

Medellín, 3 de febrero de 2025

Señores

Juzgado 1° Civil del Circuito de Palmira

E. S. D.

Proceso:	Verbal – Responsabilidad Civil
Demandantes:	Carlos Darío Gómez Ceballos y otros
Demandada:	Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca y otros
Radicado:	76520310300120240005400
Asunto:	Contestación a la demanda y al llamamiento en garantía de Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca

Santiago Agudelo Giraldo, identificado con cédula de ciudadanía 1.000.763.198 y tarjeta profesional 424.127 del C. S. de la J., en calidad de abogado adscrito a la sociedad de servicios jurídicos RESTREPO & VILLA ABOGADOS S.A.S., quien es apoderada judicial de Chubb Seguros de Colombia S.A (en adelante Chubb), dentro del proceso de la referencia, de conformidad con el poder y los certificados que se aportan, me permito dar respuesta a la demanda promovida por el señor Carlos Darío Gómez Ceballos y otros en contra de la EPS Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S y otros, al llamamiento en garantía formulado por esta a la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca y otros y, finalmente, dar respuesta al llamamiento en garantía formulado por esta a Chubb Seguros Colombia S.A., en los siguientes términos:

SECCIÓN I. CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. Oportunidad de la contestación.

De conformidad con el artículo 66 del Código General del Proceso, una vez admitido el llamamiento en garantía se debe correr traslado al llamado por el mismo término de la demanda inicial que, para el caso que nos ocupa, corresponde al establecido por el artículo 369 del mismo estatuto procesal por cuanto se trata de un proceso verbal:

“ARTÍCULO 369. TRASLADO DE LA DEMANDA. Admitida la demanda se correrá traslado al demandado por el término de veinte (20) días.”

Resulta, además, aplicable lo establecido en el artículo 8 de la ley 2213 de 2022, según el cual, la notificación personal mediante dirección electrónica “se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a contarse cuándo el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje”.

Así las cosas, el término de traslado comienza a correr una vez se surte la notificación personal. En el caso concreto la notificación se surtió a la aseguradora que represento a través de correo electrónico el 16 de diciembre de 2024 a la

dirección de correo electrónico NotificacionesLegales.Co@Chubb.com, quedando surtida el 18 de diciembre de 2024 (dos días hábiles siguiente al envío del correo) y los 20 días de traslado comenzaron a contabilizarse a partir del día hábil siguiente, 19 de diciembre de 2024 y hasta el 6 de febrero de 2025, por lo tanto, la presente contestación se allega dentro del término procesal.

18/12/24, 4:48 p.m.

Correo: Valentina Olarte Flechas - Outlook

From: Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>
Sent: lunes, 16 de diciembre de 2024 4:26 p. m.
To: Chubb Latinamerica Colombia - Notificacion Lgl INTL - Colombia <NotificacionesLegales.Co@Chubb.com>
Cc: notificacionesjudiciales@comfandi.com.co; MARTHA STELLA <martha.escallon@conava.net>; J01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co
Subject: [EXTERNAL] 7652031030012024005400 NOTIFICACION LLAMAMIENTO EN GARANTIA CHUBB COLOMBIA SEGUROS SA

Señores:
CHUBB COLOMBIA SEGUROS SA.
CALI – VALLE DEL CAUCA
notificacioneslegales.co@chubb.com
E. S. D.

**Referencia: NOTIFICACION LLAMAMIENTO EN
GARANTIA CHUBB COLOMBIA SEGUROS SA
PROCESO VERBAL RCM
DEMANDANTE: CARLOS DARIO GOMEZ CEBALLOS Y OTROS
DEMANDADO: COMFANDI Y OTROS
DESPACHO: JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA
RADICACIÓN: 76-520-31-03-001-2024-0054-00**

II. A los hechos de la demanda.

Al 1. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta la fecha de fallecimiento de la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos, ni cuantos años tenía a la fecha de su deceso. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. En todo caso, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 2. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, y asuntos que competen a la órbita personal de los demandantes, a Chubb no le consta la EPS a la cual se encontraba afiliada la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos, ni la calidad de tal afiliación. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 3. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta la fecha y hora en la cual fue intervenida la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos en la institución de salud referida. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

No obstante lo expuesto, es fundamental aclarar, según consta en la historia clínica que obra en el expediente, que la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos fue programada para una cirugía el 30 de junio de 2022, debido a antecedentes de episodios de dolor abdominal tipo cólico en el hemiabdomen superior, acompañados de intolerancia alimentaria. Los resultados de los estudios de ecografía hepatobiliar revelaron la presencia de cálculos en la vesícula biliar, lo que llevó a la recomendación de realizar una colecistectomía.

En este contexto, la paciente suscribió previamente los consentimientos informados correspondientes tanto para el procedimiento quirúrgico como para la anestesia, después de haber recibido una explicación exhaustiva sobre los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento, los cuales comprendió y aceptó de manera voluntaria y consciente.

Al 4. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta el diagnóstico emitido por la IPS señalada respecto a la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

A pesar de lo mencionado anteriormente, es importante aclarar que, según la documentación que se encuentra en el expediente, en la historia clínica de la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos está registrada una anotación correspondiente al 30 de junio de 2022, día de la cirugía. En este registro, se establece el diagnóstico principal y postoperatorio de "Cálculo en la vesícula biliar sin colecistitis".

Al 5. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta las manifestaciones realizadas en este numeral por la parte actora. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante precisar que, de acuerdo con la información contenida en el expediente, particularmente en el informe quirúrgico de la colecistectomía laparoscópica, se describe que, luego de realizar las correspondientes medidas de asepsia y antisepsia y de colocar los campos operatorios, se procedió a realizar la infiltración y las incisiones para los puertos quirúrgicos. A continuación, se efectuó la exploración abdominal mediante laparoscopia, durante la cual se identificaron adherencias severas en la cavidad abdominal.

Ante este hallazgo, el cirujano general, Dr. Germán Arango Botero, tomó la decisión de suspender el procedimiento en ese momento, dado que las condiciones encontradas no garantizaban la seguridad necesaria para continuar la intervención. El cierre de las heridas se realizó sin complicaciones, sin sangrado ni otros eventos adversos, y la paciente fue trasladada a la sala de recuperación, donde su evolución fue satisfactoria, sin complicaciones, lo que permitió su alta médica el mismo día.

En este contexto, se consideró necesario reprogramar la cirugía en un entorno de mayor complejidad (nivel III), con la presencia obligatoria de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y con el pleno consentimiento y acuerdo de la paciente. Es relevante señalar que, en el ámbito médico, la colecistectomía laparoscópica se considera el procedimiento estándar y preferido para tratar las afecciones de la vesícula biliar. Aunque ambas técnicas, laparoscópica y abierta (laparotomía), conllevan el riesgo inherente de lesiones intestinales, la laparoscopia tiene claras ventajas, como menor dolor postoperatorio, cicatrices más pequeñas, reducción en el tiempo de hospitalización y un menor impacto hemodinámico en el paciente, lo que hace que esta técnica sea la opción preferida.

En relación con los detalles descritos en la historia clínica, no se encuentran inconsistencias en la documentación proporcionada por el equipo médico liderado por el Dr. Arango Botero, especialmente en lo que respecta al tiempo transcurrido durante la cirugía y la posterior suspensión de la misma, tal como se ha explicado anteriormente. En la nota operatoria se registra que la intervención quirúrgica comenzó a las 8:20 a.m. y concluyó a las 9:15 a.m. Además, la primera nota de recuperación, que confirma la estabilización de la paciente, se encuentra registrada a las 9:25 a.m., lo que demuestra que la paciente estuvo en la sala de cirugía únicamente durante el tiempo reflejado en los registros. Por lo tanto,

no existen pruebas que sugieran irregularidades en los tiempos documentados en la historia clínica. Cualquier alegato contrario deberá ser respaldado por pruebas científicas válidas.

Al 6. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta las manifestaciones realizadas en este numeral por la parte actora. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

No obstante lo expuesto, es fundamental destacar que, según la documentación contenida en el expediente y en las historias clínicas proporcionadas, se confirma que, durante la consulta realizada en la noche del día siguiente en la Clínica Palmira, la paciente manifestó un dolor intenso, indicando que no podía soportarlo. Al realizar la exploración física, se observó un estado general de malestar, con temblores en las extremidades distales y un incremento del dolor abdominal. Durante la valoración médica, se identificó un posible cuadro de apendicitis, al presentar un signo de Bloomberg positivo durante la palpación abdominal, acompañado de distensión en la cavidad abdominal.

Ante estos hallazgos, se procedió inmediatamente a administrar tratamiento analgésico y a implementar medidas de reanimación. Además, se solicitó la intervención urgente del cirujano de guardia para una valoración más detallada, dado que se identificó un cuadro clínico de abdomen agudo. Como parte del protocolo, se ordenaron los estudios paraclínicos necesarios para evaluar de manera más precisa el estado de la paciente y determinar el tratamiento adecuado.

Al 7. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta lo manifestado por la parte actora en este hecho. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

A pesar de lo expuesto anteriormente, no parece ser correcta la descripción realizada por el apoderado de la parte actora, ya que, según se detalla en el registro de la nota quirúrgica correspondiente a la colecistectomía que finalmente no pudo llevarse a cabo, se explica que, al iniciar el procedimiento quirúrgico mediante laparoscopia, se encontraron adherencias abdominales severas. Frente a este hallazgo, el cirujano, de manera cautelosa, razonable y con fundamento en el protocolo médico, decidió suspender la intervención, dado que las complicaciones que se presentaban en ese momento dificultaban significativamente la seguridad del procedimiento. La distorsión anatómica generada por las adherencias impedía la identificación adecuada de la vesícula biliar y los conductos biliares, lo que aumentaba considerablemente el riesgo de lesiones iatrogénicas.

Por otro lado, lo que resulta inconsistente con lo documentado en la historia clínica es la afirmación realizada por el cirujano general, según la cual se habrían producido complicaciones graves durante la cirugía, tal como aparentemente se le comunicó a la hija de la paciente. Esta declaración no se encuentra respaldada por los hechos registrados, por lo que cualquier alegación en este sentido deberá ser sustentada con pruebas claras y válidas.

Al 8 Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta lo relativo a las ayudas diagnósticas señaladas y sus resultados. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido

relacionado es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 9. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta lo relativo a la valoración referida, ni las demás manifestaciones realizadas en este hecho. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. En todo caso, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 10. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta lo relativo a la valoración por el cirujano referido ni los resultados de sus hallazgos. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 11. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le constan las consideraciones narradas en este numeral al no haber participado en las atenciones médicas referidas. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. En todo caso, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 12. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le constan las manifestaciones narradas en este numeral al no haber participado en el as atenciones médicas señaladas. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. En todo caso, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 13. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le constan las manifestaciones narradas en este numeral al no haber participado en el as atenciones médicas señaladas. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. En todo caso, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

A pesar de lo anterior, es crucial señalar que, según se detalla en el registro de la historia clínica de la Clínica Palmira S.A., durante la intervención quirúrgica se identificó una lesión intestinal, concretamente una perforación en el asa del ileon terminal, aproximadamente a 15 cm de la válvula ileocecal. Este tipo de complicación constituye un riesgo inherente al procedimiento de laparoscopia, el cual está claramente especificado en el consentimiento informado firmado por la paciente antes de la cirugía.

Además, dicha complicación está documentada en la literatura médica como una posible incidencia durante procedimientos quirúrgicos similares, sin que ello implique en ningún caso una mala práctica médica. Es relevante subrayar que lesiones de este tipo pueden pasar inadvertidas durante la cirugía, ya que pueden ocurrir de forma inesperada mientras se realiza el procedimiento, tal y como ocurrió en este caso, pues, se insiste, al finalizar el acto quirúrgico no se evidenciaron complicaciones y la paciente evolucionó satisfactoriamente hasta tener condiciones estables que permitieron su egreso.

Al 14. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le constan las manifestaciones narradas en este numeral al no haber participado en el as atenciones médicas señaladas. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. En todo caso, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 15. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le constan las consideraciones narradas en este numeral al no haber participado en la atención médica referida. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al 16. Por tratarse de circunstancias ajenas a la esfera de acción de mi representada, a Chubb no le consta las consideraciones narradas en este numeral al no haber participado en la atención médica referida. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al denominado “Relativos al hecho dañoso”. Lo narrado en este apartado no corresponde a un hecho en sentido estricto, sino a una transcripción del dictamen pericial aportado con vocación de prueba, el cual no ha sido sometido a contradicción. Por lo que mi representada no está obligada a contestar y se atiene a lo que se pruebe en el proceso.

Al denominado “Hechos relativos a los demandantes”. Por tratarse de circunstancias personales de los demandantes, a mi representada no le consta la composición del grupo familiar de la señora Rosa Emilda Gómez, ni las supuestas afectaciones narradas en este acápite. Al respecto, es importante precisar que la prueba del contenido relacionado en el presente numeral es carga de los demandantes conforme la legislación procesal. De cualquier forma, Chubb manifiesta que se atiene a lo que se encuentre probado por el Despacho en el proceso.

Al denominado “Hechos relativos a los demandados”. Este apartado no contiene un hecho en sentido estricto, sino el fundamento legal para imputar responsabilidad al extremo pasivo, por lo tanto, mi representada no se encuentra obligada a responder.

III. Oposición a las pretensiones de la demanda.

Actuando en nombre y representación de **Chubb Seguros Colombia S.A.** me opongo expresamente a la prosperidad de todas las pretensiones declarativas y de condena formuladas en la demanda en contra de **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca** por no existir responsabilidad en cabeza de la entidad demandada por los hechos que se le imputan. En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho absolver a la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca** de cualquier imputación de responsabilidad y, correlativamente, condenar a la parte demandante al pago de las costas y agencias en derecho que se causen con ocasión del trámite del proceso.

En particular, me opongo a la prosperidad de las **pretensiones**, así:

A la PRIMERA y SEGUNDA. Me opongo a que se declare que la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca** es civil, extracontractualmente y solidariamente responsable por los perjuicios extrapatrimoniales que afirma haber sufrido la parte actora con ocasión de los servicios en salud prestados por **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca a la señora** Rosa Emilda Gómez Ceballos, pues la atención que la paciente recibió en la institución asegurada fue oportuna, especializada, de calidad y respetuosa de los protocolos médicos aplicables y *la lex artis* aplicable al caso. Por tanto, no existió falla en la prestación del servicio médico que permita imputarle responsabilidad a la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca**.

Se anota, además, que la demanda se refiere a varias atenciones en salud completamente diferentes, en las cuales ninguna participación tuvo la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca**. por lo que a esta entidad no se le puede endilgar ninguna responsabilidad por lo sucedido en dichas atenciones.

A la TERCERA. Me opongo a que se condene al reconocimiento de los perjuicios extrapatrimoniales de la siguiente manera:

A las pretensiones 3.1 a la 4.6. Me opongo a que se condene a la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca** al reconocimiento de los supuestos daños morales y daño a la vida de relación ocasionados a las supuestas víctimas indirectas, pues estos carecen de fundamento. Lo anterior debido a que la historia clínica que se obra en el expediente da cuenta de la calidad, oportunidad y continuidad de las atenciones que se le brindó al paciente.

Adicionalmente, si se revisan las cuantías de los perjuicios extrapatrimoniales pretendidos por la parte actora, se constata que superan, por mucho, los parámetros que ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, por lo que, aún si se lograra probar la existencia de esos perjuicios, de ninguna manera podrían reconocerse en las cuantías solicitadas en la demanda. Debe recordarse que, en sede civil, a diferencia de lo establecido en lo contencioso administrativo, la Corte Suprema de Justicia no ha establecido ninguna presunción del daño moral o daño a la vida de relación más allá del primer grado de consanguinidad, en este sentido debe probarse el sufrimiento, congoja o tristeza que hayan sufrido todas las víctimas indirectas o el cambio radical en sus condiciones de existencia, elementos que no se encuentran acreditados en el presente proceso.

IV. Objeción al juramento estimatorio

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, de manera expresa **objeto** la estimación de los perjuicios efectuada bajo juramento en la demanda, pues aunque la estimación se realiza tomando como referencia los perjuicios extrapatrimoniales, puede inferirse que se hizo una sobreestimación del mismo por cuanto:

- 1) El juramento estimatorio realizado en la demanda contempla los perjuicios extrapatrimoniales, los cuales por expresa disposición legal, se encuentran excluidos de la estimación razonada de la cuantía, en efecto, el artículo 206 expone:

“El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales. Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz”.

- 2) La estimación de perjuicios referida a los daños morales desconoce la jurisprudencia que en materia civil ha dispuesto la Corte Suprema de Justicia.

V. Defensas y excepciones.

Obrando en nombre y representación de **Chubb Seguros Colombia S.A.**, además de las que han sido formuladas al dar respuesta a los hechos de la demanda y de las que resulten probadas en el proceso, las cuales deberá declarar de oficio el Despacho de conformidad con lo establecido en los artículos 282 del C.G.P., propongo desde ahora las siguientes defensas y excepciones:

1. Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa del Asegurado la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca.

La doctrina y la jurisprudencia nacional e internacional aceptan, de manera pacífica, que la gran mayoría de casos en los que se analiza la responsabilidad derivada de un acto médico corresponden a un tipo de responsabilidad de naturaleza subjetiva, y ello es así, porque pese a los múltiples avances en el campo de la medicina, esta sigue siendo una ciencia inexacta. Lo anterior quiere decir que, para que sea posible la imputación de responsabilidad estatal, es indispensable la constatación de una conducta culposa relevante en la causación del resultado dañoso que, en los casos de responsabilidad médica, corresponde a una falla médica imputable a los demandados. De esta manera, solo en casos excepcionalísimos se ha hablado de responsabilidad objetiva, y unos y otros dependen del marco obligacional aplicable al agente.

Ahora bien, cuando lo que se discute es la eventual responsabilidad civil, corresponde al demandante demostrar con plena prueba, que el daño fue causado por una conducta negligente, culposa, imprudente o imperita del demandado por haber inobservado las leyes, protocolos y en general la *lex artis* aplicable al caso; siendo la responsabilidad médica un régimen en el que rige, como principio general la culpa probada imputable al presuntamente responsable. Y éste es el principio que rige en el caso *sub judice*.

Por lo tanto, para que la parte demandada resulte responsable en este caso, es indispensable que la parte demandante logre acreditar una conducta culposa atribuible a cada uno de los demandados. Sin embargo, destacamos desde ya que, en el proceso de la referencia, tal prueba no será lograda por los demandantes, pues como se verá en el trámite del proceso, la atención médica brindada a la víctima directa por parte de la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca** fue ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención y a la *lex artis ad hoc*.

En este punto, pues, es preciso recordar que el concepto de culpa comporta siempre un defecto de conducta concreto respecto a un modelo de conducta abstracto. De esta manera, para que la culpa sea atribuible a los demandados, corresponde a la parte demandante demostrar –con plena prueba– la desviación que separa la conducta concreta del demandado del modelo de conducta que la ley positiva asume como regla. Y esta demostración no será posible en el caso bajo análisis, pues la atención brindada a la víctima directa fue diligente y cuidadosa.

Así, en lo que respecta al campo médico, se ha propuesto como definición de culpa médica aquella “culpa que el profesional de la medicina comete infringiendo las reglas que regulan el funcionamiento de la misma, de la llamada *lex artis* o *lex artis ad hoc*”¹. En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha señalado que:

“...fuera de la negligencia o imprudencia que todo hombre puede cometer; **el médico no responde sino cuando, en consonancia con el estado de la ciencia o de acuerdo con las reglas consagradas por la práctica de su arte, tuvo la imprudencia, la falta de atención o la negligencia que le son imputables y que revelan un desconocimiento cierto de sus deberes**”².

Ahora, si bien la *lex artis* corresponde a los criterios de conducta generales y abstractos dictados por una ciencia específica, ella debe analizarse teniendo en cuenta las peculiaridades de cada caso, de manera que el análisis asentado de la *lex artis* al supuesto concreto, nos sitúa en la conocida *lex artis ad hoc*³. De esta manera, exigir que la actuación del profesional médico se rija por la *lex artis ad hoc*, implica que el médico debe aplicar los conocimientos y protocolos de su ciencia al caso concreto, actuando en consideración a las particularidades del paciente; y este análisis es extrapolable al que debe hacer el juez, *a posteriori*, al momento de evaluar la diligencia de la conducta del profesional de la salud demandado. En consecuencia, la determinación de la idoneidad de la conducta del profesional de la medicina implica que se evalúe la efectiva y adecuada aplicación de las reglas y protocolos de la ciencia médica al caso concreto, y la consideración de las características particulares del cuadro clínico del paciente y de la evolución de éste.

En consecuencia, teniendo en cuenta que en el caso *sub judice* la atención brindada al paciente fue diligente, cuidadosa y en todo momento conforme con la *lex artis ad hoc*, la parte demandante no podrá acreditar culpa alguna imputable al cuerpo médico encargado de atender al paciente, de manera que, al no contarse con uno de los elementos esenciales para que se estructure la responsabilidad imputable a la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca** esto es la culpa, ninguna responsabilidad puede atribuirse al asegurado y las pretensiones de la demanda deben despacharse desfavorablemente.

2. Materialización de un riesgo inherente: existencia de consentimiento informado brindado por la paciente.

En todo procedimiento quirúrgico existen riesgos propios e inherentes al mismo, los cuales fueron debidamente informados por los profesionales de salud de la institución **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI** a la paciente, quien en su momento manifestó aceptar.

Sobre lo que debemos entender por riesgo inherente, el doctor Andrés Felipe Villegas García, en su artículo “*La Materialización del Riesgo Inherente y su Diferenciación con la Culpa Médica*”, publicado en la Revista No. 24 del Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado, resalta:

“El riesgo inherente es aquella complicación que se puede presentar por la sola realización del acto médico como tal, y que tiene por causas la complejidad o la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se

¹ Fernández, José. Sistema de responsabilidad médica. Granada: Ed. Comares, 2002. p. 96. Asúa, Clara. Responsabilidad civil médica. Reglero, Fernando (Coord.) Tratado de responsabilidad civil, Tomo II. Navarra: Aranzadi, 2002. p. 984.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, Op.cit., p.116 ss, apoyada en la Sentencia de Casación francesa del 27 octubre de 1938.

³ Fernández, José. Op. cit., p. 249 ss. En similar sentido Santos Ballesteros, Jorge. Instituciones de responsabilidad civil. Bogotá: Javegraf, Tomo III, 2006. p. 295.

utilizan para llevarlos a cabo, el cual, una vez materializado o realizado, produce un daño físico o psíquico en el paciente, sin que lo anterior implique una negligencia médica, impericia, imprudencia o violación de reglamentos.

Cuando hablamos de riesgo inherente aceptamos la existencia de un procedimiento médico que puede causar un daño, que tiene por explicación, un fenómeno distinto al actuar médico y únicamente imputables a factores externos a su obrar.

Ese riesgo es contemplado por la ciencia médica y detallado por la literatura científica que regula la materia específica. Incluso, es imposible sustraerlo o evitarlo en la práctica, entre otras, porque su aparición no depende del actuar del profesional de la medicina". (Pág. 10-11)

En igual sentido, la Corte Suprema de Justicia, en sala de Casación Civil del veinticuatro (24) de mayo de 2017, radicado SC7110-2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, ha señalado que, frente al actuar profesional de los galenos los riesgos inherentes son inseparables de su actividad médica, *"por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa"*.

En el caso que nos ocupa, se evidencia en el consentimiento informado el riesgo de complicaciones como perforación intestinal o biliar, que si bien es una patología que afecta la calidad de vida, es inherente al procedimiento como tal y a las condiciones anatómicas de cada paciente, en este caso probablemente por mayor deformidad, además por la compleja anatomía *per se* especialmente, porque la paciente presentaba adherencias por sus antecedentes quirúrgicos.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS, identificado con el documento de identidad N° 29699419 manifiesto que el (la) Doctor(a) ARANGO BOTERO, GERMAN de la IPS me ha informado que presento: K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECI STITIS; y en un lenguaje claro, sencillo y comprensible para mí, me ha explicado suficiente y adecuadamente en qué consiste dicha alteración.

Para explicarme y facilitar mi comprensión utilizó EXPLICACIÓN HABLADA y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y despejar todas mis dudas. Igualmente declaro que he recibido de parte del (la) profesional suficiente y adecuada información en términos sencillos y claros acerca de o los procedimiento(s) aconsejable(s) que me propone denominado(s):colecistectomia ; me ha indicado cuál es la naturaleza y objetivo del procedimiento que me propone y también me ha advertido acerca de los riesgos generales propios del procedimiento a realizar.

Entre los riesgos individuales correspondientes a mi caso específico mencionó:infección , sangrado , perforaacion intestinal o biliar , sepsis

(Folio 13 – archivo 24 del expediente digital)

Es importante igualmente señalar que la colecistectomía laparoscópica ofrece importantes ventajas sobre la cirugía abierta (laparotomía), con beneficios como menor dolor postoperatorio, cicatrices más pequeñas, menor tiempo de hospitalización y recuperación más rápida. Sin embargo, es fundamental señalar que la perforación intestinal representa un riesgo inherente a este tipo de procedimiento, tanto en la cirugía laparoscópica como en la abierta, especialmente en situaciones donde existen adherencias abdominales severas.

En este caso, la paciente fue adecuadamente informada sobre los riesgos asociados con la colecistectomía laparoscópica a través del consentimiento informado, en el cual se explicaron las posibles complicaciones. La decisión de suspender la intervención quirúrgica fue completamente apropiada, ya que se detectaron adherencias severas, lo que aumentaba significativamente la dificultad para llevar a cabo la cirugía de manera segura. Es importante destacar que, aunque la perforación intestinal es un riesgo conocido, este tipo de complicación puede no ser evidente durante la cirugía, lo que justifica la decisión de no continuar con el procedimiento en ese momento.

En resumen, la elección de diferir la colecistectomía laparoscópica fue la más adecuada, dado que las condiciones encontradas durante la cirugía dificultaban la disección de la vesícula biliar de forma segura y eficiente.

Así entonces, bajo este panorama es claro que las consecuencias desafortunadas por las que atravesó la señora **Rosa Emilda Gómez Ceballos**, fueron el resultado del riesgo inherente al procedimiento quirúrgico practicado, en cuyo caso el daño no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo.

En el presente caso, concluido el trámite probatorio del proceso, el Despacho podrá concluir que no se constatan los elementos del daño indemnizable, pues no existe un actuar culposo por parte de la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI**, por el contrario, se tiene una conducta perita y diligente conforme a la *lex artis*.

3. Improcedencia de la reparación de los perjuicios solicitados.

De conformidad con el artículo 167 del Código General del Proceso, *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”* de manera que, la carga de la prueba de los elementos que estructuran la responsabilidad -la conducta, el nexo de causalidad y el daño-, por regla general, recae en cabeza de la parte demandante, y la pretensión de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo. De esta manera, es la parte actora la que debe probar el daño que afirma haber sufrido, además de los demás elementos de la responsabilidad.

Adicionalmente, para que el daño sea indemnizable, debe ser cierto, directo y la parte que reclama su reparación debe probar no sólo su existencia, sino su cuantía y extensión.

En el presente caso, concluido el trámite probatorio del proceso, el Despacho podrá concluir que no se constatan los elementos del daño indemnizable, pues no existe prueba que permita acreditar la relación de causalidad entre el hecho generador que se narra en la demanda a la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI** y los daños alegados, así como la existencia y cuantía de los perjuicios patrimoniales cuya reparación se pretende.

4. Excesiva e indebida solicitud de daños extrapatrimoniales.

La responsabilidad en sentido amplio ha sido reconocida como la institución mediante la que se sitúa a la víctima en la misma posición o en la posición más semejante a la que se encontraba antes de la ocurrencia del hecho lesivo, a través de la imposición al agente de una obligación resarcitoria. No obstante, la responsabilidad patrimonial no es un instrumento de enriquecimiento de la víctima, y por esto sólo se indemnizan los perjuicios efectivamente probados, y en las cuantías y extensiones correspondientes.

En este sentido, si se revisan las cuantías de los perjuicios extrapatrimoniales pretendidos por la parte demandante, se constata que superan, por mucho, los parámetros que ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia para esos efectos en casos como el de la referencia, por lo que, aún si se lograra probar la existencia de esos perjuicios, de ninguna manera podrían reconocerse en las cuantías solicitadas en la demanda.

Así las cosas, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de dos de los elementos de la responsabilidad civil, el daño y nexo de causalidad. En el remoto evento en el que se constate responsabilidad imputable al asegurado de Chubb en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil.

5. Improcedencia de una sentencia condenatoria

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos en este capítulo, solicito al Despacho desestimar las pretensiones de la demanda, por la inexistencia de los elementos de la Responsabilidad civil: el daño, la conducta culposa de los demandados y el nexo de causalidad.

En el remoto evento en el que se constate responsabilidad imputable a la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI** en el proceso de la referencia, ruego al Despacho constatar que exista plena prueba de los perjuicios reclamados y efectuar las correctas tasaciones de estos, con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

SECCIÓN II. CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE LA CAJA DE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFANDI.

I. A los hechos del llamamiento en garantía.

AI PRIMERO y SEGUNDO. Por tratarse de actos ajenos a la esfera de la Aseguradora que represento, a Chubb no le consta el contrato suscrito entre EPS Servicio Occidental de Salud S.A y la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca, ni las obligaciones adquiridas por las partes en virtud de este. Tampoco le consta a mi representada si fue con ocasión de este contrato que en la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca se atendió a la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos al respecto mi representada se atiene al contenido íntegro del contrato y a lo que resulte probado en el proceso.

AI TERCERO. Es cierto que la EPS Servicio Occidental de Salud S.A y la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca fueron demandadas en responsabilidad civil médica por el señor Carlos Darío Gómez y otros, de conformidad con el auto admisorio de la demanda proferido por el Juzgado 1 Civil del Circuito de Palmira. Respecto a los señalamientos que fundamentan la demanda según la llamante, no comportan un hecho en estricto sentido, refiere consideraciones jurídicas subjetivas ante las cuales mi representada no está en la obligación de pronunciarse.

Al CUARTO (erróneamente marcado como SEXTO). Este numeral no contiene un hecho sino una apreciación subjetiva de la llamante en garantía; sin embargo, se advierte que no es cierto que la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca se encuentre obligada a mantener indemne a EPS Servicio Occidental de Salud S.A frente a una eventual sentencia condenatoria, en la medida en que actuó de forma diligente y cuidadosa en cumplimiento de sus obligaciones legales y contractuales como IPS.

II. A las pretensiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de Chubb, me opongo a la prosperidad de las pretensiones del llamamiento en garantía que realiza EPS Servicio Occidental de Salud S.A en contra de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca por no existir responsabilidad en cabeza de este último por los hechos objeto de demanda, dado que a la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos Gómez se le brindó una atención diligente, cuidadosa y respetuosa de la ley y los protocolos aplicables al caso.

En consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho absolver a la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca y a Chubb de cualquier imputación de responsabilidad y, correlativamente, condenar a la parte demandante y a EPS Servicio Occidental de Salud S.A al pago de las costas y agencias en derecho que se causen con ocasión del trámite del proceso.

III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía.

Además de las defensas y excepciones planteadas al dar respuesta a los hechos del llamamiento en garantía y de las que resulten probadas en el proceso, que deben ser declaradas de oficio por el Despacho de conformidad con el Código General del Proceso, propongo las siguientes:

1. Diligencia y cuidado: Ausencia de culpa y, por ende, de responsabilidad de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca

En este punto, debe advertirse que no obstante lo establecido en el contrato suscrito entre EPS Servicio Occidental de Salud S.A y la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca, no puede dejarse de lado el hecho de que la responsabilidad civil médica es, en términos generales una responsabilidad con culpa probada.

En este caso estamos, precisamente, ante un supuesto de responsabilidad con culpa probada, donde les corresponde a los demandantes -y a la llamante en garantía- demostrar la culpa de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca para que se le pueda imputar responsabilidad a esta entidad y el incumplimiento de las obligaciones contractuales para la prosperidad del llamamiento.

Sin embargo, existen en el expediente importantes indicadores de la ausencia de responsabilidad de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca, pues la atención en salud brindada a la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos, por los profesionales en salud de la entidad, fue ajustada a los protocolos vigentes para el momento de la atención y a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, fue adecuada, además de oportuna y de calidad.

Por consiguiente, teniendo en cuenta que en el caso *sub judice* la atención brindada a la señora Rosa Emilda Gómez Ceballos, fue diligente, cuidadosa y en todo momento conforme con la *lex artis ad hoc*, no podrá establecerse culpa alguna imputable al cuerpo médico encargado de atender al paciente, de manera que, al no contarse con uno de los elementos esenciales para que se estructure la responsabilidad imputable a la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca, esto es, la culpa o la falla médica, ninguna responsabilidad puede atribuirse a la entidad; así como tampoco puede establecerse un incumplimiento contractual, por tanto las pretensiones del llamamiento en garantía de EPS Servicio Occidental de Salud S.A deben despacharse desfavorablemente.

2. Cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de la IPS Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca.

El fundamento del llamamiento en garantía formulado por EPS Servicio Occidental de Salud S.A en contra de Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca es el contrato de prestación de servicios de salud, en virtud del cual, la IPS Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca, se obligó a prestar de manera oportuna, diligente y cuidadosa el servicio de salud a los afiliados de la Entidad Promotora de Salud, por lo que, el llamamiento en garantía solo podrá prosperar si hubo un incumplimiento por parte de la IPS de sus obligaciones contractuales y legales. De modo que, si la condena a la entidad demandada se da por un error administrativo, como lo es la no realización oportuna de actos administrativos que conllevan el retraso de la atención en salud, deberá negarse el llamamiento en garantía, pues dichos actos no son obligaciones de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca, ni corresponden a su competencia, pues a la IPS solo le corresponde brindar un servicio médico de calidad.

De acuerdo con el contrato suscrito y con la ley, las gestiones de índole administrativo y organizacional competen única y exclusivamente a la Entidades Promotoras del Servicio de Salud y, por ello, el incumplimiento de estas obligaciones solo le es imputable a las EPS y en ningún caso a las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud cuya responsabilidad se encuentra limitada a los actos médicos. Así lo ha planteado la Corte Suprema de Justicia⁶:

“El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito” (Resaltado propio)

Así las cosas, si en el presente caso la condena de la entidad demandada y llamante en garantía se da por trámites administrativos, no podrá prosperar el llamamiento en garantía formulado en contra de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca, y, en consecuencia, deberá absolversele de responsabilidad al igual que a mi representada.

SECCIÓN III. CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFANDI A CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

I. A los hechos del llamamiento en garantía.

Al PRIMERO. Es parcialmente cierto. A pesar de que es cierto que entre la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca** como tomador y ocupando además la calidad de asegurado y Chubb Seguros, se suscribió el contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, que se ha instrumentalizado a través de diversas pólizas, no es cierto que la póliza llamada a afectarse sea la Póliza No. 12-67245, por el contrario, para el presente caso la llamada a afectarse es la Póliza No. 12-62477. Dicha póliza funciona bajo la modalidad de reclamación y ampara las reclamaciones formuladas por primera vez dentro de la vigencia comprendida entre el 2 de septiembre de 2023 hasta el 1 de junio de 2024. Adicionalmente, la fecha de retroactividad data del 30 de septiembre de 2006.

Según la información que reposa en el expediente, el asegurado habría conocido por primera vez de la reclamación formulada en su contra por estos hechos el 27 de febrero de 2024 por medio del traslado de la radicación de la demanda, se trata de una reclamación presentada por primera vez durante el período de vigencia de la póliza No. 12-62477 (Vig. 02 de septiembre de 2023 a 01 de junio de 2024), por un acto médico ocurrido el 30 de junio de 2022, dentro del período de retroactividad (30 de septiembre de 2006), por lo que el evento contaría con cobertura desde el punto de vista temporal.

Al SEGUNDO. Es parcialmente cierto. A pesar de que es cierto que los hechos objeto de controversia tuvieron lugar entre el 30 de junio al 2 de julio de 2022, ubicándose dentro del periodo de retroactividad, no es cierto que la póliza llamada a afectarse sea la Póliza No. 12-67245, por el contrario, para el presente caso la llamada a afectarse es la Póliza No. 12-62477. Dicha póliza funciona bajo la modalidad de reclamación y ampara las reclamaciones formuladas por primera vez dentro de la vigencia comprendida entre el 2 de septiembre de 2023 hasta el 1 de junio de 2024. Adicionalmente, la fecha de retroactividad data del 30 de septiembre de 2022. Al respecto, se refiere lo explicado en el hecho inmediatamente anterior.

Al TERCERO. Es parcialmente cierto. A pesar de que es cierto que la parte actora no agotó el requisito de procedibilidad, toda vez que solicitó medidas cautelares, no es cierto que la primera vez que el asegurado conoció de esta reclamación haya sido el 3 de julio de 2024, pues habría conocido por primera vez de la reclamación formulada en su contra por estos hechos el 27 de febrero de 2024 por medio del traslado de la radicación de la demanda, por tanto, no es cierto que la póliza llamada a afectarse sea la 12-67245.

Al CUARTO. Este numeral no contiene propiamente un hecho sino consideraciones jurídicas y subjetivas de la llamante en garantía, por lo que mi representada no se encuentra obligada a responder. En todo caso, Chubb manifiesta que se atiene a lo que la parte demandante, sobre quien recae la carga de la prueba, logre acreditar en el proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, se aclara que a pesar de que la póliza No. 12-62477 tendría cobertura temporal por haberse realizado la primera reclamación al asegurado dentro de la vigencia de la póliza y haber ocurrido los hechos con posterioridad al periodo de retroactividad, debe comprobarse adicionalmente que no existan exclusiones aplicables o incumplimiento de garantías por parte del asegurado, para definir que el evento cuente con cobertura total.

Al QUINTO. Este numeral no contiene propiamente un hecho sino consideraciones jurídicas y subjetivas de la llamante en garantía, por lo que mi representada no se encuentra obligada a responder. En todo caso, Chubb manifiesta que se atiene a lo que la parte demandante, sobre quien recae la carga de la prueba, logre acreditar en el proceso.

Sin perjuicio de lo anterior se aclara que el llamamiento en garantía es el medio procesal dispuesto para el ejercicio de la pretensión revérsica, es decir, para exigir de otro una obligación legal o contractual a “...*el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso* ...” (subrayas fuera del texto), de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del CGP. Por tanto, en caso de prosperar el llamamiento en garantía, no podría condenarse a Chubb a pagar directamente la indemnización a los demandantes, sino a reembolsarle a **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI** lo que esta tenga que pagarles, por supuesto dentro de los términos y condiciones acordados en la póliza.

II. A las pretensiones del llamamiento en garantía

Actuando en nombre y representación de **Chubb**, solicito al Despacho dar estricta aplicación al contrato de seguro celebrado entre **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI** como tomador y asegurado, y **Chubb Seguros Colombia S.A.** como asegurador, instrumentalizado en las Pólizas No. 12-67245 y 12-62477. de Responsabilidad Civil Profesional Médica, contratada bajo la modalidad *claims made*.

En todo caso, en el remoto evento en que llegare a ser condenada la entidad **asegurada**, solicito se observen los términos del contrato de seguro instrumentado en la Póliza No. 12-62477 vigente para el momento de la reclamación. Así, para efectos de determinar las prestaciones económicas a las que tiene eventualmente derecho el asegurado, en caso tal de llegarse a considerar que la póliza mencionada debe afectarse, solicito al Despacho tener en cuenta lo siguiente:

- A. La póliza que sirve de fundamento al presente llamamiento en garantía, las normas legales (artículo 1127 a 1133 del Código de Comercio Colombiano) y los principios generales de los seguros de daños, describen de manera precisa los amparos, coberturas y límites dentro de los cuales opera la Póliza que eventualmente puede afectarse por esta vinculación, contratada con **Chubb**. En consecuencia, le solicito, Señor Juez, dar aplicación estricta a las definiciones y descripciones de amparos y coberturas antes mencionados.
- B. La póliza de seguro que fundamenta este llamamiento en garantía y el Código de Comercio Colombiano, contemplan exclusiones convencionales y legales de la cobertura. En caso de encontrarse probado en el proceso un hecho que constituya una exclusión convencional o legal, solicito al Despacho declararla probada.
- C. El llamamiento en garantía es el medio procesal dispuesto para el ejercicio de la pretensión revérsica, es decir, para exigir de otro una obligación legal o contractual a “...*el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso* ...” (subrayas fuera del texto), de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del CGP. Por tanto, en caso de prosperar el llamamiento en garantía, no podría condenarse a Chubb a pagar directamente la indemnización a los demandantes, sino a reembolsarle a la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI**. lo que esta tenga que pagarles, por supuesto dentro de los términos y condiciones acordados en la póliza.
- D. En el presente caso y de conformidad con lo dispuesto en el art. 1073 del Código de Comercio, la póliza invocada en el llamamiento en garantía y la que en este escrito se señala como llamada a ofrecer cobertura temporal no se pueden afectar simultáneamente. Por tanto, en el remoto evento en que el Despacho considere que el siniestro

cuenta con cobertura, solo podrá afectar una de las dos pólizas invocadas, esto es, la póliza No. 12-62477, única que se encontraba vigente al momento de la primera reclamación elevada a nuestra asegurada.

III. Defensas y excepciones frente al llamamiento en garantía

Además de las defensas y excepciones planteadas al dar respuesta a los hechos del llamamiento en garantía y de las que resulten probadas en el proceso que deben ser declaradas de oficio por el Despacho, de conformidad con el artículo 282 del CGP, propongo las siguientes:

1. Ausencia de cobertura de la póliza No. 12-67245 por el factor temporal.

Se fundamenta este medio de defensa en las siguientes consideraciones:

1. El inciso primero del artículo 4 de la Ley 389 de 1997 introdujo en Colombia la cobertura por el sistema de reclamación o *claims made* en las pólizas de responsabilidad civil, al señalar que:

“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.” (Negrillas propias)

Al referirse a esta norma, el profesor Juan Manuel Díaz-Granados Ortiz⁷, explica:

“2.1. Modalidad de reclamación

“Este tipo de cobertura refleja la estructura internacional del sistema claims made, en la cual la póliza cubre solamente las reclamaciones que se formulen al asegurado o al asegurador durante su vigencia. La norma señala específicamente la reclamación tanto al asegurado como al asegurador, dado que desde la Ley 45 de 1990 la víctima tiene acción directa en contra del asegurador.

“A estas hipótesis se restringe el riesgo asegurado. Esto significa que, en un contexto amplio, el riesgo asegurable es la responsabilidad civil; pero en forma específica, para esta modalidad, la ley lo delimita a los reclamos formulados durante la vigencia, así los hechos generadores de responsabilidad hayan ocurrido con anterioridad (véase ilustración 9.3).”

2. En el caso que nos ocupa, como ya se anotó anteriormente, la póliza **12-67245** que fundamenta el llamamiento en garantía y donde Chubb es aseguradora, operan según el sistema de reclamación. En efecto, en las condiciones generales de las pólizas, bajo el acápite de Delimitación Temporal, se señala:

“DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las Reclamaciones presentadas por primera vez contra cualquier Asegurado durante el Periodo Contractual o el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la Reclamación deben ser posteriores a la Fecha de Retroactividad.”

Asimismo, en las condiciones particulares de las pólizas, bajo el acápite de Condiciones Adicionales, se señala:

“La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997.”

3. El periodo de vigencia la póliza No. 12-67245 fue entre el 2 de junio de 2024 y el 1 de junio de 2025; mientras que el de la póliza No. 12-62477 va desde el 2 de septiembre de 2023 al 1 de junio de 2024.
4. Ahora bien, en el caso que nos ocupa, tenemos que el asegurado debió haber tenido conocimiento por primera vez de la reclamación presentada en su contra el 27 de octubre de 2024 fecha en la que se radicó la demanda. Se desprende de lo anterior que la póliza No. 12-67245 no se encontraba vigente cuando se formuló por primera vez el reclamo en contra del asegurado, por lo cual ninguna de las pretensiones del llamamiento en garantía se encuentra llamadas a prosperar frente a la misma.
2. **Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas de las Póliza No. 12-67245 y 12-62477 por ausencia de responsabilidad imputable de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI**

Las Pólizas de Responsabilidad Civil Médica No. **12-67245 y 12-62477** tienen por objeto el amparo de los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado a causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales, siempre que el reclamo en contra del asegurado se formule dentro del periodo de vigencia de la póliza y obedezca a hechos ocurridos dentro del periodo de retroactividad. En efecto, en las condiciones particulares de la póliza, se describe el riesgo así:

“Cobertura Básica

“Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas

“Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

“La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

“Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.”

Ahora bien, por acto médico erróneo, debemos entender “... cualquier Acto Médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Profesionales prestados por el Asegurado y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del Asegurado.” (Ver cláusula 26, literal b, de las condiciones generales de la póliza).

Partiendo de las anteriores definiciones de la póliza, debe advertirse que los hechos en que se fundamenta la demanda instaurada por la parte actora, no constituyen un siniestro cubierto bajo las pólizas mencionadas, por los siguientes motivos:

- A. A través de las pólizas en comento se pretende amparar únicamente los perjuicios causados por la responsabilidad civil en que incurra el asegurado por actos médicos erróneos durante la prestación de sus servicios profesionales.
- B. No obstante lo anterior, en el caso que nos ocupa, de los argumentos desarrollados por la Asegurada en su escrito de contestación a la demanda y de los documentos que obran en el proceso, se deduce sin duda alguna, que ninguno de los perjuicios que afirman haber sufrido los demandantes, fue causado por acciones u omisiones culposas de la Clínica Asegurada, en tanto se reconoce expresamente que la entidad asegurada fue diligente y cuidadosa en el manejo del cuadro clínico del paciente.
- C. Por tanto, al no existir responsabilidad en cabeza de la entidad en calidad de asegurado, no se ha realizado el riesgo cubierto bajo la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica invocada y, por tanto, no ha nacido ninguna obligación en cabeza de la aseguradora que represento.

3. Eventual ausencia de cobertura por exclusión aplicable: incumplimiento de garantías

Bajo las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Médica No. **12-67245** y **12-62477** se ampararon los actos médicos erróneos en la prestación de los servicios profesionales por parte del asegurado, que originen una reclamación y que deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual. Sin embargo, en esta póliza expresamente se pactó como exclusión la siguiente:

“Exclusiones Adicionales

El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a:(...)

QUEDA EXCLUIDO CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS CONTEMPLADAS EN LA SECCIÓN 25 DE LA PRESENTE PÓLIZA.”

Esta exclusión debe ser analizada en concordancia con lo establecido en la cláusula 25 que estipuló lo siguiente frente a las garantías:

“25. GARANTÍAS

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:

- A. Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.*
- B. Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.*
- C. Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).”*

Concretamente en el escrito de demanda se plantea como uno de los reproches un presunto mal manejo de la historia clínica de la paciente por lo que, en el evento de que el Despacho profiera una condena con fundamento en un inadecuado manejo de esta, las Pólizas No. 12-67245 y 12-62477 no otorgarían cobertura al evento, por estar configurada la exclusión antes citada de incumplimiento de garantías, dentro de las cuales se encuentra el indebido manejo de la historia clínica, concretamente la necesidad de aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen.

4. Valores asegurados y deducibles aplicables.

En el remoto evento de que llegue a considerarse que hay lugar a condenar a **Chubb** a reembolsarle a la **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI** sumas de dinero que esta deba pagarles a los demandantes, el Despacho deberá tener en cuenta las condiciones pactadas en la Póliza No. 12-62477 única que eventualmente podría resultar afectada por ser la vigente para la primera reclamación, así:

- El valor asegurado corresponde a COP \$3.000.000.000 por reclamo y en el agregado anual.
- Además, resulta aplicable el deducible pactado, que corresponde al 10% de la pérdida, mínimo COP \$50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

Lo que significa que, ante una eventual condena a **la entidad asegurada**, donde además se le ordene a **Chubb** reembolsarle lo pagado a los demandantes, la entidad deberá asumir en cualquier caso una porción de la condena a título de deducible.

- Deberán tenerse en cuenta además otros siniestros que hayan dado lugar a pagos por parte de **Chubb**.

SECCIÓN IV. SOLICITUD DE PRUEBAS

Solicito respetuosamente al Juzgado decretar la práctica de las pruebas señaladas a continuación. Igualmente, manifiesto al Despacho que me reservo el derecho de intervenir en la práctica y contradicción de las pruebas solicitadas por las demás partes del proceso, así como en aquellas decretadas de oficio por el Despacho:

1. Interrogatorio de parte

Solicito al Despacho citar a los demandantes para que, en la audiencia fijada, estos absuelvan el interrogatorio de parte que les formularé en audiencia o por escrito.

2. Documental.

Aporto los siguientes documentos para que sean tenidos como prueba en el proceso:

- a. Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Medica No. 12-67245 y 12-62477, con sus condiciones generales y particulares.

3. Prueba testimonial de Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI

Solicito que se decreten, a instancia de Chubb, los testimonios solicitados por **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI**. en el escrito de respuesta a la demanda en llamamiento para que den cuenta de los hechos que les constan en relación con el presente proceso, los cuales podrán ser citados en los datos de contacto contenidos en la referida contestación.

4. Prueba documental de Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI

Solicito que se decreten, a instancia de Chubb, los documentos solicitados por **Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca COMFANDI**. con el escrito de respuesta a la demanda de llamamiento.

5. Oposición al decreto de las pruebas solicitadas por la parte demandante

- **Ratificación de documentos**

Manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de todos los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, aportados por la parte demandante. En consecuencia, de conformidad con art. 262 del C.G.P., solicito respetuosamente al Despacho imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación, en especial aquellos enunciados desde en el numeral 3 del acápite de pruebas de la demanda promotora del proceso.

En concreto, solicito señor juez, se ordene la ratificación del documento: Examen Psicológico del señor Carlos Dario Gómez, donde se evidencia el deterioro emocional a raíz de la muerte de su hermana, que era la figura materna del mismo.

Igualmente, manifiesto al Despacho que desconozco la autenticidad de los documentos privados, emanados de terceros y de contenido declarativo, que sean aportados por la parte demandante en alguna futura oportunidad procesal, solicitándole respetuosamente, de conformidad con lo dispuesto en el ya citado artículo 262 del C. G.P., imponer a la parte actora la carga de obtener su ratificación

- **Contradicción dictamen pericial aportado por la parte demandante.**

En caso de que el señor juez considere tener en cuenta como prueba pericial el dictamen pericial elaborado por el doctor de Felipe Merizalde García es Médico Cirujano e en virtud del artículo 228 del CGP, solicito a su Despacho se cite al perito ponente o delegado con el fin de llevar a cabo interrogatorio y contradicción del dictamen pericial.

SECCIÓN V. ANEXOS

1. Poder especial

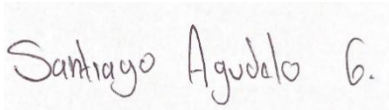
2. Certificado de existencia y representación legal Superfinanciera Chubb
3. Certificado de existencia y representación legal Chubb
4. Certificado de existencia y representación legal Restrepo & Villa Abogados
5. La documentación relacionada en el acápite de pruebas

SECCIÓN VI. DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

Chubb Seguros Colombia S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71 – 21 Torre B, Piso 7, de la ciudad de Bogotá D.C.

El suscrito apoderado recibirá notificaciones en: la Calle 18 B Sur No. 38-54, interior 1805, en Medellín, y en los correos electrónicos correos@restrepovilla.com, sagudelo@restrepovilla.com.

Atentamente,



Santiago Agudelo Giraldo

C.C. 1.000.763.198

T.P. 424.127 del C. S. de la J