apela, indicando que no comparte la valoración e interpretación de las pruebas; comparte los reparos de Chubb Seguros Colombia S. A. porque no se valoró la participación de la víctima. El fallo valoró indebidamente las comunicaciones de la plataforma SIA 6, las grabaciones de las llamadas bajo el expediente 04414007061 y el interrogatorio de la representante legal de Axa, donde se observa que el demandante dejó pasar un largo tiempo entre el accidente que fue en febrero de 2014 y la primera llamada a la línea de AXA ASISTENCIA, dado que el reporte de la emergencia se hace por llamada telefónica, la que vino a realizar la madre del demandante en Colombia, el 23 de abril de 2014, quien no manifiesta inconformidad porque el accidente no fue atendido antes, ni mucho menos, que ya lo hubiera reportado. Se valoró indebidamente los interrogatorios absueltos por los médicos Jairo Salinas, Clara Aguilar y Gustavo Bacca, dado que si se remite a cada uno de ellos, la médica Clara es determinante en indicar que la evolución del tipo de lesión sufrida por el demandante, depende de la fuerza del trauma y del mecanismo, que no siempre el dolor es inmediato, que este último puede aumentar y agravar la lesión, cuando después de sufrida se apoya constantemente el pie; lo que no permite concluir que entre el 25 de febrero de 2014, cuando sufrió el trauma y el 23 de abril 2014, que hace la primera llamada a AXA ASISTENCIA, siguió apoyando su pie normalmente, situación que agravó su estado de salud; igualmente, se confirma con la versión del médico Gustavo Adolfo Bacca Insuasty, que en principio si se dejan pasar de 1 a 7 días después de la lesión, no cambia el avance de la misma; sin embargo, si se dejan pasar más de 7, como vemos en el caso del demandante, que dejó pasar 58 días para su revisión médica, esta demora fue la que provocó que su lesión desmejorará y se encontrara en condiciones más gravosas, con el apoyo al que se sometió durante ese tiempo y el no obtener una reacción positiva a los tratamientos y, de contera, no es responsable de los perjuicios morales reclamados por los demandantes porque fueron causados con la demora en solicitar el servicio de asistencia.

El fallador desconoció que AXA ASISTENCIA es una compañía, cuyo objeto es netamente asistencial, su objeto principal y forma de operar, en términos generales se enmarca en la consecución de una red de proveedores o prestadores de servicios para atender las situaciones de emergencia de los usuarios y poner en marcha los medios de ayuda según las condiciones del servicio. Precisa que no existe una relación de seguros del demandante directamente con AXA ASISTENCIA, dado que no desarrolla esa actividad aseguradora ni ofrece estos productos en el mercado.

No es dable la condena por perjuicios extrapatrimoniales, pues lo que presta es un servicio de asistencia en viaje y no está dentro de sus coberturas el amparo por daños morales y a la vida de relación, máxime cuando la lesión empeoró por culpa del demandante; si el fallador la consideró responsable, la debió condenar por el monto que se determina en la asistencia y bajo el entendido que tuviera relación contractual con el demandante, lo que no ocurre dado que los servicios fueron contratados por ACE SEGUROS.

El servicio de asistencia no es un contrato de seguro, pero este servicio existe a raíz de la celebración de un contrato de seguros entre CHUBB (antes ACE) y el demandante; la asistencia va implícita en la póliza de seguros como un servicio a proveer a los asegurados; por lo tanto, cuando una persona presenta una emergencia en el exterior en esa fecha se configura el siniestro para la póliza de seguro; en este caso, el demandante solicitó el servicio médico dos meses después de haberse presentado el incidente; por lo tanto, no cumplió con la obligación de evitar la extensión y propagación del siniestro como lo señala el art. 1074 del C. de Comercio (archivo 102).

En segunda instancia, durante el término del traslado para sustentar el recurso de apelación, la parte demandante hizo un recuento cronológico de las atenciones que le fueron prodigadas desde que llegó al país procedente de Brasil, que en esencia constituye un resumen de la demanda, para resaltar las demoras en algunas citas y en la realización de procedimientos, lo que afecta los principios de continuidad, oportunidad, eficiencia e integralidad a los que ha referido ampliamente la Corte Constitucional, desconociendo además la jurisprudencia constitucional por ella citada; se queja porque la juez le dio credibilidad a las pruebas aportadas por la parte demandada y dejó de valorar la recolectada en el proceso.

Resalta y reitera que el tratamiento del demandante se prolongó por treinta y seis (36) meses desde que llegó al país; que estuvo ocho (8) meses en cama después de la intervención quirúrgica para la corrección del pie equino varo y la fijación de un tutor externo; el tiempo requerido de siete (7) meses para la recuperación con terapia y, que estuvo hospitalizado cuarenta y seis (46) días a raíz de la infección bacteriana, la que requirió de tratamiento quirúrgico, enfatizando que fue causada por error médico, cometido por la incisión que le hicieron en el pie izquierdo en la IPS Suramericana – Sede Córdoba; advierte que la sentencia de primer grado no tuvo en cuenta el daño causado.

Por su parte, la apelante AXA Asistencia Colombia S. A., volvió sobre los argumentos consignados al formular los reparos, enfatizando que el fallo de primer grado valoró indebidamente las notas de la plataforma SIA 6, las grabaciones de las llamadas bajo el expediente #4414061007 y el interrogatorio de la representante legal de AXA, donde se puede constatar que realizó las gestiones desde la fecha, 23 de abril de 2014, fecha en que se obtuvo solicitud formal por parte del asegurado para apoyarlo con la coordinación de las atenciones que requería, teniendo en cuenta las opciones limitadas con las que contaba dado el lugar donde se encontraba el asegurado, gestiones que fueron expuestas, explicadas y consignadas por la representante al absolver interrogatorio; pone de presente que la demora en solicitar los servicios por parte del demandante contribuyó a agravar la lesión que padeció como lo explicó la prueba testimonial recibida en el proceso, precisa que el término para informar sobre el siniestro es de diez días como lo consagra la condición décimo primera de la póliza, lo que no hizo el pretensor y que es causal de exoneración de responsabilidad, como incluso lo ha precisado la jurisprudencia; precisa que es una compañía de asistencia y no de seguros; se queja porque se valoró incorrectamente los testimonios de los médicos Clara Aguilar y Gustavo Adolfo Bacca Insuasty, quienes indicaran que una lesión como la que sufrió el demandante se puede agravar si hay apoyo constantemente del pie y, cuando no es atendida en los primeros siete días.

Los elementos de la responsabilidad contractual no se cumplen, porque no hubo incumplimiento a las obligaciones y no existe nexo causal; por esas mismas razones, tampoco se configura la responsabilidad civil extracontractual; además, que tienen cobertura los daños demandados y reconocidos, pues su obligación es de asistencia, a lo que agrega que no tenía relación contractual con los

demandantes porque los servicios que ellos prestan fueron contratados por la compañía de seguros. Termina solicitando se revoque la sentencia y, en su lugar, se nieguen las pretensiones de la demanda y, en subsidio, que se modifique el numeral cuarto de la resolutive, disminuyendo el valor de la condena y asigne un valor moderado, teniendo en cuenta las gestiones que realizaron y la participación del demandante en la agravación del daño.

Así mismo, Chubb Seguros Colombia S.A., describió el traslado, enfatizando los argumentos consignados en primera instancia al formular el recurso de apelación; reitera que existe ausencia de responsabilidad contractual y extracontractual, porque del análisis probatorio se pudo establecer que extrajudicialmente ningún requerimiento fue elevado por la parte demandante a la compañía de seguros, ni cuando estuvo en Brasil ni al regresar a Colombia, el requerimiento lo hace en la demanda; de donde desprende que el nexo de causalidad frente al incumplimiento del contrato de seguro y el daño reclamado no existe; la responsabilidad se refiere a los amparos que el demandante cita por gastos médicos, farmacéuticos y traslado al médico, los que no resultaron afectados por ausencia de prueba del siniestro y porque no se probó la cuantía, por lo que no se puede declarar la responsabilidad contractual; recalca que las responsabilidades de la compañía de seguros y Axa Asistencia son diferentes, insistiendo además en la ausencia de solidaridad entre las dos compañías; que en el evento de que se confirme la condena, solo puede ser frente Axa Asistencia, por la prestación de los servicios de asistencia.

Frente a la culpa exclusiva o compartida de la víctima, advierte que solo fue analizada tangencialmente y no se aplicaron los efectos sustanciales y económicos que corresponden; que la falta de atención médica del asegurado, incluso gratuitamente, como efectivamente lo propuso e hizo días antes de su regreso al país, fue por su negligencia porque no lo buscó ni lo requirió para recibir inmediatamente la atención médica necesaria, los que pudo solicitar desde el primer día y si tenían algún costo, los pudo cubrir por su cuenta y obtener el reembolso correspondiente; pasó 58 días desde el día que sufrió la lesión para que solicitará asistencia médica por primera vez, que pagó por las dificultades que se presentaron durante el tiempo en la prestación de los servicios que le corresponde a AXA Asistencia; incluso, son reiterados los conceptos médicos que dan cuenta de la agravación de la lesión por la ausencia de esta atención en forma inmediata o a los pocos días, todo lo cual se debió a su propia negligencia; advierte que en el remoto

caso de mantenerse el fallo de primera instancia, los perjuicios deben ser reducidos considerablemente porque en su tasación no se tuvo en cuenta la participación de la víctima; se deben eliminar los perjuicios a favor de los tíos y primos del demandante; se debe tener en cuenta que la mayor parte de los perjuicios por el demandante los reclama a la EPS y Medicina Propagada Suramericana S.A. – EPS SURA – y Servicios de Salud IPS Suramericana S. A. – IPS Sura -. Con este soporte solicita revocar la sentencia en su contra y negar las pretensiones.

La EPS SURA S. A., oportunamente recorrió el traslado haciendo un recuento de la sentencia de primer grado y del recurso de apelación de la parte demandante, para indicar que no cumplió con la carga que le competía, demostrando los elementos requeridos para el éxito de la pretensión; además, se probó que la causa de los daños sufridos por el señor Luis Felipe Ortiz Clavijo, fue por el incumplimiento de las obligaciones contractuales de las demandadas AXA Asistencia Colombia S. A., y Chubb Seguros Colombia S. A. por no haber procurado la prestación de los servicios de salud que requería, lo que nada tiene que ver con las atenciones en salud de la EPS, quien cumplió con todas sus obligaciones, indica además que no existe solidaridad civil con el profesional de la salud o las instituciones prestadoras de servicios de salud, precisando que considera que no existe responsabilidad de la IPS SURAMERICANA, la que no tiene sustento como lo indicó la sentencia de primer grado y que debe acoger la segunda instancia; incluso, expresa que resulta extraño la existencia de solidaridad sin que medie norma legal, entre vinculados contractualmente y vinculados extracontractualmente como ocurre en este caso. Advierte que pese al grave estado del tobillo del paciente debido a los meses que pasaron entre la lesión y la primera consulta en la EPS, no mermó esfuerzos en iniciar el tratamiento de la manera más eficaz posible, que la atención fue eficiente y oportuna, ordenó las citas para los requerimientos y el tratamiento que requería y, situación diferente, es que la parte demandante desconozca aspectos clínicos del caso y, en consecuencia, a partir de tal ignorancia, se pretenda atribuir el origen de los daños a la demandada, cuando la demora de cuatro meses en acudir contribuyó al estado de agravación de sus lesiones, que de no haber sido tratadas conforme a la lex artis, como ocurrió, no habrían sido superadas.

III. CONSIERACIONES

1. Problemas jurídicos: Los recursos de apelación de cara a la sentencia plantean los siguientes problemas jurídicos que el Tribunal debe resolver: ¿Las demandadas

Axa Asistencia Colombia S.A. y Chubb Seguros Colombia S. A., están obligadas solidariamente a responder por los perjuicios causados a los demandantes, o en cambio, la responsabilidad es individual? ¿No hay lugar a afectar la póliza de seguro porque no medió reclamo o requerimiento a la aseguradora para ejecutar alguna obligación derivada del contrato? ¿Para tasar los perjuicios se tenía que tener en cuenta la participación de la víctima? ¿Fue equivocada la condena por responsabilidad extracontractual a cargo de las demandadas Axa Asistencia Colombia S. A. y Chubb Seguros Colombia S. A.? ¿La falta de atención médica y el agravamiento del estado de salud es imputable al asegurado? ¿Se debe revocar las condenas a favor de los tíos y primos del asegurado? ¿La sentencia tuvo en cuenta los testimonios de los médicos, recibidos a petición de la parte demandada? (Jairo Salinas, Gustavo Bacca y Clara Aguilar); ¿Está probada la culpa de las demandadas EPS Medicina Prepagada Suramericana S. A. y Servicios de Salud IPS Suramericana S. A.? ¿Hubo demora en las citas médicas y las atenciones que prodigó al demandante Luis Felipe Ortiz Clavijo?; ¿La historia clínica constituye prueba de que cuando Luis Felipe llegó al país no tenía infección ni pie equino? ¿Tiene credibilidad los testimonios de los médicos que declararon en el proceso, dado el vínculo que tienen con las demandadas? ¿Está acreditada la mala praxis de la IPS Sura sede Córdoba - Medellín, en la incisión practicada al demandante en el tobillo izquierdo en la atención del 30 de noviembre de 2014? y, ¿El juzgado tenía que decretar pruebas de oficio y desconoció el carácter dinámico de la prueba?

2. El caso concreto: Dado que la demandada contiene una acumulación subjetiva de pretensiones, donde una es la relación jurídica de los demandantes con las demandadas Axa Asistencia Colombia S. A. y Chubb Seguros Colombia S. A. y otra, con la EPS y Medicina Prepagada Suramericana S. L y Servicios de Salud IPS Suramericana, por razón de método se examinará en forma separada esas relaciones con la parte demandante, para determinar si se deriva alguna responsabilidad.

2.1. Relación de los demandantes con las demandadas Axa Asistencia Colombia S. A. y Chuub Seguros Colombia S. A.: Afirma la demanda que Luis Felipe Ortiz Clavijo celebró un contrato de seguro y de asistencia de viajero en el exterior, con las demandadas y que fue incumplido por estas; como la sentencia de primer grado acogió en forma parcial las pretensiones de la demandada, las demandadas recurrieron la sentencia, para que sea revocada.

Sobre el particular, se trajo las pruebas que se pasa a examinar.

Como anexo de la demanda se allegó el certificado individual de seguro – Póliza No. 30/12480, donde aparece como asegurado Ortiz Felipe de 2013/12/31 a 2014/05/31; como siniestro consigna que el asegurado o beneficiario, según el caso, deberá dar aviso a la compañía aseguradora de la ocurrencia del siniestro, dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de su ocurrencia. En la condición décimo primera – siniestros, indica: Gastos Médicos por accidente. Se compromete a pagar los gastos médicos usuales y razonables, en que incurra el asegurado por el tratamiento de una lesión sufrida como consecuencia de un accidente ocurrido durante un viaje dentro de la vigencia del certificado individual de seguro y cubierto por la póliza, siempre y cuando se incurra en los gastos dentro de la vigencia de la póliza o dentro de las 26 semanas siguientes a la fecha de terminación del viaje cubierto y que no tengan un origen en una condición anterior a la vigencia de la póliza y del viaje amparado.

La indemnización de que trata este amparo operará mediante uno cualquiera de los siguientes requisitos: Primero, mediante el reembolso hasta el valor asegurado, en el evento en que el asegurado asuma directamente los gastos médicos y, segundo, mediante pago directo de los gastos médicos al prestador del servicio médico, hasta el monto del valor asegurado o de quien este designe.

Así mismo, se trajo ANEXO DE ASISTENCIA DE VIAJE ADICIONALES, donde expresamente consigna: *“Los servicios de asistencia a los que se obliga la aseguradora mediante el presente anexo, pueden ser prestados por ACE a través de terceros”*.

En cuanto a la asistencia para los servicios médicos que requiera el viajero, en el anexo expresamente consigna:

“12. ORIENTACION MÉDICA TELEFÓNICA

“En caso de accidentes o Enfermedad del Asegurado, el Equipo médico de ACE SEGUROS le asistirá orientándolo sobre las medidas básicas a tomar y por los servicios de asistencia médica prestados por terceros y el acceso a los mismos en relación con los síntomas o molestias que le estén aquejando. El Equipo médico de

ACE SEGUROS no emitirá ningún diagnóstico, ni interpretará resultados de exámenes de laboratorio, ni prescripción de medicamentos y únicamente a solicitud del beneficiario, se le indicarán los centros médicos, clínicas y hospitales cercanos al lugar donde se encuentre. Esta cobertura es ilimitada en eventos por asegurado.

“13. REFERENCIA MÉDICA

“En caso de Accidente o Enfermedad del Asegurado y una vez éste notifique a ACE SEGUROS, el Equipo médico de ACE SEGUROS dará una contestación inicial a la petición de asistencia del Asegurado y le asesorará con respecto a los inmediatos pasos que él deber seguir. El Equipo médico de ACE SEGUROS no hará un diagnóstico, pero a petición del asegurado, se ocupará para que se le realicen un diagnóstico apropiado:

“a) Mediante la visita personal de un médico

“b) Concertando cita para el Asegurado en un centro médico apropiado.

“14. REFERENCIA NUMEROS DE TELEFONOS DE EMERGENCIA

“ACE SEGUROS indicará los principales teléfonos de emergencia al Asegurado, como son bomberos, policía, defensa civil, cruz roja, entre otros. Esta cobertura es limitada en eventos por asegurado.

“13. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

“ACE SEGUROS se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encargue el Asegurado, derivados de los servicios prestados en virtud de los presentes Servicios de Asistencia.

“a) Mediante la visita personal de un médico

“b) Concertando cita para el asegurado en un centro médico apropiado” (Archivo 9, anexos seguros. Págs. 218 y ss.).

De entrada, se advierte que las obligaciones que adquiere la aseguradora en el contrato de seguro para con el asegurado son distintas a las derivadas de la ASISTENCIA DE VIAJE, solo que, en este caso la compañía de seguros también asumió estas obligaciones y se obligó a prestar estos servicios directamente o a través de un tercero.

Para lo que interesa a la controversia planteada, se examinará lo relacionado con los servicios de asistencia para la atención de accidentes durante el viaje y a la obligación de la compañía de seguros para el pago del costo de esos servicios que se derivan de los padecimientos del asegurado con ocasión del accidente que sufrió.

En la audiencia inicial, la demandante Martha Lucía Ortiz Clavijo, madre del señor Luis Felipe Ortiz Clavijo absolvió interrogatorio, formulado por el Juzgado, quien dijo que se comunicó con Axa Asistencia porque Luis Felipe había tratado de comunicarse con ellos y no le habían hecho caso; una señorita le dio el nombre de una entidad en Brasil para que lo atendieran y le dijeron que no tenían ningún convenio para atenderlo; volvió a llamar y le expresaron que fuera donde un médico particular que le reembolsaban el dinero, a lo que dijo que no tenía como pagarlos y no tenían forma de enviarle dinero porque ya se lo habían gastado en el viaje; que ella al igual que la abuela sufrieron mucho con el accidente porque no tenían dinero y tenían que buscarlo prestado para asistir a la terapia; cuando llegó de Brasil estaba muy imposibilitado y tenía que utilizar silla de ruedas y estaba muy afectado porque fueron muy pocas las atenciones que recibió.

Igualmente, el demandante Luis Felipe Ortiz Clavijo absolvió interrogatorio, el que le fue formulado inicialmente por el Despacho, quien manifestó que sufrió la lesión el veintitrés (23) de febrero de 2014; hizo una reclamación a la aseguradora por los mismos medios que tenía, la respuesta fue el mismo día y solicitaron enviar copia de la póliza y como no la tenía, mandó copia del carnet; luego, llamaron de una central en Brasil, que le estaban gestionando el servicio y estaban buscando la póliza; precisa que el contacto fue con una central en Brasil y lo llamaban para ver cómo iba, a lo que informa que estaba empeorando, sentía más dolor y no tenía servicios allí. La asistencia en el hospital de la Caridad tiene que ver con la solicitud que les hizo de la asistencia por urgencias, la comunicación fue más activa en Brasil que en Colombia y le dicen que iban a gestionar la atención y ellos lo remitieron a ese servicio, la cita en esa ocasión fue para el 29 de abril y que si no tenían un

convenio con ellos no lo podían atender, incluso en otra oportunidad ocurrió con otra entidad donde el médico no lo quiso atender; posteriormente, tuvo deterioro en la movilidad y tuvo que utilizar muletas; finalizando abril acudió al Hospital Santa Casa de la Misericordia de Pelotas; si bien hubo una comunicación de la central de Brasil donde le indican que podía acudir allá, que preguntara por el jefe de enfermería que era remitido a través de la aseguradora, cuando llegó el jefe le dijo que era un hospital público, que no tenía convenios con entidades, que si fuera por esa situación no lo podían atender; la legislación de Brasil permite a quien legamente se encuentra, acceder a todos los servicios de salud de que gozan los Brasileños; en este caso podía acceder a una atención de urgencia, le hicieron un examen general, aclara que fue por enfermería; le tomaron una radiografía y se descartó una fractura, tenía un esguince de segundo grado; cuando salió del hospital le recomendaron unos medicamentos para el dolor, quietud que ya la tenía porque no se podía mover y las medidas para no agravar su estado y pudo volver a casa sin agravar su estado; en ese trayecto le llamaron de la central de Brasil, los del convenio con Axa y preguntaron cómo le había ido en la atención; les dijo que bien y explicó que no había tenido respuesta porque al parecer no estaba en turno, averiguaron quien era el jefe y lo mandaron a preguntar por él, desconociendo que no se encontraba de turno en ese momento; los medicamentos fueron por poco tiempo, para una o dos semanas; en mayo como no mejoró siguió llamando; el 10 de mayo le indicaron que llegaron a un arreglo para ser atendido y que no le podían prestar el transporte para el traslado y solicitó la reprogramación de la cita y que como no había acudido no lo atendían; incluso, le dijeron que gestionará la atención que ellos le reconocían los gastos; el 26 de mayo dada la gravedad y que el dolor era insoportable porque hacía mucho frío, acudió, le hicieron exámenes de rigor, realizaron un TAC y radiografías, le enviaron el analgésico que es tramadol, no había fractura; le manifestó a la aseguradora que le devolvieran la documentación para hacer el cobro y explica que ya estaba próximo de regresar a Colombia; incluso, que le suministraron unas líneas telefónicas en Brasil para que se comunicara, indica que precisamente con esa llamada permitió hacer el contacto en Brasil y con ellos estaba haciendo la gestión para establecer si había un convenio vigente y ellos mismos fueron los que dijeron que no había convenio vigente; aquí en el país manifestó que iba a ser la reclamación y qué documentos tenía que aportar para la misma; remitió los documentos, facturas de medicamentos, de unas muletas y breve descripción de unos gastos en términos de movilización y la respuesta fue que tenía que estar soportado con la historia clínica y órdenes médicas y que sin ello no le podían pagar los costos que estaba reclamando; en ese momento ante la imposibilidad de aportar

esos documentos se cortó la comunicación; adicionalmente, le advirtieron que la cobertura era por fuera del país y no en el país y, en esa misma línea no contempló otra reclamación y decidió continuar con el proceso que tenía con Sura; así mismo respondió el interrogatorio formulado por la IPS Sura, sobre los ingresos que para el día de hoy percibe de acuerdo con los contratos que tiene para actividades académicas informó que ascienden a \$2'800.000.00 o \$2'900.000.00; incluso, advirtió que los ingresos que percibía en el 2014 por consultoría, eran más altos que los que ahora percibe (minuto 27, audiencia inicial parte IV).

El examen de la prueba que viene de relacionarse permite colegir que Ace Seguros S. A., ahora Chubb Seguros Colombia S. A. adquirió la obligación de asistencia para con el asegurado Luis Felipe Ortiz Clavijo en el viaje que realizó a la República de Brasil, la que podía cumplir directamente a través de un tercero; en este caso, la cumplió a través de Axa Asistencia Colombia S. A.

Se advierte que la prestación de los servicios de asistencia al viajero, se activan a petición del interesado; quien en caso de un siniestro, como ocurrió en este caso, con la lesión que padeció Luis Felipe Ortiz en Brasil, quien sufrió un esguince en el tobillo mientras caminaba, tenía que reportarlo, como en efecto lo hizo; pero, en este caso fue requerido para que enviara la póliza porque ellos no la encontraban, quien advirtió que como no disponía de ella, mandó copia del carnet; luego, transcurrió prácticamente dos meses para que Luis Felipe se comunicara de nuevo con ellos, lo que hizo a través de su madre, la señora Martha Lucía Ortiz Clavijo, quien incluso, en el interrogatorio que absolvió manifestó que ella llamó porque no le hacían caso a las llamadas que su hijo realizaba; esta circunstancia fue suficiente para que el Juzgado de primer grado decidiera que también se presentó negligencia de la parte demandante y que de esta manera también contribuyó a los resultados dañosos, lo que tiene incidencia al momento de tasar los perjuicios, aserto que no le mereció ningún reproche a la parte demandante; pues incluso, tal decisión no fue objeto del recurso de apelación.

Pero, además lo que se advierte es que en este sentido la parte demandante ha sido confusa porque informa que las demandadas incumplieron con sus obligaciones; pero en el interrogatorio que absolvió reconoció que a través de una central en Brasil fue contactado en varias oportunidades para informarle sobre los servicios y las gestiones que estaba realizando para su consecución, incluso afirmó que tuvo más contacto con los de Brasil que con los de Colombia; como ocurrió con

una cita que le consiguieron en una unidad de salud, a la que no pudo asistir porque trató de cumplirla y al desplazarse caminando el dolor no se lo permitió y se tuvo que devolver y, luego, no se la quisieron reprogramar porque la había incumplido; incluso, reconoce que también le gestionaron la cita en el Hospital La Caridad, advirtiendo que éstos no tenían convenio con ellos.

Bajo estas circunstancias, se advierte que la parte demandada sí cumplió con su obligación de asistencia, como era la de orientar e informar sobre los servicios médicos que en la región existían y a donde el demandante podía asistir para ser atendido para las revisiones y demás procedimientos que requiriera con ocasión del accidente que padeció, aun con independencia de que entre ellos mediara convenios; siendo del caso precisar que el demandante prácticamente tardó dos meses en efectuar tales requerimientos para ser orientado, siendo esta la razón para que no fuera atendido con anterioridad; no sobra recodar que si bien informó sobre el accidente una vez ocurrido, inmediatamente fue requerido para que enviara copia de la póliza y según su afirmación cumplió con este requerimiento, pero solo solicitó la prestación de los servicios que requería por conducto de su madre, cuando había transcurrido cincuenta y ocho (58) días.

Si bien es cierto que, la póliza establece que la prestación de tales servicios de salud los puede cubrir directamente la aseguradora; pero, también lo es que, igualmente precisa que el asegurado los puede contratar y pagar directamente y en este caso, ellos quedan obligados a reembolsar el valor que el asegurado pague. Incluso, el señor Luis Felipe Ortiz y su madre en el interrogatorio que absolvieron, fueron insistentes en manifestar que no disponían de medios económicos para sufragar esos costos, ni para pagar medios de transporte; afirmación que no solo es confusa, sino, además contradictoria, porque precisamente el mismo demandante Luis Felipe Ortiz al absolver el interrogatorio que le formuló la IPS Suramericana, fue determinante en afirmar que los ingresos que percibía en el año 2014 por asesoría, eran superiores a los que obtiene en la actualidad por una cuantía de \$2.800.000.00 o \$2.900.000.00; lo que pone de presente que sí disponía de medios económicos y que muy bien pudo, acceder a los servicios médicos que requirió en Brasil, para atender la lesión que padeció y no someterse a las dolencias y, en general, a las consecuencias que se pudieran generar por la falta de una atención médica oportuna, como lo requería el padecimiento de esguince que sufrió y, posteriormente, obtener el reembolso de la compañía de seguros. A lo anterior, se aún, como ya se indicó y reitera, que inicialmente no fue diligente para obtener los

servicios que requería para atender la lesión que padeció; pues él mismo afirmó que la lesión la padeció el 23 de febrero y escribió a Axa Asistencia el 26 de febrero, o sea a los dos días; fue requerido inmediatamente para que aportara el contrato de seguro y solo se volvió a comunicar cuando había transcurrido 58 días como lo precisó la sentencia de primer grado, habiendo recibido respuesta y orientación sobre los lugares donde podía ser atendido, como lo reconoce al contestar el interrogatorio que le fue formulado.

Ahora, en cuanto a la reclamación a la compañía de seguros para obtener el reembolso de los gastos en que incurrió; el mismo Luis Felipe Ortiz en el interrogatorio que absolvió, fue determinante en precisar que cuando llegó a Colombia presentó facturas por el valor de medicamentos, de unas muletas y relacionó y explicó otros gastos que tuvo y que al ser requerido para que aportara como soportes la historia clínica y las órdenes médicas no lo hizo, porque no disponía de tales pruebas; lo que en efecto, pone de presente que la reclamación efectuada a la compañía de seguros no estaba debidamente soportada en pruebas, las que tampoco allegó el asegurado al proceso; circunstancia que es suficiente para colegir que en realidad no se acreditó el incumplimiento de la compañía de seguros en sus obligaciones para con el demandante; a lo que se agrega que al proceso no se allegó prueba sobre los perjuicios materiales como lo determinó la sentencia de primer grado, lo que no fue objeto de impugnación.

2.1.1. Conclusión: Consecuente con lo anterior, como las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar, se revocarán los numerales primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, octavo y noveno de la parte resolutive de la sentencia de primer grado y, en su lugar, se negarán las pretensiones de la demanda y se condenará a los demandantes a pagar las costas tanto en primera como en segunda instancia a favor de las demandadas Chubb Seguros S. A. y Axa Asistencia Colombia S. A. Como agencias en derecho causada en segunda instancia, se fijará por el magistrado ponente DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$2.600.000,00) equivalentes a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las de primer grado serán fijadas por la señora Juez a quo.

2.2. Relación de los demandantes con las demandadas EPS Medicina Prepagada Suramericana S. A. y Servicios de Salud IPS Suramericana S. A.:

La parte demandante se queja porque el Juzgado tuvo por no probada la culpa de

las demandadas, no examinó todo el material probatorio y dio valor a la prueba testimonial de los médicos, quienes tienen vínculos con la parte demandada.

2.2.1. Relación de causalidad y responsabilidad del médico: La responsabilidad del médico es de medio, salvo cuando se garantiza un resultado; de lo anterior se deriva que no se presume la culpa en el demandado, correspondiendo, en consecuencia, al demandante probarla, para cuyo efecto debe acreditar la imprudencia, negligencia, descuido o impericia del galeno. En este sentido se ha pronunciado la jurisprudencia en los siguientes términos:

“Es en la sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.), donde la Corte, empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada, pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no sólo debe exigirse la demostración de “la culpa del médico sino también la gravedad”, expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como “una empresa de riesgo”, porque una tesis así sería “inadmisibles desde el punto de vista legal y científico” y haría “imposible el ejercicio de la profesión”.

“Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que “...el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”. Luego en sentencia de 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia de 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que en el “contrato se hubiere asegurado un determinado resultado” pues “si no lo obtiene”, según dice la Corte, “el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima”, a no ser que logre demostrar alguna causa de “exoneración”, agrega la providencia, como la “fuerza mayor, caso fortuito o culpa de la perjudicada”. La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias de 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998”¹.

¹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA – SALA DE CASIACION CIVIL. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P. José Fernando Ramírez Gómez.

Más recientemente, la corte reiteró este criterio, indicando: “... *con independencia de que la pretensión indemnizatoria tuviera como causa un contrato o un hecho ilícito, aspecto este que es ajeno al recurso de casación, la Corte tiene explicado que si bien, en principio, la responsabilidad médica parte de la culpa probada, lo cierto es que, frente a la lex artis, “el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente*”²³.

Antes de determinar si el médico incurrió en alguna conducta imprudente, de la que se derive su culpabilidad, es imprescindible averiguar en primer lugar sobre la causa del daño, como lo reitera la jurisprudencia que viene de transcribirse, donde a la vez la Corte acude a su propio precedente, en el que había precisado: “... *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*”⁴.

Es pertinente puntualizar que con independencia de la naturaleza de la responsabilidad civil que se invoca y de si se presume la culpa en cabeza del demandado, como ocurre en las actividades peligrosas, si no se prueba que el daño fue cometido por el demandado (nexo causal), resulta innecesario abordar el examen de los demás elementos axiológicos que configuran la responsabilidad invocada.

En este litigio, se advierte que las atenciones que le brindó la EPS y la IPS demandada al demandante Luis Felipe Ortiz Clavijo, empezaron el 4 de junio de 2014, cuando regresó al país desde Brasil.

Al proceso se allegó pruebas tanto por la parte demandante, como por la demandada, como se pasa a examinar.

² Sentencia 001 de 30 de enero de 2001, expediente 5507.

³ Sentencia del 19 de diciembre de 2005. M. P. Jaime Alberto Arrubla Paucar.

⁴ Sentencia del 30 de enero de 2001.

El demandante Luis Felipe Ortiz Clavijo en el interrogatorio que absolvió afirma que cuando regresó de Brasil, acudió a la EPS Suramericana; que la queja contra ésta empezó con una cita en la IPS Centro con el médico general, que con base en las radiografías le dijo que parecía que había sufrido fractura; lo remitió al centro ortopédico del Estadio y el médico que lo atendió dijo que tenía un esguince crónico y manifestó que lamentaba no poder continuar con su caso porque a la semana siguiente iba a tomar vacaciones y que de una vez lo iba a remitir a una subespecialidad en pie y tobillo, le ordenó una resonancia magnética; un mes después tuvo cita con subespecialidad, donde le dicen que a más de la resonancia magnética le iban a mandar unos días de reposo porque tenía tendinitis, tenía el tobillo tan inflamado que no permitía focalizar la lesión; en ese momento el reposo estaba acompañado de algo que tuvo que comprar, una bota y una media elástica para inmovilizar el tobillo; luego a los 15 días tuvo la cita y dijo que no había avanzado la desinflamación y seguía igual, entonces le vuelven a programar cita en un mes, como ya estaba revistiendo muchos dolores, fue en agosto y amablemente solicitó a la EPS que le asignará otro especialista y, finalmente, indicaron que la atención era prioritaria, eso fue en octubre, los dolores no le permitían bañarse con el pie apoyado, tenía que ser sentado y se mantenía en la casa y cada día era peor; en ese momento se deteriora más el tobillo y en la parte donde la bota hizo contacto con el tobillo se estaba poniendo rojizo, porque al caminar o moverse tenía fricción, esa es una de las razones por las que la EPS no fue diligente en la atención; luego, en noviembre de 2014, acudió a la IPS Córdoba de urgencias, el dolor era insoportable, lo atendieron, le tomaron radiografía, le suministraron suero; había unas ampollas, no estaban heridas, no habían estallado y uno de los médicos hizo una incisión para drenarla, como había pasado tanto tiempo no había para drenar; al parecer el cuadro infeccioso que había, ya estaba solidificado por el tiempo que había pasado, seis meses; y le dejaron dos (2) heridas abiertas, con una gasa y lo remitió al médico general con carácter de urgencia y que hiciera una reconsulta y como ya había tenido consulta con especialistas, no tenía que volver a médico general; el médico general al ver su estado y que estaba con olor desagradable, se asustó y lo remitió donde un médico, al Sagrado Corazón; cuando lo vio este médico se asustó por el estado en que se encontraba, fue una cita priorizada que la misma EPS le había dado; lo remitió para ingreso a la clínica, no lo logró, instauró una tutela; por último, optó como medida e hizo una campaña por internet con mucho éxito, basado en los hechos y tuvo más de 4.600 firmas y un día después, la EPS se comunicó; primero ofreció disculpas, que realmente había unos malos manejos,

que ya estaban pendientes de su caso; para su sorpresa lo llamó el Director de la Clínica Las Vegas, que ya estaba lista la habitación, que lo estaban esperando, que ya tenía listas todas las especialidades; este día tenía el último examen de su carrera, que tenía interés en presentarlo y que el problema del grado no le importaba como se diera y le dijo que no había problema; se fue listo para salir del examen al hospital, fue hospitalizado desde el 17 de diciembre de 2014, hasta febrero de 2015 y, llegó con una fístula o herida abierta y, por esas características se hace probable que la infección sea por la exposición de la herida al medio ambiente; le hicieron lavado y encontraron una bacteria y como era agresiva estuvo hospitalizado por 46 días; de ahí por qué afirma que la EPS no fue diligente en la gestión; cuando le dieron de alta lo enviaron a rehabilitación para fortalecer el tobillo y volver a la normalidad a lo que quedaba de esa articulación, porque hubo que cortar un pedacito; todo iba bien, pero en el transcurso de dos meses colapsó y se torció el pie y el dolor era más insoportable que antes y no podía asentar el pie; ahora la medida fue buscar en la ciudad la participación de una junta de pie y tobillo; en la junta de médicos determinaron que lo indicado era poner el fijador externo para volver el pie a lo normal; se programó la cirugía para octubre 15 de 2014, y se puede observar que pasó mucho tiempo en las atenciones y por el tiempo considera que puede empeorar la evolución de la patología; ese día estaba en el quirófano a punto de ser sedado y la Dra. Paula angustiada le comenta que no se va a poder realizar la cirugía porque el laboratorio externo que proporcionó el fijador no lo envió y no estaba en el inventario para la cirugía, entonces se cancelaba; su labor fue loable y lamentaba que esa misma semana se iba a ir a trabajar a otra clínica; la decisión era remitirlo a uno de los médicos que había estado en la junta; lo remitió a la Clínica del Sagrado Corazón, pero no fue posible porque la EPS no tenía contrato con ellos; ese mismo día terminó toda la intervención de la Clínica Las Vegas. A la final fue remitido a la Clínica Antioquia, lo intervinieron, salió en muletas y en mitad de 2017, se podía mover por sus propios medios; presenta problemas para desplazarse y no puede estar parado 15 minutos; 4 o 5 años durante el tiempo de recuperación fue una etapa improductiva, la movilización con el fijador lo limitaba para el desplazamiento, a lo que se agrega la geografía de la ciudad que no le ayudaba; lleva dos años y medio caminando cojo, pero caminando por su propia cuenta; al responder el interrogatorio formulado por la IPS Suramericana, afirmó que en Brasil no se le hizo fisioterapia; el tobillo no fue inmovilizado; sobre su estado de salud en Brasil informa que recién ocurrió la lesión no fue una molestia, fue escalando; transcurrió alrededor de cuatro (4) semanas donde la molestia no le permitía desplazarse por sus propios medios.

Se recibió el testimonio del médico Jairo Eduardo Salinas Suárez, quien explica que el esguince es un trauma del tejido blando, no óseo, que generalmente se lesionan los ligamentos; que el tratamiento es la inmovilización y que busca rehabilitar esos ligamentos para que no quede una inestabilidad crónica en el tobillo; que el manejo ideal es la inmovilización para quitar el apoyo; la falta de inmovilización conlleva al esguince crónico, el diagnóstico desfavorece y puede requerir una o muchas cirugías.

Gustavo Adolfo Bacca Insuasty, médico ortopedista, en la declaración que rindió dijo que el diagnóstico fue provisional, que recuerda que el paciente no volvió y no sabe por qué; lo revisó en julio de 2014 y prescribió una bota y una media, procedimiento que recomendó y tenía por finalidad el reposo y no apoyo; en cuanto a las consecuencias de consultar tardíamente al médico, informa que de 1 a 7 días, en general no cambia el tratamiento, el tratamiento con posterioridad cambia; advierte que la infección por bacteria tiene varias hipótesis.

La médica Paula Andrea Valcarcel Rojas, médica ortopedista, con subespecialidad de pie y tobillo, quien intervino a Luis Felipe por la infección que presentó, precisa que el manejo es interdisciplinario con ortopedia, rehabilitación, terapia física e infectología; que el esguince de tobillo lo puede manejar el médico general, pero en las instituciones que cuenta con especialista lo maneja directamente el especialista; explica que la cirugía estaba enfocada en manejar lo que ya quedaba; el fijador no iba a recuperar la movilidad, ni el hueso ni la articulación, era obtener una mejor posición; poner el pie en una mejor posición para mejorar la marcha; si la cirugía se hacía en ese momento o unos meses después; finalmente, no iba a cambiar el resultado ni la evolución final; incluso, se hizo una junta de médicos en la que estuvo presente Luis Felipe en la que se tomó la decisión de realizar esa cirugía; todo está escrito en la historia clínica. En cuanto a la infección que presentó Luis Felipe, advierte en cuanto a que un esguince termine en una infección no lo ha visto, habría otra condición diferente, que para tener la infección se tuvo que romper la barrera protectora, la piel; que hubiera tenido una herida en el pie que no aparece consignado.

La demandada Inversiones Médicas de Antioquia S. A. – Clínica Las Vegas, aportó el siguiente dictamen pericial, decretado por el Juzgado en auto del 3 de diciembre de 2019, advirtiendo que en su debida oportunidad sería valorado y negó la citación

de la perita médica a solicitud de quien aportó la prueba, porque la citación tiene lugar cuando la contraparte lo solicita como lo dispone el art. 228 del C. General del Proceso.

Luego de hacer una síntesis de la historia clínica del paciente Luis Felipe Ortiz Clavijo, a partir 16/12/2014, explica que *“La osteomielitis es la infección de un hueso. Lo más frecuente es que la infección esté causada por bacterias. La osteomielitis supone la producción de material inflamatorio dentro del mismo hueso, pus y si no se controla, la destrucción del mismo hueso y el paso de la infección a los tejidos blandos que lo rodean o al exterior por fistulas (1). Para el caso del Sr. Ciro, llamo la atención que se tratara de un germen poco frecuente por lo que ameritaba descartar cualquier patología sistémica que significara un riesgo para ser infectado por gérmenes atípicos.*

“La osteomielitis por contigüidad se produce porque el microorganismo llega al hueso cuando ya está infectado los tejidos vecinos, a través de heridas penetrantes o fracturas abiertas. Suelen diagnosticarse al cabo de varias semanas o meses, es decir, cuando ya son infecciones crónicas (1), la otra vía es hematógena la cual el germen circula en la sangre y se localiza y ubica en un sitio cualquiera del organismo.

“En la atención proporcionada al paciente se identificaron las conductas recomendadas y aceptadas en los protocolos internacionales y nacionales para el manejo de las infecciones osteo-articulares (como los lavados y desbridamientos, curetajes óseos, toma de cultivos para aislamiento del germen y la antibiótico-terapia dirigida”.

Así mismo, en las respuestas a las preguntas sobre los puntos que debía emitir el concepto técnico, advirtió que el manejo que para la infección se dio en la Clínicas Las Vegas son los recomendados y fueron adecuados; según la historia clínica los procedimientos realizados al paciente estaban indicados y fueron adecuados; finalmente, recalca que las conductas del equipo médico de la Clínicas Las Vegas fue oportuna y adecuada y son las aceptadas por los protocolos nacionales e internacionales para el diagnóstico que presentaba el paciente.

Igualmente, la parte demandada trajo la historia clínica donde consta las atenciones que le han brindado las demandadas desde que regresó de Brasil, así como copia de la tutela que instauró y de las quejas ante la Superintendencia de Salud.

El examen del material probatorio permite colegir, que en efecto el señor Luis Felipe Ortiz Clavijo mientras caminaba sufrió una lesión de tobillo en Brasil, el 23 de febrero de 2014, que cuando regresó a la ciudad el tres (3) de junio de 2014, había transcurrido más de tres meses; así mismo se advierte que no recibió un tratamiento oportuno; incluso, él mismo en el interrogatorio afirmó que recién ocurrió no fue molestia pero que fue escalando hasta terminar en las dolencias con las que terminó en su estadía en Brasil, así mismo reconoció que no le hicieron fisioterapia ni el pie fue inmovilizado y, aunque justifica diciendo que cuando llegó a Colombia no tenía la infección ni el pie equino; si se advierte que durante el tiempo que estuvo en el exterior su estado de salud, a raíz de la lesión que padeció se agravó; él mismo, reconoce que el dolor se fue incrementado, no se podía mover; incluso, le impidió asistir a una cita médica por sus propios medios y tuvo que utilizar muletas y, su madre, la señora Martha Lucía Ortiz Clavijo, en la versión que rindió afirmó que llegó a Colombia en silla de ruedas.

En este sentido, los médicos que desfilaron por el proceso, afirman que esa lesión de esguince debe ser tratada inmediatamente, dentro de los siete primeros días a su ocurrencia generalmente no presenta problemas; en cambio, después del séptimo día, se convierte en un esguince crónico y puede requerir una o muchas cirugías; el tratamiento inicial consiste en la inmovilización del pie para que los tendones, que son los que se lesionan se recuperen.

De lo anterior se sigue que cuando el demandante regresó al país, ya la lesión se había agravado por la falta de un tratamiento oportuno y adecuado; incluso, se advierte que el demandante fue descuidado, fue así como él mismo afirmó que recién ocurrió la lesión no fue molestia y si bien tenía seguro y un contrato de asistencia en el exterior, que cubría esa lesión, lo cierto es que tampoco fue diligente; incluso, en última instancia por su propia cuenta pudo acudir al médico y, luego, obtener el reembolso de los gastos en que incurriera, afirmando que no disponía de recursos económicos, a pesar de que en el interrogatorio que absolvió también afirmó que para ese año 2014, obtenía ingresos superiores a los que obtenía para la fecha en que absolvió el interrogatorio por \$2.800.000.00 o

\$2.900.000.00 por consultorías; es más, el mismo reconoció que fue atendido en una hospital público, donde no tenía que pagar y precisó que los extranjeros que se encuentran legalmente en Brasil para las atenciones médicas tienen los mismos derechos que tienen los paisanos.

Ahora, frente a la negligencia de la EPS demandada, porque oportunamente no brindó las atenciones que requería; se advierte que frente a la intervención quirúrgica para el fijador externo para colocar el pie en su posición normal; si bien es cierto, que en la primera oportunidad que le programaron la cirugía no se pudo llevar a cabo porque el proveedor externo no había remitido el fijador y, de contera, fue necesario reprogramar la cirugía, la doctora Paula Andrea Valcarcel Rojas, fue determinante en indicar que en este caso esa demora en realizar el procedimiento no agravaba su situación; en cuanto a la infección que padeció y por la que fue intervenido en la Clínica Las Vegas, de la prueba allegada, se advierte que esta puede tardar en aparecer y, en todo caso, que la atención que le brindaron fue oportuna y adecuada como lo indica el dictamen pericial traído al proceso y, si bien, la IPS Córdoba, en las ampollas que presentaba le hicieron una incisión y que el demandante afirma que le dejaron la herida expuesta, apenas cubierta con gasa, lo cierto es que tampoco se acreditó que en ese procedimiento se presentó un error médico, con la capacidad de comprometer la responsabilidad de las demandadas; pues no se probó que esa herida fue la causante de la infección, pues esta se pueda presentar por varias causas como lo advirtieron los médicos que rindieron declaración.

No sobra recordar que las EPS directamente no prestan los servicios médicos de atención de sus afiliados; pues lo hacen a través de las IPS que contratan para el efecto, o quizás en determinados casos a través de otras entidades, para cuyo efecto, deben autorizar procedimientos, las prestaciones que se requieran y, en algunos casos, contratar servicios que requieran los afiliados en sus tratamientos que no prestan las IPS, lo que implica un trámite administrativo; bajo estas circunstancias en el proceso tiene que quedar establecido que se presentó una demora injustificada y que ésta ocasionó los daños, cuya reparación se reclama.

Sobre el particular, al proceso no se allegó prueba que diera cuenta de que en efecto, las demoras de las entidades prestadoras de los servicios de salud, fueron injustificadas y dieron lugar a los daños cuya indemnización reclama la parte demandante; a lo que se agrega, que se tiene que tener en cuenta que la lesión que

sufrió Luis Felipe Ortiz Clavijo en Brasil, se agravó durante su estadía en este país, hasta el punto que llegó al país en silla de ruedas, como viene de indicarse; incluso, el especialista en ortopedia, el Dr. Gustavo Adolfo Bacca, quien prescribió la bota para inmovilizar el pie, le ordenó la primera revisión a los quince días y en esta oportunidad, encontró que había mejorado pero aún no había obtenido la recuperación esperada, por lo que dispuso otra cita en un mes, advirtiendo que el paciente no volvió a las revisiones médicas, desconociendo las razones; incluso, en este sentido el mismo demandante en la demanda afirma que en la gestión para la segunda revisión se presentaron errores y que por la gravedad y por el poco interés del ortopedista, solicitó su cambio, lo que fue aceptado por la EPS; pero al conseguir cita con ellos, muchos médicos no lo podían atender porque tenían la agenda copada por tres y cuatro meses, lo que evidencia que fue su propia decisión la de cambiar de especialista, lo que dilató la atención y continuidad del tratamiento, agravando su situación; bajo estas circunstancias queda en entredicho la negligencia de que se acusa a las demandadas, la que tiene que estar debidamente probada; pero, para determinar si las demandadas con soporte en los cargos que se le formulan en la demanda, tuvieron alguna contribución en el agravamiento del estado de salud de extremo activo, luego de que regresó al país, se requiere prueba técnico-científica que diera cuenta con toda estrictez de esa contribución, así como su porcentaje, con miras a tasar la indemnización reclamada; la que no allegó, incumpliendo con la carga que le incumbía al tenor del art. 167 del C.G.P.

Como la parte demandante en el recurso de apelación es determinante en quejarse porque no hubo una debida valoración probatoria; que no se tuvo en cuenta pruebas como la testimonial, las quejas ante la superintendencia de salud, la acción de tutela y la historia clínica; es pertinente poner de presente, que así esta prueba documental acredite una demora en las atenciones, que no se cumplió con las reglas establecidas por la jurisprudencia constitucional en los tratamientos, como la oportunidad, continuidad e integralidad, por no constituir una prueba técnica, por si solas no son suficientes para acreditar el daño y la relación causal, para cuyo efecto, además se requiere de esa prueba como lo ha determinado con meridiana claridad la jurisprudencia, al puntualizar:

“En otras palabras, la histórica clínica, en sí misma, no revela los errores médicos imputados a los demandados. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son

especializados, se requiere esencialmente que las pruebas de esa modalidad demuestren la mala praxis.

“Existiendo en materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que “(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)”.

“Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedentemente inmediatamente citado, “(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)” (Corte Suprema de Justicia – Sala de casación civil, sentencia SC003-2018, del 12 de enero de 2018; Rdo. 11002-31-03-032-2012-00445-01).

Es pertinente precisar que las pruebas técnicas que se arrimaron al proceso no acreditan los elementos de la responsabilidad médica; al efecto, el dictamen que se trajo y examinó, en esencia está encaminado a determinar que los tratamientos que le realizaron al demandante en la Clínica las Vegas, con miras a superar el cuadro infeccioso que presenta, fue adecuado, oportuno y pertinente, sin que allí se advierta la existencia de errores y, mucho menos de que estos hubieran causado algún daño y, la prueba testimonial técnica, de médicos que prodigaron las atenciones al paciente, son determinantes en precisar que la falta de una atención oportuna y adecuada conllevaron al agravamiento de la lesión que padeció el demandante con las consecuencias sobrevinientes, sin que hubieran dado cuenta de errores o demoras que hubieran causado un daño en la salud del paciente.

Bajo estas circunstancias, como el demandante no tuvo una atención médica oportuna y adecuada en Brasil, donde se encontraba cuando sufrió la lesión antes de regresar a Colombina, tenía la carga de probar que las demandadas con su conducta contribuyeron en el agravamiento de los padecimientos que ya sufría cuando regresó al país el 3 de junio de 2014, indicando además el porcentaje o la

incidencia de éste, con miras a la tasación de los perjuicios pretendidos, carga que no cumplió el extremo activo como viene de ilustrarse.

Es pertinente precisar que la presencia de un error en la atención médica, por sí solo no es suficiente para generar responsabilidad, porque además ese error tiene que ser inexcusable para que se configure la culpa; la que por sí sola no es suficiente para generar una responsabilidad indemnizatoria; pues además tiene que ser culposo y causar un daño, todo lo cual también tiene que estar debidamente probado.

Frente a otras inconformidades de la recurrente, porque se tuvo en cuenta los testimonios técnicos de médicos especialistas que atendieron al demandante, cabe precisar que el vínculo que tienen con las demandadas, aunque puede afectar la imparcialidad del testimonio, no es una circunstancia que permita desechar la prueba; en cambio, lo que se exige al fallador es que lo examine con mayor rigurosidad y en forma conjunta con otros medios probatorios.

Por último, la recurrente se queja porque el Juzgado no decretó pruebas de oficio y no tuvo en cuenta la prueba dinámica; en cuanto a lo primero, se advierte que al demandante compete la carga de la prueba de los hechos de la demanda, para lo cual en ésta y, en las demás oportunidades consagradas legalmente debe aportar y solicitar las pruebas que estime pertinente y, en cuanto a lo segundo, si consideraba que estamos frente a un caso de prueba dinámica, oportunamente pudo solicitar la distribución de la carga probatoria, como lo autoriza art. 167 que viene de citarse, lo que tampoco hizo.

Lo dicho es suficiente para colegir que como no se probó la relación causal, resulta innecesario proseguir con el examen de los elementos axiológicos de la responsabilidad invocada, como la culpa de las demandadas, que de contera tampoco fue probada, lo que impone la confirmación de la sentencia de primer grado y, por sustracción de materia, no es necesario entrar en el examen de otros tópicos e inconformidades de la parte recurrente.

2.2.2. Conclusión: Como las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar, se confirmarán los numerales sexto y séptimo de la parte resolutive de la sentencia, así como la adición en cuanto condenó a los demandantes a pagar las costas de primera instancia a favor de las demandadas EPS y Medicina Prepagada

Suramericana S. A. “**EPS SURA**” y Servicios de Salud IPS Suramericana S. A. Se condenará a la parte recurrente a pagar las costas de segunda instancia a favor de las demandadas. Como agencias en derecho causada en segunda instancia, se fijará por el magistrado ponente DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$2.600.000,00) equivalentes a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes

IV. RESOLUCION

A mérito de lo expuesto, **LA SALA SEGUNDA DE DECISION CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLIN**, administrando justicia en nombre de la república de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

1. Por lo dicho en la parte motiva, se revocan los numerales primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, octavo y noveno de la parte resolutive de la sentencia de primer grado y, en su lugar, se niegan las pretensiones de la demanda.

2. Se condena a los demandantes a pagar las costas tanto en primera como en segunda instancia a favor de las demandadas **CHUBB SEGUROS S. A. y AXA ASISTENCIA COLOMBIA S. A.** Como agencias en derecho causada en segunda instancia, se fija por el magistrado ponente DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$2.600.000,00) equivalentes a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, que serán incluidas en la liquidación de primera instancia. Las de primer grado serán fijadas por la señora Juez a quo.

3. Se confirman los numerales sexto y séptimo de la parte resolutive de la sentencia, así como la adición en cuanto condenó a los demandantes a pagar las costas de primera instancia a favor de las demandadas **EPS. Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A. “EPS SURA” Y SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S. A.**

4. Se Condena a los demandantes a pagar las costas de segunda instancia a favor de las demandadas. **EPS. Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A. “EPS SURA” Y SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S. A.** Como agencias en derecho se fija por el Magistrado Ponente DOS MILLONES

SEISCIENTOS MIL PESOS (\$2.600.000,00) equivalentes a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, que se incluirán en la liquidación que en su momento realice el juzgado de primer grado.


5. Se ordena devolver la actuación al Juzgado de origen.

COPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados



LUIS ENRIQUE GIL MARÍN



MARTHA CECILIA LEMA VILLADA



RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ