

Señores:

TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL CAUCA

stadmcauca@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN
RADICADO: 19001-23-33-004-2019-00284-00
MEDIO DE CONTROL: REPETICIÓN
DEMANDANTE: HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E
DEMANDADO: LUIS HUMBERTO MARTÍNEZ GÓMEZ
LLAMADO EN GTÍA.: HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.)

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con cédula de ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado de **HDI SEGUROS COLOMBIA S,A, (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.)** mediante el presente escrito procedo a **REASUMIR** el poder a mi conferido en el proceso de la referencia, y a presentar dentro del término legal, los **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**; solicitando desde ya, se profiera sentencia favorable a los intereses de mi representada, negando las pretensiones de la demanda por no haberse acreditado los presupuestos para la procedencia de la acción de repetición con fundamento en los argumentos que concretaré en los acápites siguientes.

I. OPORTUNIDAD.

El día 27 de marzo de 2025 se celebró audiencia de pruebas en la cual de acuerdo a lo dispuesto en el inciso final del artículo 181 de la Ley 1437 de 2011, se prescindió de la celebración de la audiencia de alegaciones y juzgamiento y por tal motivo se corrió traslado por el término común de diez (10) días para que las partes presentaran alegatos de conclusión. Cuyo decurso comenzó el día 28 de marzo y finaliza el día 10 de abril de 2025, por lo que el presente escrito se radica dentro del término procesal correspondiente.

II. FRENTE A LO PROBADO EN LA DEMANDA

A. AUSENCIA DE PRUEBAS QUE DEMUESTREN EL DOLO O LA CULPA GRAVE DEL MÉDICO LUIS HUMBERTO MARTÍNEZ GÓMEZ, COMO REQUISITO INDISPENSABLE PARA LA PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE REPETICIÓN – IMPROCEDENCIA DE PRESUNCIÓN DE CULPA GRAVE

La entidad demandante, Hospital Susana López de Valencia E.S.E., sostiene que la presunta culpa grave atribuible al médico Luis Humberto Martínez Gómez radica en la omisión o transgresión de lo dispuesto en la Ley 23 de 1981 y la Resolución No. 1995 de 1999. Aduce que el profesional no valoró adecuadamente a la menor Lorena Patricia Erazo (q.e.p.d.), omitiendo considerar su entorno con el propósito de diagnosticar la enfermedad, sus características

individuales y ambientales, y adoptar las medidas curativas y de rehabilitación pertinentes. Asimismo, señala que el médico no empleó los métodos ni los medicamentos disponibles o al alcance, y que incumplió de forma grave sus deberes profesionales y administrativos al omitir la atención médica de una paciente menor de edad, lo que habría derivado en su fallecimiento y, en consecuencia, en el pago de una sentencia condenatoria a cargo del Hospital dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 19001-23-31000-2004-00699-01.

No obstante, tales afirmaciones no se encuentran acreditadas en el expediente. Las pruebas allegadas al proceso no evidencian ninguna conducta dolosa ni gravemente culposa por parte del médico Luis Humberto Martínez Gómez. Por el contrario, ha quedado demostrado que la atención médica brindada a la señorita Lorena Patricia Erazo Ortega (q.e.p.d.) fue oportuna, diligente y se ajustó a los principios de la *lex artis* médica.

Antes de analizar el caso concreto, es importante precisar que para que una acción de repetición tenga éxito, es importante que se cumplan con los siguientes presupuestos establecidos por la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado:

“i) la existencia de condena judicial o acuerdo conciliatorio que imponga una obligación a cargo de la entidad estatal correspondiente; ii) el pago de la indemnización por parte de la entidad pública; iii) la magnitud del detrimento patrimonial que se reclama del demandado y su fundamento, puesto que no en todos los casos coincide con el valor impuesto en la condena; iv) la calidad del demandado como agente o ex agente del Estado demandado para la fecha en que ocurrieron los hechos que dieron lugar a la condena patrimonial en contra de la Administración; **v) la culpa grave o el dolo en la conducta del demandado; vi) que esa conducta dolosa o gravemente culposa hubiere sido la causante del daño antijurídico¹”.**

(Énfasis propio)

En sentencia de octubre del año 2021, sobre la presunción de culpa la Sección Tercera del Consejo de Estado determinó:

“[A]un cuando la Ley 678 de 2001 estableció que se presume la culpa grave en los eventos de “infracción directa a la Constitución o a la ley o de una inexcusable omisión o extralimitación en el ejercicio de las funciones”, lo cierto es que, en este caso, el supuesto de hecho que da lugar a la presunción no se estructuró, ya que los medios de convencimiento no dan lugar a tal conclusión y, por ende, ante la falta de demostración de los hechos en que se funda la presunción, no hay lugar a declarar probada la estructuración de la culpa grave en el actuar del señor (...), por lo que la Sala revocará la sentencia de instancia y, en su lugar, dispondrá negar las pretensiones de la demanda²”.

Esa misma sentencia recalcó que la labor probatoria es del demandante, así:

[D]ada la dificultad probatoria que suponía la demostración de la culpa grave o el dolo en los

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A (2015), Radicado: 66001-23-31-000-2006-00751-01 (38294), C.P. Hernán Andrade Rincón

² Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A (2021), Radicado: 81001-23-33-000-2014-00084-01 (56313), C.P. José Roberto SÁCHICA Méndez, Octubre 22.

juicios de repetición bajo el régimen anterior (Código Contencioso Administrativo y en lo relacionado con el dolo y la culpa grave, el Código Civil), el legislador decidió acudir a las denominadas presunciones iuris tantum y las consagró en los artículos 5 y 6 de la Ley 678 de 2001, con miras a dotar de mayor efectividad a esta herramienta de carácter patrimonial a favor del Estado. Este tipo de presunciones, también llamadas legales, califican la conducta del demandado como dolosa o gravemente culposa, siempre que se demuestre el hecho fundante de la presunción que está claramente definido en la ley, pero al ser situaciones que admiten prueba en contrario, son susceptibles de ser desvirtuadas a través de los medios que el demandado estime pertinentes. Así, entonces, dichas presunciones inciden en la distribución del onus probandi en los juicios de repetición, pues a diferencia del régimen anterior, el cual seguía la regla general que imponía al interesado la carga de probar la estructuración del dolo la culpa grave, en los términos del Código Civil, ahora, dicha carga es más llana, en tanto se traduce en el deber de acreditar una condición fáctica que hace presumir la respectiva calificación subjetiva objeto de reproche, mientras al demandado le asistirá entonces el deber de controvertirla.

Ahora, sobre las conductas que tienen dimensión de ser reprochadas, en reciente sentencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado se estableció:

“Solo las conductas probadas o que presuntamente ostenten un grado sumo de gravedad, tienen la capacidad de comprometer el patrimonio de quien así ha obrado; no en vano el artículo 90 constitucional estableció este requisito como presupuesto sine qua non de la prosperidad de la acción repetición. Así las cosas y dada la ausencia de cargo, argumento y prueba sobre la conducta endilgada, estima la Sala que no puede imponérsele a la entonces Fiscal [...] el deber de reembolsar la suma que el ente acusador pagó a título de indemnización³”.

En este contexto, resulta fundamental precisar lo siguiente:

Ha quedado debidamente demostrado que el día primero de abril de 2002, el Dr. Luis Humberto Martínez Gómez, médico general con más de 23 años de servicio en el Hospital Susana López de Valencia, prestó atención médica a la joven Lorena Patricia Erazo Ortega (q.e.p.d.), quien ingresó al área de choque acompañada por la Policía Nacional. Aunque esa área no estaba bajo su responsabilidad directa ese día, el médico, ante la ausencia de la titular de turno, accedió solidariamente a brindar atención de urgencia.

En audiencia de pruebas llevada a cabo el 12 de febrero de 2025, el médico Luis Humberto Martínez, explicó que, aunque no estaba de turno en esa área, atendió el llamado del auxiliar de enfermería Javier Nieto debido a la ausencia de la profesional encargada. Al llegar, encontró a una paciente joven con dolor abdominal, acompañada por una mujer que se identificó como menor de edad, aunque posteriormente se verificó que tenía 19 años. Ambas insistieron únicamente en la aplicación de una inyección para el dolor y se negaron a brindar mayor información o permitir un examen físico completo.

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A (2021), Radicado: 11001-33-31-031-2008-00106- 01 (55021), C.P. José Roberto SÁCHICA Méndez. Septiembre 24.

Durante la evaluación, el médico detectó un dolor abdominal difuso y lesiones físicas visibles, lo que indicaba un posible trauma interno. Frente a esto, explicó que la conducta médica indicada era estabilizar a la paciente para que fuera valorada por el cirujano general, quien ingresaba al hospital a las 7:00 a.m., dado que en las noches no había disponibilidad de dicho servicio. Advirtió a la paciente y su acompañante que era contraproducente administrar analgésicos, ya que podían enmascarar signos clínicos críticos y dificultar el diagnóstico quirúrgico, como en casos que requieren laparotomía exploratoria.

El Dr. Martínez expresó que intentó obtener la historia clínica formal en facturación, pero el personal administrativo, siguiendo directrices del sistema, se negó a generarla por la falta de carné de EPS. Frente a esto, diligenció un formato de evolución clínica en papel oficial como constancia médica de la atención prestada, como lo había hecho en otras ocasiones ante situaciones similares.

Asimismo, buscó familiares responsables para gestionar un eventual consentimiento informado y explorar la posibilidad de remitir a la paciente a otro centro con servicio de cirugía nocturna. No obstante, la negativa de la paciente y su acompañante, sumada a la falta de colaboración del personal y la ausencia de familiares, dificultaron la gestión. Posteriormente, el médico fue informado por el auxiliar que la paciente y su acompañante habían abandonado el hospital sin autorización ni boleta de salida. Al intentar detenerlas, observó a la acompañante abordando un taxi y esta desoyó su llamado.

Durante la declaración, el médico manifestó que su actuación fue diligente, ajustada a los protocolos médicos y al principio de prioridad del paciente sobre los trámites administrativos. Señaló además que le resultó sospechoso que el formato de evolución que fungía como historia clínica desapareciera del archivo y que no se registrara el ingreso ni la salida de la paciente en el sistema, lo cual consideró grave e irregular. De igual manera, aseguró que no hubo dolo ni culpa en su proceder y lamentó las falencias estructurales del sistema hospitalario, como la falta de cirugía nocturna y la rigidez administrativa, que impidieron una atención más eficaz.

De acuerdo a la declaración de parte del demandando y las pruebas documentales obrantes en el expediente resulta evidente que las irregularidades que originaron la condena judicial al Hospital Susana López de Valencia E.S.E no son atribuibles a la conducta del Dr. Luis Humberto Martínez Gómez. En ese sentido, es importante que el despacho tenga en cuenta los siguientes hechos relevantes, los cuales han sido debidamente acreditados dentro del proceso:

- El vigilante responsable del control de ingresos y salidas estaba en su primer día de labores, sin formación suficiente. No registró el ingreso de la paciente ni su posterior salida, incumpliendo con los protocolos básicos.
- El área de recepción y facturación incumplió las instrucciones médicas de abrir la historia clínica, incluso para pacientes identificados como NN, obstaculizando así la trazabilidad médica del caso.

- La desaparición del documento original de evolución, elaborado por el médico tratante con información crítica, constituye una grave falla en el manejo documental de la institución.
- La paciente y su acompañante proporcionaron información parcial o falsa, ocultaron su identidad y antecedentes médicos, y se negaron a colaborar con el cuerpo médico, dificultando aún más la atención clínica.
- La prima acompañante, Laura Marcela Flórez, quien ya era mayor de edad, mostró una actitud renuente a aceptar la hospitalización de la paciente, instándola a abandonar el centro asistencial, con las consecuencias fatales que ello implicó.

Además, tanto el proceso penal iniciado contra el Dr. Luis Humberto Martínez Gómez por omisión de socorro y homicidio por omisión impropia, como la investigación ética llevada ante el Tribunal de Ética Médica del Cauca, concluyeron sin imputaciones en su contra. En el primero, se determinó la inexistencia de culpa en cualquiera de sus formas (negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de deberes), y en el segundo, se declaró la prescripción sin que se estableciera responsabilidad disciplinaria.

Por lo tanto, resulta claro que no se cumplen los presupuestos establecidos para la procedencia de la acción de repetición, en particular: la existencia de culpa grave o dolo en la conducta del demandado, y que dicha conducta hubiere sido la causa directa y eficiente del daño antijurídico. En este caso, la actuación del Dr. Luis Humberto Martínez Gómez se enmarcó dentro de los límites del ejercicio diligente de la profesión médica, atendiendo a las condiciones institucionales, normativas y fácticas existentes al momento de los hechos.

No puede considerarse que el actuar del Dr. Martínez haya sido negligente o imprudente en los términos exigidos por la jurisprudencia del Consejo de Estado para configurar culpa grave. Por el contrario, obró conforme a su experiencia médica, evaluó los signos clínicos más relevantes, formuló un plan de manejo, intentó obtener el consentimiento informado, procuró estabilizar a la paciente para ser valorada por el cirujano de turno y adelantó gestiones para asegurar su adecuada remisión ante la imposibilidad de cirugía inmediata. Todo ello se realizó en un contexto de urgencia y bajo presión, en el que la paciente y su acompañante adoptaron una actitud hostil y evasiva, impidiendo la continuidad del tratamiento.

Asimismo, es claro que el daño antijurídico no fue consecuencia directa de la conducta del médico, sino del cúmulo de circunstancias externas que escapaban a su control, como la fuga intempestiva de la paciente, la omisión de ingreso formal en el sistema hospitalario, y la eventual pérdida de la hoja de evolución que fungía como historia clínica.

En ese sentido, la imputación subjetiva del daño a título de culpa grave o dolo en el actuar del médico Luis Humberto Martínez Gómez no se encuentra debidamente acreditada. El lamentable fallecimiento de la paciente, fue consecuencia de una serie de fallas institucionales y decisiones personales ajenas a la voluntad y control del médico tratante. Por ende, no se satisface el elemento esencial y subjetivo para que prospere la acción de repetición.

III. ANÁLISIS FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADO POR EL MÉDICO
LUIS HUMBERTO MARTÍNEZ GÓMEZ

A. QUEDÓ DEMOSTRADA LA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA No. 4029

El contrato de seguro contenido en la Póliza de Responsabilidad Civil Médica No. 4029, cuyo tomador fue la Cooperativa Médica del Valle – COOMEVA y cuyo asegurado fue el médico Luis Humberto Martínez Gómez, fue suscrito bajo la modalidad de cobertura “*claims made*”. Esta modalidad implica que la aseguradora únicamente asume la cobertura de aquellas reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales que se formulen contra el asegurado durante la vigencia del seguro, siempre que dichas reclamaciones se refieran a hechos ocurridos dentro del período de cobertura establecido contractualmente. No obstante, dicha póliza no ampara los hechos que motivan la presente acción, toda vez que estos ocurrieron por fuera tanto del período de vigencia como del plazo de retroactividad pactados en la póliza, lo cual excluye expresamente la posibilidad de cobertura por parte de la aseguradora.

En efecto, en el contrato de seguro mencionado se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en al art. 4 la Ley 389 de 1997 que preceptúa que:

"ARTICULO 4. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años. " (Negrita y subraya fuera de texto original)

Por parte del asegurado y la aseguradora se adoptó el sistema de delimitación temporal para la aplicación de la mencionada póliza, por lo que necesariamente se concluye que los sucesos cubiertos únicamente son aquellos acaecidos después de la fecha de retroactividad pactada, siempre y cuando sus consecuencias sean reclamadas a la entidad aseguradora o a la asegurada, por primera vez, durante la vigencia de la póliza, lo que claramente no sucedió en el caso en concreto y no habría lugar a afectar el mencionado contrato de seguros.

Con la Ley 389 de 1997 y lo estipulado en materia del contrato de seguros por el Código de Comercio, se configura una doble exigencia a la hora de reclamar por el acaecimiento de un siniestro cuando se ha pactado esta modalidad. La dualidad consiste en la materialización del siniestro y la reclamación dentro del término específico. Esta característica diverge del sistema tradicional de ocurrencia, en el cual importa que el hecho dañoso se produzca en la vigencia del

contrato de seguro mas no si el requerimiento por el interesado se realiza cuando la póliza haya expirado.

Lo anterior, quedó pactado en las condiciones particulares del contrato de seguro, así:

“DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:

Se cubren las reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales al Asegurado por hechos ocurridos durante el periodo del seguro, que sean presentadas a Liberty Seguros durante la vigencia actual de la misma, -y/o dentro del periodo de extendido de notificación, si es el caso. Se entiende como vigencia actual el último periodo anual contratado de la póliza. Se entiende como periodo del seguro, la fecha de la primera vigencia hasta la vigencia de la última renovación expedida, para lo cual se aplica como fecha máxima de retroactividad la fecha de la primera vigencia contratada con Liberty Seguros S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente se le otorgará automáticamente una retroactividad de dos años. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectuó estando vigente el seguro.”

Al respecto deben distinguirse los siguientes conceptos relevantes:

- Vigencia actual: Se refiere al último período anual de cobertura contratado, es decir, el lapso comprendido entre la última fecha de renovación y el término del contrato.
- Período del seguro: Abarca el tiempo comprendido entre la fecha de inicio de la primera vigencia de la póliza y la fecha de expiración de la última renovación realizada de forma continua.
- Retroactividad: En caso de que el asegurado adquiriera la póliza por primera vez durante el período vigente, se le reconoce automáticamente una retroactividad de dos años anteriores al inicio del contrato, con el fin de cubrir hechos ocurridos en ese lapso, pero solo si la reclamación se presenta dentro de la vigencia activa del seguro.

En el caso concreto, la Póliza No. 4029 estuvo vigente entre el 7 de septiembre de 2011 y el 31 de julio de 2020, de manera ininterrumpida. Por lo tanto, la retroactividad reconocida por la aseguradora cubría únicamente hechos ocurridos a partir del 7 de septiembre de 2009. Ahora bien, los hechos materia del presente proceso judicial de repetición ocurrieron el día 1 de abril de 2002, tal como fue plenamente demostrado en el expediente. En consecuencia, estos acontecimientos se encuentran sustancialmente por fuera tanto del período de retroactividad como de la vigencia de la póliza, lo cual excluye cualquier obligación de cobertura por parte de la compañía aseguradora frente a los hechos de este proceso.

Adicionalmente, no es jurídicamente válido pretender que la fecha del pago realizado por el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. en cumplimiento de la sentencia judicial —el 30 de enero de 2018— constituya el hecho generador de la cobertura de la póliza. Dicho pago

corresponde al cumplimiento de una obligación indemnizatoria derivada de un proceso de responsabilidad extracontractual, pero no constituye el hecho generador del daño cubierto por la póliza, toda vez que la póliza en cuestión no fue contratada para cubrir decisiones judiciales.

En consecuencia, quedó comprobado dentro del plenario que la póliza en la cual se fundamentó el llamamiento en garantía no ofrece cobertura al hecho objeto del presente proceso, lo cual necesariamente se traduce en la inexistencia de legitimación en la causa por pasiva de mi representada, HDI Seguros Colombia S.A. (Antes Liberty Seguros S.A.) pues no es la llamada a responder ante una posible responsabilidad endilgada al médico Luis Humberto Martínez Gómez.

B. SE DEMOSTRÓ LA FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA No. 4029

Con la demanda se pretende que se declare patrimonialmente responsable al médico Luis Humberto Martínez, por los perjuicios ocasionados al Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en razón del pago de la sentencia condenatoria dentro del proceso de reparación directa con radicado No. 19001-23-31000-2004-00699-01. Por su parte el demandado, formuló llamamiento en garantía a HDI Seguros Colombia S.A. (Antes Liberty Seguros S.A.) con fundamento en la Póliza de Responsabilidad Civil Medica No. 4029. Sin embargo, al considerar los hechos de la demanda y lo probado dentro del proceso se tiene que no es posible afectar dicha póliza, en tanto establece que la responsabilidad de la Compañía no puede exigirse con base en fallos en los que la declaración de responsabilidad no haya sido atribuida al asegurado, o lo que es lo mismo, no se predica responsabilidad de la Aseguradora, sino hasta que exista una decisión judicial en la que claramente se determine que el asegurado es declarado responsable por los hechos que se reclaman.

Por lo tanto, es menester indicar que el objeto de la Póliza de Responsabilidad Civil Medica No. 4029, que sirvió de fundamento para el llamamiento en garantía, se pactó así:

“LIBERTY SEGUROS S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LIBERTY, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD, DETERMINADA DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE LA REGULAN. EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR ERRORES U OMISIONES CON OCASIÓN DE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO U ODONTOLÓGICO POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.”

De lo cual se desprende, de forma clara e inequívoca, que el riesgo asegurado está circunscrito exclusivamente a la responsabilidad civil extracontractual o profesional que se derive de errores u omisiones involuntarias cometidas por el asegurado en el ejercicio de su actividad médica u odontológica, es decir, cuando se cause un daño a un tercero como consecuencia directa de una

actuación médica negligente, imprudente o imperita, y siempre que dicha conducta haya sido declarada judicialmente como generadora de responsabilidad civil.

Lo anterior implica que la cobertura ofrecida en virtud de la póliza en mención no se extiende a hechos ajenos al ejercicio profesional del asegurado, ni a obligaciones derivadas de relaciones contractuales o de naturaleza institucional. Es decir, la póliza no ampara condenas que hayan sido impuestas o asumidas por un tercero, como sería el caso de una entidad hospitalaria, una IPS o una entidad pública, ni mucho menos sirve como respaldo automático ante eventuales acciones de repetición o subrogación que estas entidades pudieran iniciar contra el profesional de la salud.

El hecho generador cubierto por la póliza es la conducta médica del asegurado, no la eventual acción judicial que otro sujeto —ya sea público o privado— interponga en su contra con posterioridad, como consecuencia de haber asumido previamente una condena en calidad de responsable solidario, directo o institucional. Por lo tanto, la eventual repetición que se pudiera iniciar contra el profesional no constituye por sí sola un hecho asegurado, y mucho menos tiene el efecto de activar la cobertura pactada, salvo que se acredite que la conducta médica del asegurado, como profesional de la salud, fue la causa directa y exclusiva del daño, y que dicha responsabilidad fue declarada judicialmente dentro de los parámetros definidos en la póliza.

En consecuencia, la reclamación que se pretende trasladar a la aseguradora con fundamento en la póliza No. 4029 carece de sustento jurídico y contractual, pues no se encuadra dentro del objeto asegurado. El contrato de seguro, por su naturaleza, se rige por el principio de delimitación del riesgo, y cualquier extensión de su alcance debe estar claramente pactada. No es posible, por tanto, interpretar extensivamente la cláusula de cobertura al punto de incluir dentro del amparo acciones judiciales de repetición promovidas por terceros, ni condenas derivadas de actuaciones institucionales ajenas al asegurado.

Adicionalmente, debe resaltarse que la póliza en cuestión contiene exclusiones expresas que limitan el alcance de la cobertura contratada. En el caso concreto, se configuraron al menos tres de dichas exclusiones, las cuales eximen a la aseguradora de cualquier obligación de indemnizar:

“2. EXCLUSIONES

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO EN NINGÚN CASO AMPARA NI SE REFIERE A:

(...).

2.13. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

(...).

2.15 ACTOS MÉDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE PÓLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA (PARA MODALIDAD CLAIMS MADE).

(...)

2.17. RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MEDICA.

(...)

2.19. RC PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.”

A la luz de estas cláusulas, y teniendo en cuenta lo acreditado en el expediente, se evidencia que no existe decisión judicial que declare la responsabilidad civil del asegurado por los hechos que dieron lugar al pago efectuado por el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. y que los supuestos fácticos alegados en la demanda pueden enmarcarse dentro de las exclusiones pactadas en el contrato, particularmente aquellas relacionadas con fallos sin declaración de responsabilidad, eventos de abandono o negativa de atención médica y responsabilidades derivadas de funciones administrativas, ajenas a la praxis médica directa.

Por lo tanto, es importante dejar en claro que, los hechos de la demanda son totalmente ajenos a la cobertura otorgada en la Póliza No. 4029 expedida por HDI Seguros Colombia S.A. (Antes Liberty Seguros S.A.), por lo que no cabe indemnización alguna a cargo de mi representada.

C. NO SE PROBÓ LA MATERIALIDAD, NI REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO POR PARTE DEL MÉDICO LUIS HUMBERTO MARTÍNEZ GÓMEZ, POR LO TANTO, NO ES EXIGIBLE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA DE LA ASEGURADORA

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado pactado en la Póliza de Responsabilidad Civil Medica No. 4029. En el expediente ciertamente no está demostrada la responsabilidad que pretende el extremo activo endilgar, luego que para justificar sus pretensiones el actor no cuenta con pruebas fehacientes para determinar que la ocurrencia de los hechos fue por culpa grave del médico Luis Humberto Martínez Gómez y mucho menos la causación de los supuestos perjuicios.

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, es requisito *sine qua non* la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio:

(...) ... Una de las características de este tipo de seguro es «la materialización de un perjuicio de stirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere

responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa.”⁴

En este orden de ideas, en concordancia con todo lo referenciado a lo largo del presente escrito, se propone esta excepción toda vez que HDI Seguros Colombia S.A. (Antes Liberty Seguros S.A.) no está obligada a responder, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas y aceptadas por las partes en el contrato de seguro. Así entonces, es necesario señalar que, al tenor de las condiciones generales documentadas la Póliza No. 4029 el amparo de responsabilidad civil profesional medica se pactó así:

“A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

ESTE SEGURO CUBRE LOS PERJUICIOS POR ERRORES U OMISIONES INVOLUNTARIAS QUE EL ASEGURADO HAYA CAUSADO CON OCASIÓN DEL DESARROLLO DE SU PROFESIÓN MÉDICA Y/O ODONTOLÓGICA POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

ESTA COBERTURA INCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ERRORES U OMISIONES INVOLUNTARIAS COMETIDOS POR EL PERSONAL AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISIÓN LEGAL DEL ASEGURADO.”

De lo anterior se desprende que el riesgo asegurado en la presente póliza corresponde exclusivamente a los perjuicios que sean atribuibles a una conducta involuntaria del asegurado en el ejercicio de su profesión médica, y respecto de la cual exista una declaratoria judicial de responsabilidad civil. En otras palabras, el contrato de seguro se activa únicamente en la medida en que se verifique judicialmente la responsabilidad civil del asegurado derivada de un error u omisión profesional, lo cual configura lo que en el ámbito asegurador se denomina el “siniestro”, es decir, la realización del riesgo asegurado, conforme a lo dispuesto en el artículo 1072 del Código de Comercio.

Ahora bien, en el presente caso no se dan los presupuestos necesarios para que opere la cobertura, por cuanto, no se encuentra acreditada la responsabilidad civil del asegurado, toda vez que, como se ha expuesto ampliamente, los hechos que originaron la condena al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. no son imputables al Dr. Luis Humberto Martínez Gómez ni desde el punto de vista objetivo ni subjetivo.

Por tanto, queda demostrado que HDI Seguros Colombia S.A. no está obligada a indemnizar ni a asumir responsabilidad alguna derivada de los hechos objeto del presente proceso, al no haberse materializado los supuestos de hecho necesarios para la configuración del riesgo asegurado. En tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la Aseguradora.

D. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de diciembre de 2017. SC20950-2017 Radicación n° 05001-31-03-005-2008-00497-01. M.P. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

Es fundamental que el despacho tome en consideración el comportamiento reticente del asegurado, el médico Luis Humberto Martínez Gómez, quien, al momento de perfeccionar su contrato de seguro con la compañía Liberty Seguros S.A., omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, tal como lo exige el ordenamiento jurídico colombiano. En concreto, el asegurado no informó a la compañía aseguradora sobre la ocurrencia del hecho ocurrido el 31 de marzo del 2002 relacionado con la atención médica y posterior fallecimiento de la menor Lorena Patricia Erazo (q.e.p.d.), circunstancia que, de haber sido conocida por mi representada durante la etapa precontractual, la habría llevado, sin lugar a duda, a abstenerse de contratar la póliza o, en su defecto, a imponer condiciones más gravosas, tales como la exclusión expresa de dicho hecho o el cobro de una prima considerablemente superior.

Este tipo de omisión se enmarca dentro de lo que en derecho de seguros se conoce como reticencia, figura jurídica consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, que impone al tomador y al asegurado el deber de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que puedan influir en la apreciación del riesgo por parte del asegurador. Dicha disposición establece:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

Este precepto responde al principio de la ubérrima buena fe que rige los contratos de seguro y que exige del tomador y asegurado una conducta leal, veraz y completa al momento de declarar el estado del riesgo. La razón de ser de esta obligación radica en que es precisamente el tomador quien conoce con mayor profundidad la naturaleza y antecedentes del riesgo que pretende trasladar a la aseguradora, y por tanto, tiene el deber jurídico de informarlo cabalmente.

La doctrina ha sido enfática en señalar que el deber de información sobre el estado del riesgo recae sobre el asegurado, pues:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia.”⁵

En el caso que nos ocupa, es evidente que, al momento de solicitar la expedición de la póliza de responsabilidad civil médica, el asegurado ya tenía pleno conocimiento del hecho ocurrido en el año 2002, el cual tenía el potencial de derivar en una eventual reclamación judicial en su contra. Pese a ello, guardó silencio sobre dicha circunstancia, incumpliendo flagrantemente su deber de transparencia. Esta omisión sustancial vicia la voluntad del asegurador, quien nunca asumió conscientemente ese riesgo, pues le fue ocultado, y por tanto, impide la operatividad del amparo asegurado, tal como lo ha reconocido de manera reiterada la jurisprudencia nacional.

Adicionalmente, a lo anterior debe sumarse la falta de cumplimiento del deber de aviso del siniestro, conforme al artículo 1073 del Código de Comercio, que establece:

“Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.”

En este caso, no existe constancia alguna de que el asegurado hubiera puesto en conocimiento de la compañía aseguradora, dentro del término legal, la existencia del siniestro o, al menos, el riesgo latente relacionado con el hecho ocurrido en el año 2002.

En conclusión, la conducta del asegurado, al ocultar intencionadamente un hecho esencial para la valoración del riesgo, configura un caso de reticencia conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, y además vulnera el deber de aviso del artículo 1073 ibídem, lo cual conlleva la inexistencia de cobertura por parte de mi representada, HDI Seguros Colombia S.A. (Antes Liberty Seguros S.A) por carecer de uno de los elementos esenciales para la validez y eficacia del contrato de seguro, el conocimiento cierto y completo del riesgo por parte del asegurador.

⁵ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

E. DE ACREDITARSE UNA CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA EN CABEZA DEL DEMANDADO, EN TODO CASO, COMPORTA UN RIESGO INASEGURABLE.

Partiendo del análisis que se realizó anteriormente, en donde se expuso que para que se reúnan los elementos configurativos de la acción de repetición es necesario que se demuestre fehacientemente el dolo o la culpa grave en la conducta del demandado, resulta fundamental ponerle de presente al Despacho que, aun en el improbable evento en el que se encuentre acreditada una conducta dolosa o gravemente culposa en cabeza del médico Luis Humberto Martínez Gómez, la Compañía Aseguradora no está llamada a responder patrimonialmente.

En este sentido, es de suma importancia explicar que el artículo 1055 del Código de Comercio contiene una disposición de ineficacia en el marco de las reglamentaciones que rodean a los contratos de seguro. Dicha normativa, establece expresamente que las actuaciones dolosas o gravemente culposas comportan riesgos inasegurables, por lo que cualquier pacto en contrario será ineficaz de pleno derecho. El tenor literal de dicha norma puntualiza:

“ARTÍCULO 1055. <RIESGOS INASEGURABLES>. **El dolo, la culpa grave** y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario **son inasegurables. Cualquier estipulación en contrario no producirá efecto alguno**, tampoco lo producirá la que tenga por objeto amparar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policivo.”
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por esta razón, en el evento en el que se considere que las actuaciones del demandado sí se enmarcan dentro del dolo o la culpa grave, es claro que no se podrá ordenar hacer efectiva la Póliza No. 4029, por cuanto dichos riesgos no son asegurables.

F. QUEDÓ PROBADO QUE LA EVENTUAL OBLIGACIÓN DE HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.) NO PUEDE EXCEDER EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PACTADO EN LA PÓLIZA No. 4029

En gracia de discusión, sin que implique reconocimiento de responsabilidad, debe destacarse que la eventual obligación de mi procurada se circunscribe en proporción al límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato. En el caso en concreto se estableció un límite de QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (\$500.000.000) para el amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, los cuales se encuentran sujetos a la disponibilidad de la suma asegurada. La ocurrencia de varios siniestros durante la vigencia de la póliza va agotando la suma asegurada, por lo que es indispensable que se tenga en cuenta la misma en el remoto evento de proferir sentencia condenatoria en contra de nuestro asegurado.

De acuerdo a lo preceptuado en el artículo 1079 del Código de Comercio, el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el

artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

En todo caso, se reitera, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones claramente definidas en la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

G. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.) Y EL DEMANDADO

Este argumento se expone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Es importante recabar sobre el particular por cuanto a que la obligación de mí representada tiene su génesis en un contrato de seguro celebrado dentro de unos parámetros y límites propios de la autonomía de la voluntad privada y no de la existencia de responsabilidad civil extracontractual propia de la aseguradora, sino de la que se pudiere atribuir al asegurado conforme lo establecido por el artículo 2341 del Código Civil, por tanto se encuentra frente a dos responsabilidades diferentes a saber: 1. La del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la ley propia y 2. La de mí representada aseguradora cuyas obligaciones no emanan de la ley propiamente dicha, sino de la existencia de un contrato de seguro celebrado dentro de los parámetros dados por los artículos 1036 del Código de Comercio y S.S., encontrándose las obligaciones de mí representada debidamente delimitadas por las condiciones pactadas en el contrato de seguro celebrado, constituyéndose entonces las obligaciones del asegurado y de la aseguradora en obligaciones independientes y que no son solidarias.

La Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017 Radicación n° 05001-31-03-005-2008- 00497-01 ha indicado que: *“(...) Por último, la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (...)”*

Entendido lo anterior, es preciso indicar que la solidaridad de las obligaciones en Colombia solo se origina por pacto que expresamente la convenga entre los contrayentes, lo anterior según el art. 1568 del Código Civil Colombiano que reza:

“(...) En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho

para demandar su parte o cuota en el crédito. Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que nola establece la ley.”

En virtud de tal independencia en las obligaciones, el artículo 1044 del Código de Comercio faculta a la aseguradora proponer al tercero beneficiario las excepciones y exclusiones que pudiere interponerle al asegurado o tomador del contrato de seguro, motivo por el cual puede alegar mí representada la ausencia de cobertura ante la falta de prueba de la ocurrencia y cuantía del siniestro y las exclusiones y demás condiciones que resultaren atribuibles al presente evento.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria que remotamente podría surgir a su cargo está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado para el amparo específico, con sujeción a las condiciones de la póliza.

H. PAGO POR REEMBOLSO

Sin perjuicio del reconocimiento de responsabilidad por parte de nuestro asegurado, en el remoto e hipotético caso de una sentencia condenatoria que implique la afectación del contrato de seguro, la compañía aseguradora solo estaría obligada a responder bajo la figura del reembolso.

En este sentido, considerando que el Seguro de Responsabilidad prevé tanto la acción del asegurado (que usualmente se ejerce mediante el llamamiento en garantía) como la acción directa (que puede ser ejercida por la víctima), la jurisprudencia ha establecido que, cuando la aseguradora es vinculada al proceso a través del llamamiento en garantía—como ocurre en este caso—su obligación se limita al reembolso de lo efectivamente pagado por el asegurado.

A la anterior conclusión arriba la doctrina, como lo expone el profesor Henry Sanabria Santos en su libro de derecho procesal:

“Mayoritariamente se ha entendido que el llamado en garantía solo tiene una obligación de reembolsarle total o parcialmente al demandado el pago de la condena impuesta o a indemnizarle el perjuicio sufrido al demandado, pero nunca directamente al demandante, puesto que las pretensiones de este solo tienen como sujeto pasivo al demandado y no al llamado en garantía. La responsabilidad del llamado en garantía en este caso se limita a reembolsarle al demandado todo o parte de la condena que ha pagado.

Así pues, si la víctima promueve proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra del causante del daño, que a su vez llama en garantía a una compañía aseguradora en virtud de un seguro de responsabilidad civil, solo podrá imponerse condena al demandado a favor del demandante y no podrá condenarse de forma directa a la aseguradora, precisamente

porque el demandante no formuló las pretensiones en contra de esta, sino en contra del demandado, de suerte que a la llamada en garantía solo se le podrá imponer condena a restituir, es decir, a devolver o reintegrar al demandado lo que este deba pagar por la sentencia. Si la víctima no demandó a la aseguradora, mal podría el juez condenarla, de suerte que ella, como llamada en garantía, solo podría ser obligada a reembolsarle al demandado el importe pagado en virtud de la condena impuesta.

En este punto, desde hace mucho tiempo la jurisprudencia civil ha indicado que la responsabilidad del llamado en garantía se predica solo de cara al demandado condenado. Lo cual significa que en razón de la prosperidad de las pretensiones del demandante quien debe responder por la condena es el demandado, y el llamado en garantía solo podrá correr con la contingencia de que sea obligado a restituir o reembolsar total o parcialmente al demandado el monto de la condena. A propósito precisamente del seguro de responsabilidad civil, la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte, de manera constante, ha señalado que la pretensión que formula el demandado en contra del llamado en garantía es una "pretensión revérsica" o "de regreso"; es decir, solo podrá obligarse al llamado en garantía a reembolsar, restituir o devolverle al demandado lo que resulte obligado a pagar, pero no podría ser obligado directamente a pagarle la indemnización al demandante, porque en su contra ninguna pretensión ha formulado el actor.

En conclusión, se ha dicho que a la compañía de seguros llamada en garantía por el demandado solo se le podrá ordenar que reembolse o pague a la parte que resultó condenada, pero nunca directamente al demandante, puesto que como se ha afirmado, si en su contra ninguna pretensión se ha formulado, mal puede resultar obligada frente al demandante. En este sentido, la jurisprudencia es clara en indicar que cuando el demandante formula sus pretensiones en contra del demandado, es este quien debe responderle, de suerte que el llamado en garantía —vinculado al proceso por iniciativa del demandado— solo debería restituirle o reembolsarle total o parcialmente al demandado el valor que hubo de pagar por la condena impuesta.(...)"⁶

Y a dicha conclusión también ha arribado la jurisprudencia nacional. Así, por ejemplo, en sentencia del 28 de septiembre de 1977 la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil dijo lo siguiente:

“Que la indemnización del perjuicio o el reembolso se debe efectuar por el llamado al demandado llamante, nunca al demandante, pues se trata de dos relaciones jurídicas perfectamente diferenciadas: La del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía, a fin de que este lo indemnice o le rembolsé el monto de la condena que sufre”

Por tal motivo, una vez el asegurado, proceda con el pago a la entidad demandante, de allí se desprendería la obligación de la compañía de reembolsarle lo pagado, atendiendo las particularidades de la póliza, en especial, el límite y sublímite asegurado y disponibilidad del valor asegurado.

⁶ Santos, H. S. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad Externado.

IV. PETICIÓN

En mérito de lo expuesto, de manera respetuosa, ruego:

PRIMERO: Negar todas y cada una de las pretensiones de la demanda, declarando probadas las excepciones de fondo y mérito presentadas por **EL MEDICO LUIS HUMBERTO MARTÍNEZ GÓMEZ Y HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.)** y en consecuencia se absuelva a mi representada por cualquier concepto de indemnización pretendido por la parte demandante.

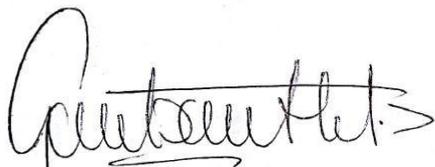
SEGUNDO: En el remoto evento en que los argumentos esbozados en el presente escrito no fueran de su convencimiento, no pierda de vista las limitaciones sobre la cobertura de la póliza con fundamento en las cuales se llamó en garantía a mi representada, esto, de conformidad con las consideraciones expuestas por mi defendida desde la contestación del llamamiento en garantía y reiteradas en esta oportunidad procesal.

V. NOTIFICACIONES

A la parte actora y a los convocados, en las direcciones consignadas en el escrito de demanda y contestaciones de esta.

A mi procurada y el suscrito, en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 oficina 212 de la Ciudad de Cali (V), correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.