

Señores:

JUZGADO QUINCE (15) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI

of02admcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

RADICACIÓN: 76001-33-33-015-2017-00268-00
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: VIVIANA MARÍA ORTIZ MUÑOZ Y OTROS
DEMANDADOS: RED DE SALUD DE LADERA ESE Y OTRO
LLAMADO EN GARANTÍA: HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. Y OTRO

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado de **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (antes Liberty Seguros S.A)**, encontrándome dentro del término legal, procedo a interponer **RECURSO DE APELACIÓN** en contra de la **SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA No. 164 DEL 19 DE AGOSTO DE 2025**, por la cual se condenó a mi procurada, de conformidad con lo siguiente:

I. OPORTUNIDAD

Mediante Sentencia No. 164 del 19 de agosto de 2025, el despacho resolvió en primera instancia el proceso de reparación directa de la referencia. Dicha providencia fue notificada por correo electrónico el **19 de agosto de 2025**, tal como se observa:

NOTIFICA ACTUACION PROCESAL RAD 2017-00268-00

JUZGADO 15 ADMINISTRATIVO DE CALI
CALI (VALLE)-76001, martes, 19 de agosto de 2025
NOTIFICACIÓN No. 18896
Señor(a):
LIBERTY SEGUROS SAS
Email: notificacionesjudiciales@liberty.seguros.co
co-notificacionesjudiciales@libertycolombia.com
lriascos@gha.com.co
notificaciones@gha.com.co
notificacionesjudiciales@hdiseguros.com.co
1

ACTOR: VIVIANA MARIA ORTOZ MUÑOZ Y OTROS
DEMANDANDO: RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. Y OTRO
RADICACIÓN: 76001-33-33-015-2017-00268-00
ACCION DE REPARACION DIRECTA

De conformidad con el artículo 247 de la Ley 1437 del 2011, el término para interponer el recurso de apelación en contra de la sentencia de primera instancia será de diez (10) días hábiles siguientes a la notificación. En este sentido, la sentencia fue notificada el 19 de agosto de 2025, por lo que el término comenzó a correr desde el 20 de agosto de 2025 hasta el **2 de septiembre de 2025**. Por lo anterior, el recurso se radica dentro del término legal.

II. FUNDAMENTOS DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA OBJETO DE RECURSO

El Juzgado Quince (15) Administrativo del Circuito de Cali, mediante Sentencia No. 164 del 19 de agosto de 2025 resolvió:

PRIMERO: Declarar no probadas las excepciones de inexistencia del nexo causal y de responsabilidad, formuladas por la Red de Salud de Ladera y las de complicación fortuita, imprevisible e irresistible al parto; carencia de prueba de la falla en el servicio y de los supuestos perjuicios y enriquecimiento sin causa, formuladas por la compañía de seguros Liberty S. A., conforme a lo considerado con antelación.

SEGUNDO: Declarar prósperas las excepciones de inexistencia de falla en el servicio médico prestado; pericia, diligencia y cuidado en la prestación del servicio médico brindado y exoneración por estar probado que el equipo médico al igual que la institución médica emplearon la debida diligencia y cuidado en el manejo brindado a la paciente, propuestas por el Hospital Universitario del Valle, conforme se explicó en la parte motiva de esta sentencia.

TERCERO: Declarar administrativamente responsable exclusivamente a la Red de Salud de Ladera por los perjuicios ocasionados a Viviana María Ortiz Muñoz, en nombre propio y en calidad de madre de los menores María José y Nicolás Somera Ortiz; Carlos Alberto Ortiz Vidal, Mary Esperanza Muñoz Fernández y Carlos Andrés Ortiz Muñoz, con ocasión de la falla médica en los días anteriores y en la atención del parto recibida por la primera de las nombradas, atendiendo los razonamientos expuestos a lo largo de esta sentencia.

CUARTO: En consecuencia, condenar a la Red de Salud de Ladera, a indemnizar a los referidos demandantes, por concepto de perjuicios morales con las sumas que a continuación se señalan:

Para la menor María José Somera Ortiz, representada por su madre Viviana María Ortiz Muñoz, en calidad de víctima directa, la cantidad de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para la señora Viviana María Ortiz Muñoz, en calidad de madre de la víctima directa, la cantidad de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para Carlos Alberto Ortiz Vidal y Mary Esperanza Muñoz Fernández, en calidad de abuelos de la víctima directa, la cantidad de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para el menor Nicolás Somera Ortiz, representado por su madre Viviana María Ortiz Muñoz, en calidad de hermano de la víctima directa, la cantidad de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para Carlos Andrés Ortiz Muñoz, en calidad de tío de la víctima, la suma de 15 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

QUINTO: Condenar a la Red de Salud de Ladera ESE a pagar por concepto de daño a la salud a la menor María José Somera Ortiz, la cantidad de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

SEXTO: Condenar a la aseguradora Liberty S. A., a pagar directamente o reembolsar a la Red de Salud de Ladera, el valor de la condena impuesta en esta sentencia, en los términos del contrato suscrito entre las partes, hasta concurrencia del valor asegurado y disponible a la fecha de esta sentencia, de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio.

SEPTIMO: Negar las demás pretensiones de la demanda, incluyendo la condena en costas.

(Negrilla fuera del texto).

La decisión adoptada por el despacho fue justificada con los siguientes argumentos:

Del caso concreto

Atendiendo el título de imputación aplicable al presente asunto, vale decir falla probada en la prestación

del servicio médico y en relación con los hechos que dieron lugar al presente juicio de imputación, el acervo probatorio permite tener por demostrado que los controles prenatales de la señora Viviana María Ortiz Muñoz no fueron adecuados, toda vez que la Red de Salud de Ladera no tuvo en cuenta que presentaba obesidad y alteraciones de glicemia.

En efecto, quedó demostrado con la historia clínica de la señora Viviana María Ortiz Muñoz, emanada de la ESE Red Salud de Ladera, que el 14 de septiembre de 2015 presentó resultados alterados en test de O´Sullivan y el 14 de octubre siguiente se anotó que presentaba anemia y obesidad materna.

En este mismo sentido, el informe pericial de clínica forense No. UBCALCA-DSVA 00393-2023 del 13 de enero de 202344, elaborado por Ana Inés Ricaurte Villota y María Alejandra Yepes Galindo, profesionales especializadas forenses del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, concluyó que la atención brindada durante los controles prenatales no fue adecuada.

También el informe pericial de clínica forense No. UBCALCA-DSVA-02331-2023 del 27 de febrero de 202345, elaborado por las mismas profesionales, concluyó que el expulsivo prolongado y el parto distócico generaron consecuencias nocivas para la niña María José Somera Ortiz y se deben a la atención médica recibida, pues pudieron prevenirse con la realización de controles prenatales adecuados, remisión oportuna al alto riesgo obstétrico y seguimiento estrecho por ginecología y obstetricia con los estudios pertinentes.

La contradicción del mencionado dictamen, llevada a cabo por Ana Inés Ricaurte Villota, reiteró que la atención brindada a la paciente Viviana María Ortiz y su hija en el control prenatal no fue adecuada, como quiera que la madre presentaba obesidad y alteraciones de glicemia, pero no se hizo un seguimiento a los valores para controlarlos y evitar que se presentara macrosomía y retención de hombros.

Por su parte, el testimonio de Claudia Carreño Albarán (ginecóloga), aunque fue tachado por la parte demandante también dio cuenta de que el test de Sullivan de la paciente salió alterado, en la historia clínica no aparece registro de curva de tolerancia a la glucosa y la paciente debió haber recibido más consultas con ginecología.

Queda claro entonces que existió una falla médica de la Red de Salud de Ladera, al no realizarle un control prenatal adecuado a la señora Viviana María Ortiz que probablemente habría evitado que su hija María José Somera sufriera las deformidades y secuelas consignadas en el dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal antes referenciado.

Respecto del Hospital Universitario del Valle Evaristo García, este Despacho no encontró probada la responsabilidad, toda vez que tanto la prueba pericial como los testimonios de los médicos demostraron que la atención del parto fue adecuada.

Análisis del rol de las compañías aseguradoras llamadas en garantía

La Red de Salud de Ladera llamó en garantía de Liberty Seguros S. A.

Por su parte, Liberty Seguros S. A. propuso la excepción de ausencia de cobertura temporal debido a la modalidad "claims made" pactada en el contrato de seguro.

Se encuentra acreditado que la Red de Salud de Ladera ESE tenía vigente para el momento en que ocurrieron los hechos, la póliza de responsabilidad civil número 438436 (vigencia del 14 de diciembre de 2014 hasta el 14 de diciembre de 2015), la cual amparaba la responsabilidad civil extracontractual del asegurado.

Respecto de la modalidad de cobertura, específicamente se consignó que ampara la responsabilidad civil extracontractual en que incurra el asegurado por daños personales ocurridos durante la vigencia de la póliza.

De esta forma, la entidad demandada puede exigirle a esa compañía de seguros, el pago de la indemnización de los perjuicios o el reembolso total o parcial de los valores que tenga que realizar en cumplimiento de esta sentencia, en los términos referidos en el contrato suscrito entre ellas.

(Negrilla fuera del texto).

De las consideraciones presentadas, es necesario manifestar que el *a quo* incurrió en un yerro al declarar administrativa y patrimonialmente responsable a la RED DE SALUD DE LADERA ESE por los hechos ocurridos el 19 de noviembre de 2015, toda vez que el despacho realizó una incorrecta valoración de las pruebas en razón a que en el proceso no se acreditó que la falta de una ecografía en el tercer trimestre del embarazo y de un examen de glucosa pudieran constituir la causa determinante o eficiente para que la señora Viviana María Ortiz Muñoz presentara un parto distócico y retención de hombros por macrosomía fetal, en este sentido, al encontrarnos bajo un régimen de falla probada, era necesario que en el transcurso del proceso se demostrará fehacientemente que la omisión o falla médica constituía la causa eficiente del daño, esto es que de haberse realizado la acción, el hecho dañoso se hubiera evitado, circunstancia que aquí claramente no se probó dado que son inexistentes los argumentos y pruebas que acrediten con exactitud que de haberse realizado dichos exámenes diagnósticos no se hubiera presentado el parto distócico y retención de hombros por macrosomía fetal.

Así mismo, en relación con la responsabilidad de la compañía aseguradora HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. es necesario advertir que el despacho de primera instancia realizó una incorrecta interpretación del contrato de seguro vinculado, dado que en el proceso se acreditó que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector de Sanidad No. 438436 no prestaba cobertura temporal para los hechos y perjuicios solicitados en la demanda en razón a que fue pactada bajo la modalidad de cobertura "*claims made*", por ello, era imperativo para que fuera posible su afectación, que la reclamación a la Red de Salud de Ladera ESE se hubiera realizado dentro de su vigencia, sin embargo, dicha condición no se cumplió pues la parte actora presentó la reclamación el 14 de agosto de 2017 y la vigencia de la Póliza transcurrió desde el 15 de diciembre de 2012 hasta el 13 de diciembre de 2016. Adicional a ello, la condena impuesta en la Sentencia también desconoció las condiciones particulares y generales del contrato de seguro, dado que el *a quo* ignoró el sublímite de \$125.000.000 Pesos M/cte pactado para los perjuicios morales y fisiológicos, así como el deducible del 10% sobre el valor de la pérdida – mínimo 2.500.000 Pesos m/cte.; además, que en virtud del llamamiento en garantía, la aseguradora debía pagar por reembolso a la Red de Salud de Ladera ESE y NO por pago directo a los demandantes.

Así las cosas, es imperativo que el *ad quem* considere alejarse de los planteamientos expuestos por el Juzgado Quince (15) Administrativo del Circuito de Cali en la Sentencia No. 164, dado que, no solo realizó una incorrecta valoración de las pruebas practicadas en el proceso de reparación directa frente a la responsabilidad médica de la Red de Salud de Ladera ESE, sino que además incurrió en un yerro interpretativo frente a las condiciones particulares y generales de la Póliza de Seguro No. 438436, las cuales, notoriamente impedían imponer cualquier condena en contra de mi procurada, tal como se esbozará a continuación:

III. RAZONES DE INCONFORMIDAD FRENTE A LA DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

I. INCORRECTA VALORACIÓN DE LAS PRUEBAS PRACTICADAS EN EL PROCESO DE REPARACIÓN DIRECTA – NO SE ACREDITÓ QUE LA FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO FUE LA CAUSA DETERMINANTE DEL DAÑO.

Es menester afirmar que el despacho de primera instancia realizó una incorrecta valoración de las pruebas

practicadas en el proceso de reparación directa, dado que en el no se probó que la causa eficiente y determinante del hecho dañoso fue la omisión de haber realizado los exámenes diagnósticos correspondientes al de glucosa y la ecografía en el tercer trimestre del embarazo, toda vez que con el solo Informe Pericial de Clínica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no es posible llegar a dicha conclusión, por tanto, dicha circunstancia no tiene la entidad suficiente para ser la causa eficiente del daño, sino un acto meramente circunstancial que no supe el nexo de causalidad requerido para atribuir la responsabilidad a la Red de Salud de Ladera ESE.

Resulta preciso indicar que uno de los presupuestos fundamentales para atribuir la responsabilidad derivada de la prestación del servicio médico, es la acreditación de una relación de causalidad entre la conducta desplegada por la entidad y el daño sufrido por el paciente, esto implica, dado que nos encontramos en un régimen de falla probada, una carga para la parte demandante, la cual debe estar dirigida a demostrar que las acciones u omisiones desplegadas por parte de la Red de Salud fueron la causa directa y eficiente del daño.

Frente a la relación de causalidad como elemento necesario para atribuir la responsabilidad, el Consejo de Estado en su jurisprudencia ha establecido lo siguiente:

*Así, se ha acudido a reglas como res ipsa loquitur, la culpa virtual elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la prueba prima facie o probabilidad estadística, que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, conforme a la cual **existe nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades, como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.** Cabe destacar que la aplicación de esas reglas probatorias, basadas en reglas de experiencia guardan armonía con el criterio adoptado por la Sala en relación con la teoría de la causalidad adecuada o causa normalmente generadora del resultado, conforme a la cual, **de todos los hechos que anteceden la producción de un daño sólo tiene relevancia aquel que, según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata.**¹*

Para la Sala es importante resaltar que no todas las circunstancias que anteceden a la producción del daño son causas directas del mismo, como se plantea en la teoría de la equivalencia de las condiciones; es un sinsentido otorgarle igual importancia a cada hecho previo a la producción del daño, pues lo relevante es identificar cuál acción u omisión fue la causa determinante, principal y eficiente del hecho dañoso. De lo contrario, se llegaría al absurdo de que la consecuencia o menoscabo, sería la sumatoria de todos los antecedentes, lo que generaría un retorno al infinito.²

Tampoco puede considerarse que todos los antecedentes del daño son jurídicamente causas del mismo, como se propone en la teoría de la equivalencia de condiciones, o de la causalidad ocasional expuesta por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 17 de septiembre de 1.935, según la cual: ‘en estos casos si la persona culpable se hubiera conducido correctamente, el perjuicio no habría ocurrido’, a la cual se refiere también un salvamento de voto del Dr. Antonio J. de Irisarri del 8 de octubre de 1986 (exp. 4587), en el cual se expresa que: ‘con fines simplemente analíticos, para verificar esa relación de causa a efecto, puede examinarse qué ocurriría o habría ocurrido, si el suceso - causa no se hubiera dado. Si la respuesta es en el sentido de que el efecto no habría sucedido, ha de admitirse que aquél sí constituye causa de éste, porque justamente para que el efecto se dé en la realidad, tiene que ocurrir aquél. En la hipótesis contraria no existiría relación esa relación de causalidad’.

¹ Sentencia del 13 de noviembre de 2014. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. M.P. Ramiro de Jesús Pazos Guerrero. Radicación No. 05001-23-31-000-1999-03218-01(31182).

² Sentencia del 19 de marzo de 2021. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A. M.P. María Adriana Marín. Radicación No. 68001-23-31-000-2011-00391-01(50791).

*Tal posición llevaría a que en el clásico ejemplo citado por José Melich, el sastrero que retrasa por negligencia la entrega de un abrigo de viaje, tendría que responder por el accidente ferroviario que sufrió su cliente que debió por tal motivo aplazar su viaje. Como lo señala el doctor Javier Tamayo Jaramillo: **'deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito'**. Lorenzetti puntualiza aquí: **'No basta, según esta idea, la mera supresión mental hipotética, esto es borrar mentalmente la causa para ver si el resultado se produce o no sin ella. Es necesario emitir un juicio acerca de la regularidad con que se producen los fenómenos (constancia posible) lo que nos proporciona la noción de "causa adecuada'**.*

*Tal concepción debe entonces complementarse en el sentido de considerar como causas jurídicas del daño, sólo aquellas que normalmente contribuyen a su producción, desechando las que simplemente pueden considerarse como condiciones. Tal como lo proponen los partidarios de la teoría de la causalidad adecuada, expuesta por el alemán Von Kries, **'sólo son jurídicamente causas del daño, aquellos elementos que debían objetiva y normalmente producirlo'**³*

En este orden de ideas, para que sea procedente la declaratoria de la responsabilidad civil extracontractual es necesario que la conducta por acción u omisión de la entidad sea la causa directa e inmediata del daño, que, en este caso, son las secuelas que sufrió la menor María José Somera Ortiz durante su nacimiento por haberse presentado un parto distócico y la retención de hombros por macrosomía fetal. Frente a ello, es necesario indicar que el Informe Pericial de Medicina Legal solo afirma que la Red de Salud de Ladera ESE no realizó los exámenes diagnósticos (ecografía y glucosa), pero no justifica de manera científica cómo la omisión de estos exámenes causaron directamente el daño, teniendo en cuenta que el mismo informe indica que el procedimiento de parto tanto de la Red de Salud de Ladera ESE como del Hospital Universitario del Valle no presentó ninguna falla, sino que al contrario, estuvieron acorde a la praxis médica esperada. Siendo así, resulta necesario para efectos de atribuir la responsabilidad que esté totalmente probado que la omisión constituye la causa directa y no que simplemente sea un hecho previo a la producción del daño, el cual, si bien puede constituir una omisión no tiene la entidad suficiente para causar el perjuicio.

Ahora bien, argumenta el despacho en la providencia lo siguiente: *"queda claro entonces que existió una falla médica de la Red de Salud de Ladera, al no realizarle un control prenatal adecuado a la señora Viviana María Ortiz **que probablemente habría evitado** que su hija María José Somera sufriera las deformidades y secuelas consignadas en el dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal antes referenciado"*. Esta afirmación del *a quo* se ajusta más a lo que la jurisprudencia ha llamado pérdida de oportunidad, en cuanto la supuesta omisión en el control prenatal no se traduce como la causa eficiente del daño sino en una probabilidad que hubiera evitado el daño, al respecto el Consejo de Estado ha afirmado lo siguiente:

28.- En materia médica se ha acudido al mismo criterio en casos en los que, de una parte, está probada la gravedad de las lesiones del paciente, la naturaleza o el estado de avance de su enfermedad, o está acreditado que por el tipo de intervención a la que debía someterse, las posibilidades de que pudiera sobrevivir o recuperarse eran mínimas y, de otra parte, también está acreditado que en la atención del paciente se incurrió en una negligencia médica. Si está probado que la negligencia no fue la causante del resultado final por las condiciones en que se encontraba el paciente, pero que la negligencia médica sí contribuyó a causar tal resultado, se estima plausible condenar a la entidad médica a reparar un porcentaje o una parte del daño, porque se considera que la paciente tenía una posibilidad de sobrevivir que fue truncada por la negligencia médica en su atención.

30.- Para desarrollar este punto, lo primero que vale la pena advertir es que la teoría de la causa eficiente como criterio para determinar la relación de causalidad entre el hecho o la omisión y el daño, enseña que tal supuesto solo se dará por demostrado cuando se concluya que, eliminando mentalmente el hecho o la omisión, el daño no se habría producido; si se demuestra que así se elimine mentalmente

³ Sentencia del 11 de septiembre de 1997. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. M.P. Carlos Betancur Jaramillo. Exp. 11.764.

ese antecedente, el daño de todos modos se habría producido, la conclusión será la contraria: el hecho o la omisión no pueden considerarse como causa del daño.

32.- La teoría de la pérdida de oportunidad permite entonces considerar que, en eventos en los cuales esté probada la acción o la omisión (falta médica) y la relación de causalidad no esté acreditada en forma absoluta, sino que se ha demostrado técnicamente que de no existir el hecho o la omisión es probable que el paciente no hubiese sufrido el daño o se hubiese sanado, pueda condenarse al demandado, no por la totalidad, sino por una parte del daño. En estos casos la doctrina sugiere que el perito es quien debe determinar cuál era la probabilidad que existía de un resultado exitoso si se hubiese realizado la intervención o el tratamiento que no se hizo; y sugiere que el grado de probabilidad en lo posible sea indicado en el propio dictamen.⁴

En virtud de lo anterior y solo en gracia de discusión, en el remoto caso que el *ad quem* considere que lo que aquí se demostró no fue la causa eficiente del daño sino la pérdida de oportunidad, de igual forma dicha declaratoria estaría llamado al fracaso por cuanto en el proceso no obra ninguna prueba que determine cuál era la probabilidad de que si se hubiese realizado los exámenes del control prenatal se hubiera evitado el hecho dañoso, por lo tanto, al no estar acreditada la pérdida de oportunidad en resultados o porcentajes exactos y médicos, no es proceden emitir una fallo condenatorio tal como lo ha indicado la jurisprudencia del Consejo de Estado:

La evaluación de la pérdida de oportunidad consiste en operar un cálculo destinado a cuantificar la importancia de la oportunidad perdida o en otros términos a evaluar la probabilidad. Para proceder al cálculo de esta fracción del perjuicio corporal global hace falta que el Juez administrativo puede determinar la posibilidad perdida por el paciente de sobrevivir o de sanar. El concurso del experto médico surge de manera esencial para este particular: él es quien puede calcular la tasa de la probabilidad: cuál fue la oportunidad perdida de sobrevivir o de sanarse como consecuencia de la falta médica.⁵

Así las cosas, es posible concluir que en este proceso de reparación directa no se demostró que la falta de realización de los exámenes diagnósticos (ecografía - ultrasonido y examen glucosa) constituyeron la causa eficiente del daño y mucho menos se demostró que su ausencia representaba una pérdida de oportunidad para la menor que estaba por nacer, dado que en el informe pericial no se estableció ningún porcentaje o índice de probabilidad que permitiera determinar el grado de pérdida.

Sin perjuicio de lo anterior, es necesario indicar al *ad quem* que aun habiéndose practicado los exámenes diagnósticos que el *a quo* atribuye a título de falla en el servicio, el resultado iba ser el mismo porque desde el punto de vista médico-científico, no existía ninguna alternativa médica o de tratamiento, que pudiera evitar o corregir el parto distócico y la retención de hombros por macrosomía fetal, es decir, no existía un tratamiento intrauterino, que hubiera evitado el desenlace. Incluso, ni siquiera una oportunidad, pues la falla atribuida a la Red de Salud no tiene la entidad suficiente de causar el daño alegado, ni de frustrar una pérdida, pues aun cumpliéndose todos los protocolos médicos en la etapa de gestación y control prenatal, no existía tratamiento médico que corrigiera las anomalías que presentaba el feto.

En este orden, el despacho de primera instancia incurre en un error al declarar la responsabilidad de la Red de Salud cuando ni siquiera se demostró, solamente atribuye la falla en el servicio, pero no acredita el nexo de causalidad, porque no conoce y tampoco existe un tratamiento distinto al suministrado que, de

⁴ Sentencia del 2 de agosto de 2024. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. M.P. Martín Bermúdez Muñoz. Radicación No. 08001233300420130035602 (59550).

⁵ Sentencia del 2 de agosto de 2024. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. M.P. Martín Bermúdez Muñoz. Radicación No. 08001233300420130035602 (59550).

haberse practicado, le hubiera garantizado que no se hubieran presentado las lesiones al feto que se esperaba por nacer.

Adicionalmente, en el Informe Pericial se indica que los controles prenatales también fueron deficientes porque dadas particularidades de aumento de peso que presentaba el feto, era necesario que se remitiera por valoración, tratamiento y seguimiento por parte de nutrición, ginecología y obstetricia, no obstante, dichas remisiones se realizaron desde la primera consulta, y por ello, no es posible predicar una falla en la prestación del servicio por este hecho, lo anterior se comprueba con la historia clínica que aportó la parte actora respecto de las atenciones brindadas por la Red de Salud de Ladera ESE:

- **Atención del 4 de mayo de 2015:**

Apertura MATERNO-PERINATAL del 4-May-2015 10:25 am: 32 Años Id: 2642688
MOTIVO DE CONSULTA CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL G2P1GV1A0 EMBARAZO DE 10.3 SS POR ECOGRAFIA DEL 15-04-2015 CON EMBARAZO DE 8.5 SS QUIEN REFIERE SNETIR CEFALEA INTENZA NIEGA SANGRADO VAGINAL U OTRA SINTOAMTOLOGIA TOLERA VIA ORAL DEAMBULACION DIUREISIS Y DEPOSICIONES SIN ALTERACIONES
DIAGNÓSTICO Documento de venta: 760010395901-CPS-8688902 Principal de consulta: [Z359] SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION - Confirmado nuevo Remitido a: Hospitalización - Obstetricia / IPS HOSPITA CAÑAVERALEJO Remitido a: Hospitalización - Obstetricia / OTRA ARS O IPS Servicio de egreso: 1401 DETEC/ALTERACIONES DEL EMBARAZO Fecha y hora de egreso: 4-May-2015 10:08 am

- **Atención del 11 de junio de 2015**

Evolución del 11-Jun-2015 12:32 pm: 32 Años 4248546
EXAMEN FÍSICO Examen general: NORMAL Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 24, Temperatura: 37.5°C, Peso: 66.0 kg, Talla: 155 cms., IMC: 27.47 Sobrepeso, Perímetro cintura: --, Saturación de O ₂ : --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO, Tensión arterial: Sentado: 100 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --, Reflejos: --, Cúbito Lat.Izq.: -- Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

te a control prenatal embarazada de 32 años G2 P1 recibiendo de mas
enos 17 semanas por ecografia . paciente orientada hidratada cabeza
ello normal pulmones ventilando bien abdomen globuloso con feto
o vivo fetocardia 140 por minuto altura utrina de 20cm paciente
re flujo vaginal abundante de color blanco con olor por lo cual la dra
sa ordena ovulos de metronidazol con nistatina aplicar uno en la vagina
nte 10 dias paciente que fue remitida a nutricionista continua se
uno con tetanol una ampolla intramuscular
educa sobre signos de alarma como salida de liquido por vagina no
ir mover el feto edema en miembros vision borrosa acudir por urgencias
ima cita de control en un mes

DIAGNÓSTICO

(sin diagnóstico)

Remitido a: Hospitalización - Obstetricia / IPS HOSPITA CAÑAVERALEJO

Remitido a: Hospitalización - Obstetricia / OTRA ARS O IPS

- **Atención del 10 de julio de 2015**

**Evolución del 10-Jul-2015 12:09 pm: 32 Años Id: 4333611
EXÁMEN FÍSICO Inspección general: NORMAL Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 24, Temperatura: 37.5°C, Peso: 63.0 Kgs., Talla: 158 cms., IMC: 25.24 Sobrepeso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 106), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CONDUCTA A SEGUIR

se educa sobre signos de alarma consultar por urgencias alimentacion
balanceada proximo control en 1 mes con medico pendiente cita con
sicologia

DIAGNÓSTICO

(Sin diagnóstico)

Remitido a: Hospitalización - Obstetricia / IPS HOSPITA CAÑAVERALEJO

Remitido a: Hospitalización - Obstetricia / OTRA ARS O IPS

- **Atención del 14 de septiembre de 2015**

Evolución del 14-Sep-2015 09:04 am: 32 Años 4521815
LISIS CLINICO Y/O EVOLUCION CONSULTATORIO

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010395901-CPS-9124187

Principal de consulta: [Z349] SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO
ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Relacionado a la consulta: [E669] OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

Remitido a: Hospitalización - Obstetricia / IPS HOSPITA CAÑAVERALEJO

Remitido a: Hospitalización - Obstetricia / OTRA ARS O IPS

Servicio de egreso: 1401 DETEC/ALTERACIONES DEL EMBARAZO

Fecha y hora de egreso: 14-Sep-2015 08:57 am

CONDUCTA A SEGUIR

DX: 1.G2P1V1 2. EMBRAZO 30.3SS POR ECOGRAFIA 15 ABIRL 2015
3.FUVC 3.OBESIDAD MATERNA

1. SULFATO FERROSO 300KMG CADA DIA ANTES DEL ALMUERZO + CARBONATO DE CALCIO TAB 600MG CADA DIA
2. SS/ HEMOGRAMA + FROTIS VAGINAL + VIH + SEROLOGIA.
3. CONSULTE POR SIGNOS D LARAMA POR UGENCIAS (SE ENSEÑAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS (PERDIDAS VAGINALES SANGRE O TAPON MUCOSO O LIQUIDO MOJE LA ROPA + DOLOR ABDOMINAL+ CEFALEA + TINITUS + VISISON BORROSA+ SINTOMAS URINARIOS)
5. PENDIENTE VALORACION POR NUTRICIONISTA YA SOLICITADO

- **Atención de 14 de octubre de 2015**

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010395901-CPS-9224220
Principal de consulta: [Z359] SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION - Impresión diagnostica
Recomendado a la consulta: [D649] ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
Recomendado a la consulta: [E669] OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
Recomendado a: Hospitalización - Obstetricia / IPS HOSPITA CAÑAVERALEJO
Recomendado a: Hospitalización - Obstetricia / OTRA ARS O IPS
Código de egreso: 1401 DETEC/ALTERACIONES DEL EMBARAZO
Fecha y hora de egreso: 14-Oct-2015 09:23 am

CONDUCTA A SEGUIR

1.G2P1V1 2. EMBARAZO 34.5SS POR ECOGRAFIA 15 ABIRL 2015
3.FUVC 3.OBESIDAD MATERNA 4 ANEMIA MATERNA.

- **Atención del 9 de noviembre de 2015**

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010395901-CPS-9302932
Principal de consulta: [Z358] SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO - Confirmado repetido
Recomendado a: Hospitalización - Obstetricia / IPS HOSPITA CAÑAVERALEJO
Recomendado a: Hospitalización - Obstetricia / OTRA ARS O IPS

Por lo anterior, es claro que sí se realizaron las remisiones con los especialistas, sin embargo, la asistencia dependía de manera exclusiva de la madre gestante, adicional a ello, el embarazo sí estaba catalogado como de alto riesgo y sí se diagnosticó el sobrepeso materno, no obstante, pese a los diagnósticos, procedimientos, tratamientos y remisiones con especialistas, el feto siguió presentado la patología de macrosomía, circunstancia que no se pudo evitar y constituyó la causa directa del hecho dañoso.

Así las cosas, resulta procedente que el *ad quem* revoque en su totalidad la Sentencia No. 164 del 19 de agosto de 2015 y en su lugar absuelva de toda responsabilidad a la Red de Salud de Ladera ESE al no haberse demostrado fehacientemente la falla en la prestación del servicio médico.

II. EL A QUO INCURRIÓ EN UN ERROR AL DESCONOCER LA MODALIDAD DE COBERTURA TEMPORAL “CLAIMS MADE” PACTADA EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL No. 438436

Es necesario advertir al *ad quem* que el Juzgado Quince (15) Administrativo del Circuito de Cali interpretó de manera errada las condiciones particulares y generales de la Póliza de Seguro No. 438436 dado que si bien, el hecho generador del presunto daño ocurrió el 19 de noviembre de 2015, fecha para la cual la Póliza estaba vigente, dicha circunstancia no implica *per se* que el contrato de seguro pueda ser afectado, dado que al haberse pactado bajo una modalidad “*claims made*”, para que sea posible su afectación es necesario que, además de que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, la reclamación al asegurado sea también presentada dentro de la vigencia de la Póliza. Esta modalidad de cobertura se fundamenta en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997 y ha sido definida por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil como:

Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual.

Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso.⁶

(Negrilla fuera del texto).

Así mismo, el doctor Nicolás Uribe Lozada en su artículo “análisis técnico - jurídico de la modalidad de cobertura por reclamación o “*claims made*” en los seguros de responsabilidad civil a la luz del ordenamiento jurídico colombiano” ha definido este tipo de cobertura como:

Bajo esta modalidad de “claims made” se da cobertura a aquellas reclamaciones que se presenten en vigencia de la póliza y que tengan su origen en hechos y circunstancias acaecidas durante la vigencia de la misma o incluso con anterioridad al inicio de su vigencia, siempre y cuando dichos hechos se hubieren producido con posterioridad a la fecha máxima de retroactividad establecida por el asegurador en las condiciones particulares del seguro. En otras palabras, se permite adicionalmente brindar amparo a reclamaciones generadas por hechos ocurridos con anterioridad, al inicio de la vigencia de la póliza, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del rango de tiempo pretérito otorgado.⁷

(Negrilla fuera del texto).

Por último, en el condicionado general de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional No. 438436 se estableció la siguiente definición de la modalidad “*claims made*”:

⁶ Sentencia del 18 de julio de 2017. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo. Rad. 76001-31-03-001-2001-00192-01.

⁷ Uribe Lozada, Nicolás, Análisis técnico - jurídico de la modalidad de cobertura por reclamación o “Claims made” en los seguros de responsabilidad civil a la luz del ordenamiento jurídico colombiano, 44 Rev.Ibero-Latinoam.Seguros, 13-89 (2016). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ris44.atjm>

4.2.2. MODALIDAD CLAIMS MADE: PARA LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL SE ENTIENDE POR SINIESTRO COMO EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑOSO POR EL QUE SE LE IMPUTA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O SU PERIODO DE RETROACTIVIDAD Y CUYAS CONSECUENCIAS SEAN RECLAMADAS POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO O A LIBERTY, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

Por lo anterior, resulta claro que la modalidad de cobertura temporal de la Póliza de Seguro No. 438436 es “*claims made*”, por tanto, para que sea posible su afectación es necesario que el hecho dañoso ocurra dentro de la vigencia de la Póliza o de su periodo de retroactividad y que la reclamación al asegurado se presente dentro de la vigencia de la Póliza, de no cumplirse estas condiciones no será posible afectar la Póliza de Seguro.

En el caso concreto, está claro y no es objeto de discusión de este recurso, que el hecho u acto médico se presentó dentro de la vigencia de la Póliza, dado que conforme con los anexos 0,1,2 y 3 la vigencia del contrato de seguro transcurrió desde el **15 de diciembre de 2012 al 13 de diciembre de 2016** y el hecho dañoso se presentó el **19 de noviembre de 2015**, por tanto, es evidente que se presentó dentro de la vigencia de la Póliza, y por ello, en este caso se cumple con la primera condición para que opere la cobertura de la Póliza. No obstante, la segunda condición para que la Póliza pueda ser afectada es que la reclamación al asegurado haya sido presentada durante la vigencia de la Póliza, circunstancia que en el caso de marras no se cumple en razón a que la parte actora solo presentó la reclamación hasta el **14 de agosto de 2017**, fecha en la que se celebró la audiencia de conciliación prejudicial ante la Procuraduría 19 Judicial II Para Asuntos Administrativos, tal como se puede observar:

	PROCESO INTERVENCIÓN	Fecha de Revisión	24/08/2015
	SUBPROCESO CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	24/08/2015
	FORMATO CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	3
	REG-IN-CE-006	Página	1 de 4

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL
PROCURADURÍA 19 JUDICIAL II PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación No. 215-77370 de JUNIO 05 de 2017

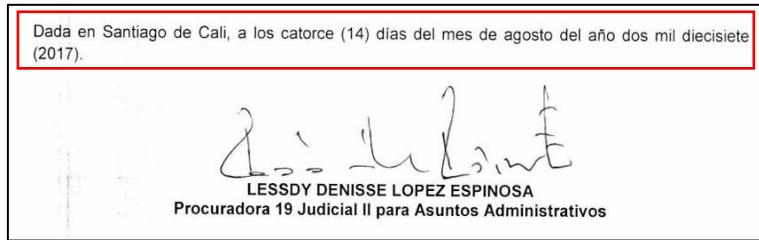
Convocante (s): VIVIANA MARIA ORTIZ MUÑOZ, quien actúa en nombre propio y en representación de sus menores hijos MARIA JOSE SOMERA ORTIZ y NICOLAS SOMERA ORTIZ; CARLOS ALBERTO ORTIZ VIDA, MARY ESPERANZA MUÑOZ FERNANDEZ, CARLOS ANDRES ORTIZ MUÑOZ.

Convocado (s): HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCIA E.S.E., RED DE SALUD DE LADERA E.S.E

Medio de Control: REPARACION DIRECTA

3. El día de la audiencia celebrada el día 14 Agosto 2017, la conciliación se declaró fallida ante la imposibilidad de llegar a un acuerdo, por no existir ánimo conciliatorio entre las partes.

4. De conformidad con lo anteriormente expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 35 y 37 de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el artículo 161 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA.



Por lo anterior, es que resulta procedente afirmar que el *a quo* incurrió en un error al ordenar la afectación de la Póliza de Seguro No. 438436, en vista de que está demostrado que la reclamación a la Red de Salud de Ladera ESE se presentó por fuera del periodo de vigencia de la Póliza dado que esta había finalizado desde el **13 de diciembre de 2016** y la reclamación se presentó solo hasta el **14 de agosto de 2017**.

Así las cosas, la decisión adoptada por el *a quo* en la Sentencia No. 164 resulta contraria al ordenamiento jurídico y a las condiciones pactadas en el contrato de seguro, debido a que la responsabilidad indemnizatoria de la compañía aseguradora se encuentra limitada por las cláusulas contenidas en el contrato de seguro y no de una responsabilidad directa o solidaria con la entidad asegurada, por lo tanto, el análisis de la relación contractual entre mi procurada y la Red de Salud de Ladera ESE debió realizarse de manera detallada, atendiendo cada una de las condiciones y excepciones planteadas tanto en la contestación de la demanda como en los alegatos de conclusión, sin embargo, el despacho optó por simplemente inobservar tales argumentos y condenar a la compañía aseguradora por la simple razón de que el hecho dañoso o acto médico se presentó dentro de la vigencia de la Póliza, a pesar de que, se había advertido que su modalidad de cobertura era "*claims made*" y no por ocurrencia, como erradamente lo interpretó el A-quo. La condena impuesta por el A-quo es un claro desconocimiento de las modalidades de cobertura de las pólizas previstas en nuestro ordenamiento jurídico, pues interpretó y le dio alcance a la Póliza de Seguro No. 438436 como si operara por ocurrencia, cuando lo cierto es que la misma se rige por el sistema de cobertura denominado "*claims made*".

En virtud de lo anterior, resulta procedente que el *ad quem* revoque la decisión de primera instancia y absuelva de toda responsabilidad indemnizatoria a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. en razón a la falta de cobertura temporal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector de Sanidad No. 438436.

III. EL JUEZ DE PRIMERA INSTANCIA INCURRIÓ EN UN YERRO AL DESCONOCER EL SUBLÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LOS PERJUICIOS MORALES Y FISIOLÓGICOS

Sin perjuicio de lo anterior, es menester indicar que en el improbable caso de confirmarse la Sentencia condenatoria en contra de mi procurada, es imperativo que el *ad quem* revoque el numeral sexto de la providencia recurrida en razón a que el despacho de primera instancia desconoció que para el amparo de perjuicios morales y fisiológicos (salud) se pactó un sublímite por evento, lo que significa que para este caso de reparación directa, la condena máxima de la compañía aseguradora no podrá ser superior a los \$125.000.000 Pesos M/cte, por lo tanto, los valores que superen este sublímite deberán ser asumidos únicamente con el patrimonio del asegurado, ya que la responsabilidad indemnizatoria de la aseguradora se encuentra limitada a las condiciones particulares de la Póliza, tal como puede observarse:

Vigencia Desde: 2014-12-14 00:00.- Hasta:2015-12-14 24.00. Fecha de Novedad 2014-12-14 06343 · JUAN PABLO CALDER			
Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.		Nit.: 805.027.289-9	
Dirección : CRA. 24A NO. 4-08	Ciudad:CALI	Telefono:000006020124	
Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.		Nit.: 805.027.289-9	
Dirección : CRA. 24A NO. 4-08	Ciudad:CALI	Telefono:000006020124	
Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS			
Dirección del Riesgo: CALI		CALI	
Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD			
CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 · 1333-P-06-RC-02			
AMPARO	VR.ASEGURADO	DEDUCIBLE	PRIMA
RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA	500,000,000.00 COP	10 % Mínimo 2,500,000 Pesos	60,000,000.00
PRIMA: COP	60,000,000.00 GASTOS:	IVA: COP	9,600,000 VALOR A PAGAR:
			69,600,000
OBJETO DE LA MODIFICACION:			
DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO. POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA A CONSECUENCIA DEL EJERCICIO SU ACTIVIDAD.* COBERTURAS 1.-RC PROFESIONAL, 2.-P.L.O SEGUN FORMA RHC 01,3.- GASTOS DE DEFENSA. * SUBLIMITES: SUBL			
POR EVENTO \$ 250.000.000, SUBLIMITE PARA DAÑOS MORALES Y FISIOLOGICOS \$ 125.000.000 EVENTO \$ 250.000.000 VIGEN			
SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA \$ 25.000.000 EVENTO \$ 50.000.000 VIGENCIA, SUBLIMITE POR USO			
EQUIPOS DE RADIOGRAFIAS CON FINES DE DIAGNOSTICO \$ 250.000.000 EVENTO \$ 250.000.000 VIGENCIA. * EXCLUSIONES:			
*CUALQUIER TIPO DE HURTO, *LOS DAÑOS PUROS FINANCIEROS, *DAÑO MORAL SIN DAÑO FISICO, ANGUSTIA MENTAL, *CUALQUIER			
RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA UTILIZACION DEL BANCO DE SANGRE.*DEDUCIBLES 10% MINIMO \$ 8.000.000, 10% MINIMO 2SMML			
PARA GASTOS DE DEFENSA PROCESO CIVIL. LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN EN IGUALES CONDICIONES.			

Así mismo, en las condiciones generales del contrato de seguro se estableció la siguiente definición frente a la responsabilidad indemnizatoria de la compañía aseguradora, veamos:

6. LÍMITE ASEGURADO

ES LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR POR CADA SINIESTRO Y POR EL TOTAL DE SINIESTROS QUE PUEDAN OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

LA SUMA CONSIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA CONSTITUYE LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LIBERTY, POR UN EVENTO O POR GASTOS O CUALESQUIERA OTRA CLASE DE DESEMBOLSOS, QUE SE LE CAUSEN CON OCASIÓN DEL SINIESTRO AMPARADO.

LOS SUB-LÍMITES ESTIPULADOS PARA ALGUNOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA NO INCREMENTAN LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DEL ASEGURADO, POR LO TANTO, NO AUMENTAN EL LÍMITE ASEGURADO.

En virtud de lo anterior, resulta menester indicar que si bien el valor asegurado de la Póliza de Seguro No. 438436 asciende a \$500.000.000 pesos m/cte., esta cifra tiene un sublímite especial para los daños morales y a la salud de \$125.000.000 pesos m/cte. por evento y \$250.000.000 pesos m/cte. por vigencia, en este caso, se aplica el sublímite de \$125.000.000 pesos m/cte. porque se trata de un único evento, en cambio, el sublímite de \$250.000.000 pesos m/cte. es la suma límite para cubrir varias reclamaciones en general que se pudieran llegar a presentar durante la vigencia anual de la Póliza frente a estos perjuicios específicos.

Lo anterior implica que, para afectos de una condena por estos perjuicios, la obligación de la compañía aseguradora no podrá exceder de \$125.000.000 pesos m/cte. En el presente caso, los perjuicios reconocidos en la sentencia de primera instancia ascienden a un valor de 240 SMMLV (\$341.640.000), por ello, es necesario que el *ad quem*, en el evento de considerar que debe persistir la condena en contra de la compañía aseguradora, deberá REVOCAR el numeral sexto de la sentencia apelada y en su lugar declarar que la responsabilidad indemnizatoria de la compañía HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. debe estar ajustada conforme al sublímite pactado para los daños morales y daño a la salud, el cual, de ninguna manera puede exceder la suma de \$125.000.000 pesos m/cte.

IV. EL DESPACHO DESCONOCIÓ EL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL No. 438436

Aunado a lo anterior, es imperativo que el *ad quem* revoque el numeral sexto de la Sentencia No. 164 en razón a que la condena impuesta en contra de mi procurada desconoció la existencia del deducible pactado en la Póliza, el cual se traduce en una proporción que obligatoriamente debe asumir el asegurado con cargo a su propio patrimonio y que en este caso asciende al 10% del valor de la pérdida – mínimo 2.500.000 pesos m/cte., veamos:

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.		Nit.: 805.027.289-9	
Direccion : CRA. 24A NO. 4-08		Ciudad: CALI	Telefono: 00006020124
Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS			
Direccion del Riesgo: CALI		CALI	
Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD			
CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02			
AMPARO	VR. ASEGURADO	DEDUCIBLE	PRIMA
RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA	500,000,000.00 COP	10 % Minimo 2,500,000 Pesos	60,000,000.00
PRIMA: COP	60,000,000.00	GASTOS: IVA: COP 9,600,000	VALOR A PAGAR: 69,600,000

Así mismo, el condicionado general de la Póliza define el deducible como:

4.3 DEDUCIBLE

ES LA SUMA QUE HACE PARTE DE LA INDEMNIZACIÓN QUE POR CONVENIO EXPRESO EL ASEGURADO ASUME EN CADA SINIESTRO, SEGÚN LO ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

EL DEDUCIBLE CONVENIDO TAMBIÉN SE APLICARÁ A LOS GASTOS DE DEFENSA.

En este orden de ideas, resulta erróneo que el *a quo* emita una condena hasta la concurrencia del valor asegurado, dado que tal como se explicó anteriormente, en este caso se reconocieron daños morales y a la salud, amparo para el que se fijó un sublímite de \$125.000.000 pesos m/cte. por evento y adicional a ello, se pactó un deducible del 10% del valor de la pérdida – mínimo de \$2.500.000 pesos m/cte., lo cual implica que la Red de Salud de Ladera ESE deberá asumir con su propio patrimonio el 10% de la condena impuesta a la compañía aseguradora, lo que se traduce en la suma \$12.500.000 pesos m/cte., ya que este fue el valor máximo que se fijó en el deducible. Por lo anterior, la responsabilidad indemnizatoria de la compañía aseguradora está determinada por el sublímite fijado para el amparo de los perjuicios y por el deducible, lo que en números se traduce que el valor máximo por el que la aseguradora podría ser condenada por reembolso en favor de la Red de Salud de Ladera E.S.E., una vez dicho ente hospitalario asuma el pago directo de la condena a los demandantes, en caso de confirmarse, asciende a la suma de \$112.500.000 pesos m/cte.

Es de resaltar que frente al tema del deducible la Superintendencia Financiera de Colombia ha afirmado lo siguiente:

En una póliza donde se ampara la responsabilidad civil extracontractual el monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable, de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil.

En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado "...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño".

Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado.

El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

Por tanto, el valor del ofrecimiento extendido por la compañía aseguradora podría variar en función de los perjuicios sufridos por el reclamante, así como los elementos probatorios que se hubieren allegado para acreditar el valor de la pérdida, conforme lo presupuestado en el artículo 1077 del código de comercio, aunado a las condiciones generales y particulares pactadas en la póliza, como lo son el límite del valor asegurado, el deducible pactado con el asegurado, entre otros factores.⁸

(Negrilla fuera del texto).

En consecuencia, resulta procedente en el improbable escenario en el que el *ad quem* confirme la condena en contra de mi procurada, que revoque y modifique el numeral sexto de la providencia recurrida en el sentido de indicar que la compañía aseguradora solo será responsable de acuerdo con el sublímite del valor asegurado para el amparo de los perjuicios y de acuerdo con el deducible pactado en la Póliza de Seguro No. 438436, el cual corresponde, en este caso particular y concreto, al 10% del valor de la pérdida.

V. LA REMOTA CONDENA DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBE IMPONERSE POR REEMBOLSO Y NO POR PAGO DIRECTO A LOS DEMANDANTES

Por último, es necesario que el *ad quem* revoque y modifique el numeral sexto de la providencia recurrida, en el sentido de que HDI Seguros Colombia S.A. solo deberá reembolsar a la Red de Salud de Ladera el valor de la condena de conformidad con el sublímite del valor asegurado para el amparo de los perjuicios y con observancia del deducible, y no por pago directo a los demandantes, dado que esta forma de pago solo resulta procedente cuando se ejerce la acción directa en contra de la compañía aseguradora por parte de los demandantes, situación que no ocurrió en el presente caso, ya que la entidad de salud (Red de Salud de Ladera) fue la que llamó en garantía a la aseguradora, por ello, el pago debe efectuarse únicamente por reembolso.

Al respecto, la doctrina y la jurisprudencia han indicado que como el seguro de responsabilidad cuenta con la acción del asegurado (llamamiento en garantía) y la acción directa (que puede ser ejercida por la víctima), cuando la compañía aseguradora es vinculada al proceso judicial mediante el llamamiento en garantía **-como sucede en este caso-**, surge únicamente la obligación de reembolsar lo pagado por el asegurado demandado.

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

⁸ Concepto 2019098264 ago. 29/2019, Superintendencia Financiera de Colombia.

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 (...).⁹

(Negrilla fuera del texto).

En esta misma línea la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil ha establecido 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 reembolse el monto de la condena que sufre.¹⁰

(Negrilla fuera del texto).

Por lo anterior, es imperativo que el *ad quem* revoque y modifique la decisión del Juzgado Quince (15) Administrativo del Circuito de Cali, y en su lugar, disponga que, en el remoto caso de confirmarse la condena, la obligación indemnizatoria de mi procurada deberá imponerse por reembolso y no por pago directo a los demandantes, en razón que quien llamó en garantía fue la Red de Salud de Ladera ESE y no los demandantes.

Sin más consideraciones, elevo las siguientes:

⁹ Henry Sanabria Santos. (2021). Derecho procesal civil general. Universidad del Externado.

¹⁰ Sentencia del 28 de septiembre de 1977. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil.

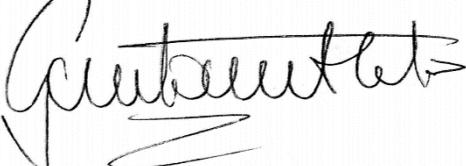
IV. PETICIONES

PRIMERA. REVOCAR en su totalidad la Sentencia de Primera Instancia No. 164 del 19 de agosto de 2025 proferida por el Juzgado Quince (15) Administrativo de Oralidad del Circuito de Cali, y en su lugar, se **ABSUELVA** de toda responsabilidad y condena a la **RED DE SALUD DE LADERA ESE** y a **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (antes Liberty Seguros S.A.)**.

SEGUNDA. En el remoto caso que la anterior pretensión no prospere, solicito al *ad quem* **REVOCAR** parcialmente la Sentencia de Primera Instancia No. 164 del 19 de agosto de 2025 en su numeral sexto, en el sentido de **ABSOLVER** de toda responsabilidad patrimonial a **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (antes Liberty Seguros S.A.)** en virtud de la falta de cobertura temporal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector de Sanidad No. 438436, de conformidad con lo expuesto en el recurso.

TERCERA. En subsidio de lo anterior, en el caso que el *ad quem* considere confirmar la declaratoria de la responsabilidad patrimonial en contra de **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (antes Liberty Seguros S.A.)** solicito **REVOCAR** parcialmente la Sentencia de Primera Instancia No. 164 del 19 de agosto de 2025 en su numeral sexto en lo referente a reconocer que la obligación indemnizatoria de la compañía aseguradora está determinada por el sublímite del amparo para los perjuicios morales y daño la salud, el cual asciende a la suma de \$125.000.000 pesos m/cte. por evento, y al deducible pactado en la Póliza que corresponde al 10% del valor de la pérdida. Así mismo, que la condena en contra de mi procurada debe imponerse exclusivamente por reembolso y no por pago directo a los demandantes, ya que HDI Seguros S.A. (antes Liberty Seguros S.A.) fue llamada en garantía y no figura como demandada directa al interior de este proceso de reparación directa.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No.19.395.114 de Bogotá D.C.

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