

Medellín, 27 de agosto de 2025.

Señores,

Juzgado 60° Civil del Circuito de Bogotá.

E. S. D.

Proceso:	Verbal
Demandante:	Blanca Raquel Cárdenas
Demandado:	Caja de Compensación Familiar CAFAM
Radicado:	11001310300920210001100
Asunto:	Recurso de apelación

Valentina Olarte Flechas, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.105.792.466, portadora de la T.P. 419.223 del C. S. de la J., actuando en calidad de profesional inscrita de la sociedad de servicios jurídicos RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S., apoderada judicial de Chubb Seguros Colombia S.A (en adelante Chubb), en concordancia con lo dispuesto en el artículo 322 del Código General del Proceso, dentro del término oportuno interpongo recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado 60° Civil del Circuito de Bogotá, mediante providencia escrita publicada por estados el día 22 de agosto de 2025, dentro del proceso de la referencia, de conformidad con la siguiente estructura:

- I. Síntesis del litigio y trámite del proceso.
- II. El fallo recurrido.
- III. Reparos concretos frente a la sentencia de primera instancia.
- IV. Solicitud.

SECCIÓN I. SÍNTESIS DEL LITIGIO Y DEL TRÁMITE DEL PROCESO.

1. La demanda.

Los demandantes, encabezados por la señora Blanca Raquel Cárdenas y sus familiares, solicitaron que se declarara la responsabilidad civil contractual y/o extracontractual de la E.P.S. Famisanar S.A.S. y de la Caja de Compensación Familiar Cafam I.P.S. A su juicio, las entidades incurrieron en conductas negligentes consistentes en errores de diagnóstico, dilaciones injustificadas en trámites médicos y actuaciones contrarias a la *lex artis*, lo que derivó en un deterioro progresivo de la salud de la paciente y, finalmente, en la pérdida de su riñón izquierdo.

El reproche principal se centró en que, pese a la sintomatología persistente que la señora Cárdenas presentó desde 2009, las instituciones prestadoras omitieron ordenar y practicar exámenes diagnósticos oportunos, calificaron de manera inadecuada sus dolencias y no adoptaron medidas eficaces de prevención y tratamiento. Según los demandantes, esta cadena de omisiones generó un daño irreversible que obligó a la práctica de una nefrectomía radical en 2019.

Ana Isabel Villa Henríquez
Cel. 302 339 66 66
avilla@restrepovilla.com

Laura Restrepo Madrid
Cel. 311 321 82 10
lrestrepo@restrepovilla.com

En consecuencia, los actores reclamaron la condena al pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales. Dentro de los primeros, solicitaron el reconocimiento de lucro cesante y daño emergente; y dentro de los segundos, la indemnización por daño moral, daño a la salud y daño a la vida de relación, tanto a favor de la paciente como de sus familiares más cercanos, quienes alegan haber sufrido un menoscabo significativo en sus condiciones de vida a raíz del padecimiento.

2. Las contestaciones de la demanda.

La IPS Cafam se opuso a la prosperidad de las pretensiones, defendiendo la corrección de la atención médica brindada a la señora Blanca Raquel Cárdenas. Sostuvo que en ningún momento se ordenó la práctica de una histerectomía y que, por ende, no puede reprochársele un retardo en dicho procedimiento. Alegó además que la atención prestada se ajustó a los criterios médicos y a la *lex artis*, por lo que no se configuró falla alguna en el servicio. En su defensa propuso varias excepciones, entre ellas la ausencia de culpa, la falta de nexo causal entre sus actuaciones y la pérdida del riñón, el hecho de la víctima, el hecho de un tercero y la indebida tasación de perjuicios.

Por su parte, Chubb, llamada en garantía, también se opuso tanto a las pretensiones de la demanda como al llamamiento formulado. Frente a la demanda principal, señaló que la atención prestada por Cafam fue diligente, oportuna y adecuada, de modo que no podía hablarse de una condena indemnizatoria. Respecto del llamamiento, planteó la inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de la póliza de Responsabilidad Civil No. 12-44614, aclarando que, en todo caso, cualquier obligación eventual estaría sujeta a los valores asegurados y deducibles previstos contractualmente.

3. Trámite del proceso.

Después del trámite dado a la demanda, al llamamiento en garantía y a las respectivas contestaciones, se citó a las partes para la audiencia inicial contemplada en el artículo 372 del Código General del Proceso, la cual se llevó a cabo en varias sesiones que concluyeron el 25 de marzo de 2025.

Posteriormente, se citó a las partes para la audiencia de instrucción y juzgamiento prevista en el artículo 373 del C.G.P., que culminó el 5 de agosto de 2025. En ella se practicaron las pruebas decretadas, incluyendo los interrogatorios de parte, la contradicción de dictámenes periciales y la recepción de testimonios, y se concedió el uso de la palabra a los intervinientes para sus alegatos de conclusión. Finalizada la audiencia, el despacho anunció que haría uso de lo previsto en el artículo 373 *ibidem* para dictar sentencia por escrito dentro de los diez días siguientes, providencia que finalmente fue publicada por estados el 22 de agosto de 2025.

SECCIÓN II. EL FALLO RECURRIDO

Mediante providencia dictada el 21 de agosto de 2025, el Juzgado 60° Civil del Circuito de Bogotá declaró civil y solidariamente responsables a la EPS Famisanar S.A.S. y a la IPS Cafam por los perjuicios ocasionados a la señora Blanca Raquel Cárdenas, al considerar demostrado que durante varios años existió un retardo culposo en el diagnóstico y tratamiento de la hidronefrosis grado III que padecía, cuya detección tardía derivó en la práctica de una nefrectomía radical del riñón izquierdo en 2019. A juicio del despacho, la omisión en la orden oportuna de estudios diagnósticos y la desatención a los síntomas persistentes de la paciente constituyeron una negligencia determinante en la producción del daño.

En su análisis, el juzgado reiteró que la responsabilidad médica exige la concurrencia de daño, conducta culposa y nexos causal, elementos que se tuvieron por acreditados con las pruebas obrantes en el expediente. En consecuencia, desestimó las excepciones propuestas por las demandadas sobre ausencia de culpa, hecho de un tercero y falta de nexos causal. Resaltó que no se acreditó falla en relación con la histerectomía practicada en 2015, pero sí en la atención posterior, en la que la demora injustificada configuró la causa eficiente de la pérdida del riñón.

El despacho concluyó que Famisanar y Cafam incurrieron en una omisión culposa que afectó la integridad física, la salud y la vida de relación de la señora Blanca Raquel Cárdenas, razón por la cual condenó a las demandadas a indemnizarla por concepto de daño moral, daño a la salud y daño a la vida de relación, así como a reconocer a sus familiares más cercanos sumas por daño moral. En cambio, se negaron las demás pretensiones, en particular las relacionadas con el daño emergente y lucro cesante y con otros reclamantes.

Frente al llamamiento en garantía, el despacho consideró que la póliza No. 12-44614, suscrita entre Cafam y Chubb, se encontraba vigente para la fecha de la notificación del auto admisorio de la demanda (1º de marzo de 2021), por lo que la reclamación judicial resultaba oportuna dentro de la modalidad claims made. Preciso que el objeto del contrato amparaba los perjuicios derivados de responsabilidad civil profesional médica. En ese sentido, el despacho concluyó que se acreditaron los presupuestos contractuales y legales para acceder al amparo invocado.

En lo que respecta al llamamiento en garantía formulado frente a Allianz, el despacho concluyó que los hechos que dieron lugar a la condena se concretaron en el año 2019, por fuera de la vigencia de la póliza allegada, razón por la cual no se configuraban los presupuestos de cobertura. En consecuencia, resolvió desfavorablemente dicho llamamiento y negó la obligación de la aseguradora de concurrir al pago de las condenas impuestas.

SECCIÓN III. REPAROS CONCRETOS FRENTE A LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

El fallo de primera instancia debe revocarse, toda vez que, como quedó probado en el proceso, las pretensiones de la parte demandante no debieron prosperar, pues no se estructuraron en el caso los elementos necesarios para la responsabilidad extracontractual y, en consecuencia, ni la demandada Cafam., ni la llamada en garantía Chubb, debieron ser declaradas como responsables. Veamos:

1. **Incorrecta valoración de las pruebas – indebida aplicación de la carga de la prueba y ausencia de culpa médica por parte de Cafam.**
 - a. **Estándar aplicable y giro indebido de la carga de la prueba.**

En el presente asunto, el despacho desconoció la regla probatoria consagrada en el artículo 167 del Código General del Proceso, según la cual incumbe a la parte demandante demostrar los supuestos de hecho de la norma que invoca como fundamento de su pretensión. En materia de responsabilidad médica, esto implica que correspondía a los actores acreditar con medios idóneos la existencia de una conducta culposa concreta atribuible a la IPS Cafam, así como la relación de causalidad cierta, directa y actual con el daño finalmente alegado. No obstante, lejos de exigir ese estándar, el juez terminó trasladando de manera indebida la carga probatoria, fundando la condena en presunciones construidas a partir de vacíos que eran precisamente imputables a la parte demandante.

En efecto, la propia motivación de la sentencia admite que no existe trazabilidad del trámite de autorizaciones, ni registro de las gestiones adelantadas ante la EPS, ni constancia objetiva de la fecha, lugar o forma en que se solicitó la atención quirúrgica. Pese a reconocer esa ausencia de soporte, el despacho concluyó que la “inexcusable tardanza” en brindar una solución debía imputarse directamente a Cafam, lo cual constituye una clara inversión de la carga probatoria.

Este giro indebido del estándar probatorio desconoce la naturaleza subjetiva de la responsabilidad civil médica, que no admite sancionar a la institución por el simple transcurso del tiempo o por la ausencia de documentos en poder de la parte actora. La jurisprudencia ha señalado que el juez civil no puede suplir la carencia probatoria de la parte con conjeturas, ni convertir la narrativa de los hechos en prueba suficiente, sino que debe exigir la demostración fehaciente de la conducta culposa y de su nexo causal con el daño. Al no hacerlo, el fallo terminó configurando una suerte de responsabilidad objetiva por calendario, sin sustento normativo ni jurisprudencial.

Por lo anterior, resulta evidente que la decisión de primera instancia incurrió en un error trascendente de valoración probatoria y en una aplicación indebida de la carga de la prueba, lo que conduce a que la condena impuesta carezca de fundamento jurídico válido. En consecuencia, debe revocarse la declaración de responsabilidad frente a Cafam y, en lo que atañe a Chubb como llamada en garantía, decaer también cualquier pronunciamiento indemnizatorio derivado de la misma.

b. Omisiones probatorias y ausencia de culpa médica.

En línea con lo expuesto, la propia providencia reconoce que no existe huella ni trazabilidad del trámite de la autorización y de la gestión de la cita con y, aun así, concluye que la demora “se debió a la agenda y disponibilidad” y la imputa globalmente a las entidades demandadas. Ese tránsito desde la ausencia de soporte hasta la atribución de culpa por simple lapso temporal constituye un salto inferencial que no puede reemplazar la prueba que incumbía a la parte actora, teniendo en cuenta que la paciente recibía atención médica en diferentes instituciones prestadoras del servicio de salud.

El fallo, además, erige como eje de responsabilidad la “inexcusable tardanza” entre la remisión a urología y las atenciones posteriores, pero no identifica —porque el actor no lo acreditó— quién tenía el encargo efectivo de programar, desde cuándo, ante qué nodo de red, ni con qué disponibilidad real. De hecho, la sentencia arma la imputación a partir de una línea de tiempo (7 de septiembre de 2017 - 17 de abril de 2018 - 15 de agosto de 2018) para concluir, sin más, que el paso de los meses prueba la culpa de Cafam, cuando lo cierto es que el expediente no determina la competencia concreta de la IPS sobre la agenda o las autorizaciones en ese intervalo, la narrativa temporal, por sí sola, no supe la carga de demostrar el deber concreto incumplido.

Tampoco puede desconocerse que el interrogatorio del representante legal de la IPS —citado por el propio fallo— explica que las autorizaciones para consulta con especialista y exámenes las debe tramitar directamente la paciente con la EPS, lo cual sitúa la problemática en un trámite eminentemente administrativo, no en la esfera de control inmediato de la IPS o los galenos. Pese a ello, la sentencia omite ese matiz operativo y utiliza solo la porción que le resulta útil para derivar de allí una imputación directa a Cafam, sin probar que la IPS tuviera en ese período el poder de agenda o la ventanilla de acceso.

Más aún, el mismo despacho reconoce que la hidronefrosis fue diagnosticada oportunamente y que, en todo caso, la paciente recibió seguimiento por parte de los galenos de la institución. Esa constatación resulta incompatible con la idea de

una falla médica, pues evidencia que sí existió valoración clínica, vigilancia y manejo de la condición, aun cuando la cirugía fue realizada tiempo después. Si el órgano judicial admite que se detectó la patología y que hubo control posterior, mal puede derivar de allí una conducta culposa atribuible a Cafam, lo que surge es la ausencia de culpa médica, en tanto la institución cumplió con su deber de diagnóstico y de atención dentro de los estándares exigibles.

El propio desarrollo fáctico que la providencia declara no imputable a Cafam —v.gr., que nunca se ordenó histerectomía por sus galenos y que la intervención de 2015 fue por fuera de la red y a expensas de la paciente— confirma que el juez sí distingue cuando hay soporte clínico y cuando no lo hay; sin embargo, al pasar al capítulo de la hidronefrosis, abandona ese rigor y rellena con presunciones lo que el actor no demostró: asignaciones de red, órdenes efectivas, comunicaciones de EPS a IPS y radicados de autorización. Si la propia sentencia admite que no fue ordenada la histerectomía por Cafam, mal puede luego construir responsabilidad por “dilaciones” sin identificar previamente la fuente del deber y el momento a partir del cual la IPS quedó obligada a actuar.

En suma, el fallo suple con conjeturas tres vacíos que correspondía probar a la parte actora: (i) la trazabilidad del trámite (quién, cuándo, cómo y ante quién se gestionó la autorización y la cita); (ii) la competencia y deber concretos de Cafam dentro de la red en el periodo cuestionado (si la IPS era la encargada de programar y con qué disponibilidad real); y (iii) la conexión causal entre ese supuesto incumplimiento y el desenlace clínico. Y, de manera adicional, desconoce que el mismo expediente da cuenta de la ausencia de culpa médica, al quedar acreditado que la hidronefrosis fue detectada y que la paciente recibió seguimiento de los profesionales de Cafam. Sin esos soportes, la imputación por “tardanza inexcusable” no pasa de ser una presunción judicial por calendario, incompatible con el estándar del artículo 167 CGP y con la exigencia de identificar y probar el deber omitido en hipótesis de responsabilidad por omisión.

c. Deficiencias del dictamen pericial, usencia de nexo de causalidad y lectura sesgada del interrogatorio de parte.

El fallo de primera instancia se apoyó de manera concluyente en un dictamen pericial que no satisface las condiciones mínimas de idoneidad ni de solidez técnica requeridas para estructurar responsabilidad civil médica. El perito no es especialista en urología ni en disciplinas afines al caso, lo que limita de entrada su capacidad para emitir juicios concluyentes sobre la evolución clínica de la hidroureteronefrosis y sus alternativas de manejo. Además, como se puso de presente en la audiencia, el experto admitió carencias en la información analizada y la imposibilidad de allegar soportes trazables de los insumos y criterios empleados, lo cual redujo su dictamen a un compendio de apreciaciones sin sustento verificable.

Incluso, el mismo perito reconoció que la hidronefrosis es una enfermedad de evolución lenta y que el grado III diagnosticado en 2017 no implicaba necesariamente pérdida irreversible del riñón, salvo que progresara a grados más avanzados por falta de resolución oportuna. A ello se suma que, conforme a la historia clínica, no se evidenció variación sustancial del diagnóstico inicial de grado III hasta la última atención registrada por los médicos de Cafam, quienes cumplieron con el deber de detectar, remitir y ordenar los estudios pertinentes. Dicho de otro modo, el propio material probatorio confirma que no existió error diagnóstico ni omisión asistencial por parte de la IPS, sino un curso natural de la enfermedad hasta su desenlace.

Pese a estas limitaciones, la sentencia confirió valor absoluto al dictamen, sin explicar por qué las inconsistencias advertidas no debilitaban su fuerza convictiva. Ese proceder desconoce la sana crítica y el estándar probatorio aplicable en responsabilidad médica, en donde la carga recae sobre el actor para demostrar, con prueba fehaciente, el nexo causal.

Además, el peritaje omitió aspectos esenciales, pues no identificó con precisión qué deber concreto se habría incumplido por parte de Cafam, ni desde cuándo se hizo exigible; tampoco desarrolló un juicio contrafáctico que permitiera establecer cómo habría variado el desenlace clínico con una atención más temprana. La imputación se basó únicamente en una secuencia cronológica de atenciones, lo que equivale a construir una causalidad aparente, sin correlación con órdenes médicas, asignaciones de red o disponibilidad real de servicios.

A lo anterior se suma la indebida valoración del interrogatorio rendido por el representante legal de la EPS. El despacho tomó apartes aislados en los que el declarante manifestó no tener conocimiento sobre determinados trámites, pero omitió aclarar que esas respuestas se referían al procedimiento administrativo de la EPS y no a la actuación de la IPS. El testimonio fue claro en señalar que las autorizaciones para consultas con especialistas y exámenes son tramitadas directamente por el paciente ante la EPS, y que la gestión puede recaer en una u otra entidad según el modelo de contratación. Esa precisión fue ignorada en la sentencia, que seleccionó solo el fragmento útil para derivar una imputación directa a Cafam, sin prueba de que esta tuviera en el periodo cuestionado la competencia para programar o garantizar la atención.

En conjunto, la utilización acrítica de un peritaje débil y la lectura fragmentaria del interrogatorio demuestran que el fallo suplió con presunciones lo que el actor no demostró: el incumplimiento de un deber exigible por parte de Cafam y su conexión causal con el daño.

2. Excesiva e indebida tasación de perjuicios extrapatrimoniales.

La responsabilidad civil, en el marco de la jurisdicción ordinaria, tiene por finalidad restablecer a la víctima en una situación análoga a la que se hallaba antes del hecho dañoso, en aplicación del principio de reparación integral. No obstante, tal como lo ha advertido la Corte Suprema de Justicia, esta función resarcitoria no puede desbordarse hasta convertirse en una fuente de enriquecimiento injustificado para la parte actora, sino que debe circunscribirse a los perjuicios efectivamente acreditados y tasados con criterios de proporcionalidad y razonabilidad.

En esa medida, la tasación del daño moral efectuada en el fallo recurrido resulta excesiva frente a los parámetros que ha venido consolidando la jurisprudencia civil en materia de responsabilidad médica, donde se han reconocido límites menores en supuestos de lesiones similares. No se discute la procedencia del reconocimiento de un perjuicio moral, en caso de que resulten procedentes las pretensiones, sino que el *quantum* fijado por el *a quo* se aparta de la línea trazada por la Corte, desconociendo la necesaria correspondencia entre la entidad del daño y la extensión de la indemnización.

De igual manera, los montos reconocidos a los familiares de la demandante carecen de la moderación que la jurisprudencia ha exigido en eventos de lesión, mas no de muerte o invalidez catastrófica. Si bien puede presumirse una afectación moral por repercusión, el reconocimiento debe hacerse dentro de límites estrictos y razonables, evitando la duplicidad y las sobrecompensaciones que desnaturalizan la función resarcitoria del derecho de daños.

También se incurre en un indebido doble cobro al reconocer, además del daño moral, un perjuicio autónomo por “daño a la salud”, sin especificar en qué consiste la afectación distinta a la ya indemnizada bajo la primera categoría. En la práctica, lo que se hace es extender de manera artificiosa el daño moral, desconociendo el principio de reparación en la medida del daño y desvirtuando la naturaleza estrictamente resarcitoria de la responsabilidad civil.

Cabe precisar que el reconocimiento del daño a la salud como categoría independiente fue acogido por la Corte Suprema en la sentencia SC072-2025, pero únicamente en un escenario de invalidez grave y secuelas irreversibles que comprometían de forma integral la vida del afectado. Pretender su aplicación al caso en estudio, donde no se acreditan afectaciones de esa entidad, desborda el alcance de dicha doctrina y carece de justificación.

Además, este perjuicio, por su propia naturaleza, exige una prueba concreta sobre los gastos médicos, tratamientos o atenciones adicionales que la víctima deba asumir. En el presente proceso no se allegó elemento probatorio alguno que demuestre la necesidad de terapias, medicamentos o erogaciones permanentes para la señora Cárdenas. La condena, por tanto, se impuso sin soporte probatorio y en abierta contradicción con la exigencia de prueba plena que impone el artículo 167 del Código General del Proceso.

Por último, resulta necesario precisar que la liquidación de los perjuicios se realizó de manera errónea, al tomar como base el valor de \$1.623.500, cifra que corresponde a la suma del salario mínimo legal mensual vigente con el auxilio de transporte. Sin embargo, para efectos de condenas judiciales expresadas en SMLMV, la única base aplicable es el salario mínimo legal mensual vigente, fijado en \$1.423.500 para 2025 mediante Decreto 1572 de 2024, mientras que el auxilio de transporte constituye una prestación diferente y condicionada, que no integra el concepto de salario. En consecuencia, la condena debió calcularse únicamente con el salario mínimo, lo cual arroja un total de \$398.580.000 en lugar de los \$454.580.000 liquidados en la providencia, generando un exceso de más de \$56.000.000 que debe ser corregido.

3. Desconocimiento del régimen del contrato de seguro – Ausencia de acto médico erróneo e improcedencia del llamamiento en garantía por exclusión de actos administrativos.

La Caja de Compensación Familiar Cafam, en calidad de tomador y asegurado, suscribió con la aseguradora que represento el contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, instrumentado en la Póliza No. 12-44614, contratada bajo la modalidad *claims made*, para la vigencia comprendida entre el 1 de marzo de 2020 y el 15 de marzo de 2021, con fecha de retroactividad fijada en diciembre de 2009.

Así mismo, es preciso señalar que el objeto de dicha póliza se circunscribe exclusivamente al amparo de los perjuicios derivados de la responsabilidad civil por actos médicos erróneos en la prestación de los servicios profesionales de salud a cargo de médicos, paramédicos, auxiliares, laboratoristas o personal asimilado, siempre que dichos actos se hubieran cometido dentro del periodo de retroactividad y que la reclamación se presentara durante la vigencia contractual.

De acuerdo con las definiciones dadas en la póliza, el acto médico se define como: **“conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el Asegurado y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos. Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos**

médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.” Y por acto médico erróneo, se entiende: “... cualquier Acto Médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Profesionales prestados por el Asegurado y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del Asegurado.” (Ver cláusula 26, literal a y b, de las condiciones generales de la póliza).

Ahora bien, la sentencia afirma:

(...) Como se indicó anteriormente, el acto u actos médico(s) erróneo(s) tiene una línea temporal de tracto sucesivo cuyo extremo inicial fue el 5 de julio de 2017, data en que, entre otros, se ordenó a la demandante la práctica de “881332.00 - ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)”, mientras que, el final se constituye en el resultado de la intervención quirúrgica del 9 de febrero de 2019. Luego entonces, se cumplen los requisitos contractuales y legales para acceder al amparo solicitado en el llamamiento en garantía en el marco de la cláusula Claims Made (...).”

Con base en ese razonamiento, el despacho consideró que existía un acto médico erróneo de tracto sucesivo desde la orden de la ecografía en julio de 2017 hasta la práctica de la nefrectomía en febrero de 2019. Sin embargo, esa conclusión parte de una premisa equivocada, pues confunde la simple sucesión temporal de atenciones con la existencia de un conjunto de procedimientos clínicos reprochables, la propia póliza delimita el acto médico a diagnósticos, tratamientos, prescripciones, procedimientos quirúrgicos y demás actos clínicos propiamente dichos, y el acto médico erróneo a aquellos defectuosos o realizados con impericia o falta de cuidado y nada de ello se acreditó en el caso.

El propio fallo, al hacer el recuento de la historia clínica, reconoce que los médicos tratantes de Cafam diagnosticaron oportunamente la hidroureteronefrosis grado III, ordenaron las ecografías de vías urinarias y solicitaron los laboratorios y ayudas diagnósticas correspondientes. También dejaron constancia de la necesidad de controles y de la remisión a urología y de la remisión a una clínica de mayor nivel para la realización de la cirugía. Esto demuestra que, en lo que correspondía a la esfera clínica, hubo atención diligente y ajustada a la *lex artis*, sin que pueda hablarse de error diagnóstico ni de omisión asistencial.

Así lo recoge expresamente la sentencia al señalar que:

“El 17 de abril de 2018, el urólogo Óscar Ambrosio Suárez Rodríguez, adscrito a la I.P.S. Cafam, planteó como diagnóstico principal ‘N133 otras hidronefrosis y las no especificadas’ (...) se realiza eco de vías urinarias 30-8: Hidroureteronefrosis izquierda grado III (...). Se ordenaron creatinina en suero, uroanálisis, urocultivo y tomografía computada de vías urinarias, además de control por urología”.

De igual forma, el 15 de agosto de 2018 la uróloga Catalina Sánchez Basto, también adscrita a Cafam, dejó trazabilidad del diagnóstico de “*hidronefrosis izquierda grado III (...) hidroureteronefrosis con importante adelgazamiento del parénquima renal*” y ordenó la gamagrafía renal con remisión a III nivel “*para manejo según resultados, nefrectomía simple laparoscópica vs reconstrucción ureteral*”. Adicionalmente, para este momento, el diagnóstico inicial no presentaba variación por lo que no puede afirmarse que en este lapso existiera una complicación adicional.

En este punto es importante subrayar que las instituciones prestadoras de salud no solo desarrollan actividades clínicas a través de su personal médico, sino también múltiples gestiones administrativas indispensables para la operación del servicio: programación de procedimientos, autorizaciones, trámites de referencia y contrarreferencia, compras y funciones empresariales de apoyo.

La póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. 12-44614 fue concebida para cubrir únicamente los errores en la prestación médica asistencial; es decir, fallas en diagnósticos, prescripciones, tratamientos o procedimientos clínicos. No extiende su amparo a las tareas de soporte institucional. Por el contrario, delimita con claridad que las actuaciones administrativas se encuentran fuera del riesgo asegurado, al incluirlas expresamente dentro de las exclusiones.

Es así como, de conformidad con el principio plasmado en el artículo 1056 del C. Co., las partes acordaron expresamente excluir de cobertura aquellos:

“Exclusiones Adicionales

(...) Reclamos presentadas (sic) por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referentes a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con managed care e&o” (Exclusiones adicionales, condiciones particulares)

En consecuencia, aunque se verificó la existencia de la póliza y la presentación de la reclamación dentro de la vigencia y retroactividad pactadas, el hecho generador de la condena no corresponde a un acto médico erróneo amparable, sino a una supuesta dilación administrativa en trámites de autorizaciones y programación de procedimientos, expresamente excluida de la cobertura conforme a las condiciones particulares. Extender la condena a Chubb en estas circunstancias equivale a desnaturalizar el contrato de seguro, ampliando el riesgo asegurado más allá de lo expresamente convenido por las partes, en contravía del principio de especialidad del artículo 1056 del Código de Comercio.

4. Desconocimiento del régimen del contrato de seguro – indebida aplicación del deducible y desconocimiento de los límites de cobertura.

En relación con el amparo básico de responsabilidad civil médica de la Póliza No. 12-44614, celebrada entre Cafam y Chubb, el contrato delimitó expresamente los valores asegurados y los deducibles aplicables:

- i. El valor asegurado corresponde a un límite de COP \$10.000.000.000 para actos médicos anteriores al 1 de enero de 2016 y COP \$12.000.000.000 para actos médicos posteriores a dicha fecha.
- ii. Se estableció un deducible equivalente al 10% de los perjuicios **con un mínimo de COP \$100.000.000** para todos y cada uno de los reclamos. Esto significa que, en cualquier evento, la IPS debe asumir al menos esa suma mínima como porción de la condena.
- iii. El valor asegurado se reduce con ocasión de otros siniestros pagados durante la misma vigencia.

Pese a lo anterior, la sentencia aplicó de manera errónea el deducible, calculándolo únicamente sobre la base del 10% de la condena (\$454.580.000), sin tener en cuenta que la póliza fija como mínimo COP \$100.000.000. Con ello, desconoció el

contenido contractual y terminó imponiendo a Chubb una condena superior a la que corresponde conforme a los términos expresamente convenidos

Debe resaltarse que la voluntad de las partes al pactar un deducible mínimo busca justamente garantizar que, ante cualquier reclamación, la clínica asegurada participe en la asunción del riesgo en una proporción significativa. No es jurídicamente posible reducir ese monto mínimo, pues forma parte de la delimitación esencial del contrato y constituye una carga económica que Cafam debe asumir siempre.

Incluso si se admitiera que la condena recae sobre un siniestro cubierto —lo cual se niega—, el fallo incurrió en un vicio sustancial al inaplicar la cláusula del deducible mínimo de COP \$100.000.000, trasladando a la aseguradora una obligación que contractualmente corresponde al asegurado.

Por último, se resalta que el llamamiento en garantía es el medio procesal dispuesto para el ejercicio de la pretensión revésica, es decir, para exigir de otro un derecho legal o contractual al “...*el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso ...*” (resalto), de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del CGP. Por tanto, no podrá condenarse a Chubb Seguros Colombia S.A. a pagar directamente la indemnización a los demandantes, sino a reembolsarle al asegurado lo que este tenga que pagarles a los demandantes, ello dentro de los términos y condiciones acordados en la póliza.

5. Excepción frente a la distribución de la condena.

La sentencia resulta confusa y contradictoria, pues en su numeral tercero condena solidariamente a la EPS Famisanar y a la IPS Cafam, pero en el numeral cuarto dispone que Cafam debe reembolsar el 100 % de lo pagado por la EPS, como si esta última no tuviera responsabilidad efectiva. Esta forma de redacción desconoce la regla del artículo 2344 del Código Civil, que prevé solidaridad frente al acreedor, pero exige determinar la contribución interna de los deudores.

Chubb solo garantiza la responsabilidad de Cafam, no de la EPS. Por ello, la aseguradora no puede ser llamada a responder por la totalidad de la condena, pues equivaldría a extender la cobertura a un tercero no asegurado. En ausencia de una delimitación expresa, debe entenderse que la responsabilidad se distribuye en partes iguales (50 % cada una), de manera que la aseguradora únicamente estaría llamada a cubrir la porción que corresponda a su asegurada.

En consecuencia, el fallo debe corregirse en segunda instancia, precisando el porcentaje de condena atribuible a la EPS y a la IPS, de modo que la obligación de Chubb se limite a la participación de Cafam, conforme al principio de relatividad del contrato de seguro y a la propia estructura de la solidaridad.

SECCIÓN IV. SOLICITUD

Por las razones anteriormente expuestas, respetuosamente solicito:

1. Que se conceda el recurso de apelación en contra de la sentencia del 22 de agosto de 2025 proferida por el Juzgado 60° Civil del Circuito de Bogotá, dentro del proceso ordinario de responsabilidad civil de la referencia.

2. Que, en segunda instancia, se revoque la decisión recurrida y, en su lugar, se desestimen las pretensiones de la demanda, por no haberse demostrado en debida forma los presupuestos de la responsabilidad civil médica imputable a la Caja de Compensación Familiar Cafam.
3. Subsidiariamente, en el remoto evento de confirmarse la sentencia condenatoria en contra de Cafam, que se efectúe un análisis integral de las definiciones, amparos, exclusiones y condiciones económicas de la Póliza No. 12-44614 suscrita con Chubb, reconociendo que:
 - Los hechos que sirvieron de fundamento a la condena no configuran un **acto médico erróneo** sino un trámite administrativo expresamente excluido del objeto asegurado.
 - En todo caso, debe aplicarse el **deducible mínimo de COP \$100.000.000** pactado en la póliza, así como la reducción de la suma asegurada por otros siniestros pagados en la misma vigencia.

Atentamente,



Valentina Olarte Flechas.

C.C. 1.105.792.466

T.P. 419.223 del C. S. de la J