

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL



JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Sentencia No. 174
Junio 3 de 2025

RADICADO: 17001-33-33-001-2018-00496- 00
NATURALEZA: Reparación Directa
DEMANDANTE: María Gladys Clavijo González y Otros
DEMANDADO: Nación - Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección Territorial de Salud de Caldas
Superintendencia Nacional de Salud
E.P.S Servicio Occidental de Salud S.A S.O.S
Clínica Versailles S.A (actualmente Clínica Ospedale)
LLS. EN GARANTÍA: Axa Colpatría S.A
Allianz Seguros S.A
Sparta S.AS
La Previsora S.A
David Giraldo Ocampo Garcia
Edison Rafael Pitre Montero

I. Asunto

Procede el Despacho a proferir sentencia dentro del proceso referenciado anteriormente¹.

II. Antecedentes

2.1. Pretensiones

Pretende la parte demandante que se declare responsable administrativa y patrimonialmente a las demandas por los perjuicios causados a los demandantes, con ocasión del fallecimiento del señor José Derio Clavijo González, que se alega causada por la privación de un diagnóstico y tratamiento oportuno, por ende, pretende que se reconozcan los montos indemnizatorios pertinentes por los perjuicios morales², por el daño a la vida en relación³ generados.

2.2. Hechos Relevantes

Se expuso que el señor **J.D.C.G.**, de 61 años de edad, se encontraba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo el régimen contributivo, a través de la EPS Servicio Occidental de Salud S.A.

¹ Atendiendo a la facultad de agrupación temática de asuntos de que trata el artículo 74J de la Ley 270 de 1996 -adicionado por la Ley 2430 de 2024-, advirtiéndose que el presente asunto entraña reiteración de jurisprudencia, pues sobre el tema central del presente litigio -responsabilidad del estado por prestación de servicios médicos- se han emitido otros pronunciamientos por parte de este Despacho y sus superiores funcionales.

² Tasados en la suma de 100 S.M.L.M.V para cada uno de los demandantes.

³ Tasados en la suma de 150 S.M.L.M.V. para cada uno de los demandantes

El 6 de mayo de 2016, a las 12:41 p.m., fue atendido por la doctora **Ana María Arenas Dávila**, quien consignó como motivo de consulta la presencia de dolor abdominal de tres días de evolución, formulando como diagnóstico inicial un “dolor abdominal en estudio”. En consecuencia, ordenó la realización de un cuadro hemático y un examen parcial de orina. Posteriormente, a las 4:28 p.m., se evaluaron los resultados del hemograma, los cuales revelaron leucocitosis con neutrofilia. Ante estos hallazgos, se solicitó valoración por cirugía general.

El 7 de mayo se registró que el cuadro clínico permanecía sin variación, manteniéndose en observación. Para el 8 de mayo, el paciente continuaba bajo observación médica y fue valorado por el cirujano de turno, quien ordenó realizar un nuevo hemograma de control para definir si procedía el egreso hospitalario.

El 10 de mayo de 2016, el paciente reingresó a la Clínica Versalles y fue atendido por la doctora **Margarita María Arango Pinilla**, quien ordenó nuevos exámenes de sangre y solicitó una nueva valoración por cirugía general. Inició tratamiento médico con amoxicilina-sulbactam y tramadol, siendo posteriormente hospitalizado.

El 11 de mayo, el equipo médico indicó sospecha diagnóstica de colangitis ascendente. El 12 de mayo se le practicó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), procedimiento durante el cual se evidenció la presencia de líquido libre en cavidad abdominal. Al día siguiente, 13 de mayo, se realizó una colangiografía simple que arrojó como resultado un diagnóstico de colecistitis aguda, iniciándose un proceso de hidrocolecisto.

Las notas de evolución médica de los días 14 al 17 de mayo reflejaron un progresivo deterioro en el estado de salud del señor **J.D.C.G.** Finalmente, el 17 de mayo se le practicó una colecistectomía mediante laparotomía. Posteriormente, fue remitido a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y, tras ocho días, fue dado de alta.

No obstante, el 7 de junio de 2016 ingresó nuevamente al servicio de urgencias, donde se registró el siguiente resumen clínico:

“PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD, SIN COMORBILIDADES CONOCIDAS, CON ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMÍA ABIERTA RECIENTE (REALIZADA EL 17/05/2016) INDICADA A PARTIR DE HALLAZGOS ENDOSONOGRÁFICOS, EN LA CUAL SE EVIDENCIÓ UNA VESÍCULA GANGRENADA, EMPLANSTRONADA Y CON PERITONITIS EN DOS CUADRANTES. REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN POSTERIOR DEBIDO A UN DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO. CONSULTA NUEVAMENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLÍNICO DE OCHO DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN FIEBRE CUANTIFICADA EN 39°C, INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL E ICTERICIA. SE REFIERE ADEMÁS QUE, DESDE EL DÍA DE HOY, PRESENTA DEPOSICIONES CON SANGRE. NIEGA OTROS SÍNTOMAS, INCLUYENDO DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR PRECORDIAL, EQUIVALENTES ANGINOSOS O ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA.”

El señor **J.D.C.G.** falleció el 26 de junio de 2016.

2.3. Fundamentos de derecho

El demandante invoca los artículos 1°, 2°, 16, 44 y 90 de la Constitución Política, artículo 103, 140, 157, 162 al 173 del Código Contencioso Administrativo, artículo 30 de la Ley 3 de 1981, artículos 2512, 2532, 2341 y ss del Código Civil, artículos 43, 153, 154, 156, 162, 180 y 185 de la Ley 100 de 1993, Decreto 1011 de 2006, Resolución No. 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, Ley 715 de 2001, título iii sector salud artículos 42, 43, fundamentos normativos que desarrollan conceptos sobre error de diagnóstico, responsabilidad médica.

Se fundamentó la violación normativa en el hecho de que la atención médica prestada al señor José Darío Clavijo González se brindó de manera tardía, deficiente e ineficaz, con desconocimiento de los principios constitucionales que rigen el servicio público de salud. Afirmaron que la Constitución Política, en sus artículos 48 y 49, establece que la seguridad social, incluida la salud, constituye un servicio público esencial, cuya prestación debe realizarse bajo la dirección, coordinación y control del Estado, y con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. En virtud de este mandato, la responsabilidad del Estado no desaparece cuando el servicio es prestado por particulares habilitados, como las EPS e IPS, en tanto se mantiene la obligación de vigilancia, inspección y control por parte de las autoridades competentes.

Con apoyo en lo dispuesto en el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, se resaltó que el Estado debe intervenir activamente en el sistema de salud para garantizar la calidad del servicio, el uso eficiente de los recursos públicos y la protección de los derechos fundamentales de los usuarios. En ese sentido, se atribuye responsabilidad a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Dirección Territorial de Salud de Caldas, por su omisión en ejercer con eficacia las funciones que les han sido asignadas, lo que habría permitido la ocurrencia de una atención médica negligente por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud S.A. y la Clínica Versailles S.A.

Se alega, además, que la omisión en la atención adecuada violó el principio constitucional de dignidad humana, así como los derechos fundamentales a la salud y a la vida, toda vez que se privó al paciente de recibir el tratamiento oportuno que, conforme a la *lex artis* médica, correspondía desde su primera consulta. A pesar de que la patología —colecistitis aguda— fue identificada y confirmada en etapas tempranas, los médicos tratantes ignoraron los hallazgos clínicos y de laboratorio, retrasando el procedimiento quirúrgico indicado, lo que a juicio de los demandantes configuró una pérdida de oportunidad con consecuencias letales.

Por lo anterior, se sostiene que la atención médica brindada constituyó una falla en el servicio, tanto por acción como por omisión, y se solicita que se declare la responsabilidad civil y administrativa de las entidades involucradas, en virtud del incumplimiento de sus deberes legales y constitucionales de control, supervisión y prestación adecuada de los servicios de salud.

2.4. Contestación a la demanda.

2.4.1. Nación - Ministerio de Salud y Protección: manifestó que por parte de la demanda se solicita declarar la responsabilidad patrimonial del Ministerio de Salud y Protección Social por los perjuicios ocasionados al señor **J.D.C.G.**. No obstante, ante la falta de claridad en los fundamentos expuestos por la parte actora respecto a la presunta responsabilidad atribuida a dicha entidad, se considera necesario precisar las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que habrían ocurrido los hechos narrados, toda vez que el Ministerio no tuvo participación alguna en ellos.

Se aduce que el Ministerio no se encuentra legitimado en la causa por pasiva, en razón a que las demás entidades demandadas -tanto la EPS como la IPS- cuentan con autonomía operativa, administrativa y financiera, y no existe ningún vínculo funcional o contractual entre el Ministerio y la prestación directa del servicio médico objeto del presente proceso. En consecuencia, y en cumplimiento de su función constitucional y legal de dirección y formulación de políticas públicas en salud, el Ministerio no tiene relación causal directa ni indirecta con los hechos y pretensiones de la demanda.

Se concluye, por tanto, que la prestación del servicio médico y hospitalario fue realizada de manera directa por las entidades adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud -esto es, la EPS y la IPS demandadas-, y que son estas, en consecuencia, las únicas legitimadas en la causa por pasiva, tanto en el plano fáctico como jurídico.

Con base a lo anterior, propuso como excepciones las siguientes *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA”, “INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO O AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL”, “HECHO DE UN TERCERO NO IMPUTABLE AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL”, “INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN DE CAUSA A EFECTO”, “FALTA DE DERECHO PARA ACCIONAR” y “GENÉRICA”.*

2.4.2 Dirección Territorial de Salud de Caldas: manifiesta que no existe nexo causal entre el daño alegado y las funciones que le son legalmente atribuidas, por cuanto las situaciones de hecho en que se sustentan las pretensiones de la demanda no permiten predicar ningún tipo de solidaridad en su contra. Sostiene que se trata de personas jurídicas distintas, con autonomía administrativa y funcional, cuyas competencias están claramente delimitadas por la normatividad vigente.

En tal sentido, precisa que su rol institucional se circunscribe a ejercer funciones de inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, particularmente en lo que respecta a la atención de la población pobre no afiliada. En el caso concreto, se señala que el señor **J.D.C.G.** se encontraba afiliado desde el año 2009 al régimen contributivo a través de una Entidad Promotora de Salud, la cual, como aseguradora, tenía a su cargo la responsabilidad de garantizar de forma integral la prestación continua del servicio, así como de organizar y mantener la red de prestadores para el acceso oportuno y efectivo del mismo.

Por otra parte, se sostiene que la controversia planteada en la demanda gira en torno a una presunta mala praxis médica, lo cual no es imputable a esta entidad, ya que dentro de su

ámbito competencial no se encuentra la ejecución de actos médicos ni la prestación directa de servicios asistenciales de salud. En consecuencia, el hecho de que un prestador de servicios habilitado eventualmente haya vulnerado los estándares de calidad en la atención, no constituye fundamento suficiente para estructurar responsabilidad administrativa o patrimonial en contra de la Dirección Territorial, la cual no intervino en la prestación del servicio médico que se reprocha en la demanda.

Propuso las excepciones que denominó *“AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL”, “AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD Y DE FALLA DEL SERVICIO FRENE A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL” DE SALUD DE CALDAS”, “FALTA E LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA”, “CADUCIDAD DEL MEDIO DE CONTROL”; EXCESIVA CUANTIFICACIÓN DE PERJUICIOS”, “INEPTA DEMANDA POR FALTA DE REQUISITOS FORMALES DE LA DEMANDA” y “EXCEPCIÓN INNOMINADA O GENÉRICA”.*

Finalmente, propuso llamamiento en garantía respecto de Axa Colpatria Seguros S.A en razón de la póliza de seguro suscrita con dicha aseguradora.

2.4.3 Superintendencia Nacional de Salud: manifiesta su oposición a cada una de las pretensiones formuladas en la demanda, por cuanto no existe nexo de causalidad entre el daño presuntamente antijurídico y las funciones constitucionales, legales o reglamentarias que desarrolla dicha entidad.

En efecto, advierte que dentro del marco normativo que regula su funcionamiento, no se encuentra prevista facultad alguna que le atribuya competencias para prestar directamente servicios públicos de salud o actividades de aseguramiento en salud. Su rol institucional está limitado al ejercicio de funciones de inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin que ello implique participación en la prestación de servicios asistenciales.

Afirma además que la presunta falla en el servicio ha sido construida con base en elementos probatorios dirigidos contra la EPS Servicio Occidental de Salud S.A. y la IPS Clínica Versalles S.A., entidades que intervinieron directamente en la atención médica brindada al señor J.D.C.G., quien se encontraba afiliado a la primera y recibió atención en la segunda. Ambas cuentan con personería jurídica propia y autonomía administrativa, sin que exista subordinación alguna respecto de la Superintendencia.

Finalmente, enfatiza que ni las Empresas Sociales del Estado ni las instituciones prestadoras de servicios de salud dependen financiera o administrativamente de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que no le es atribuible responsabilidad solidaria alguna respecto de los perjuicios reclamados por la parte actora.

Propuso las excepciones que denominó *“FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CUSA POR PASIVA E INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL”, “AUSENCIA DE CAUSA EFICIENTE- TERMINACIÓN”; “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN”; HECHO DE UN TERCERO”, “FALTA DE REQUISITOS PARA ELEVAR LA ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA” y “EXCEPCIÓN GENÉRICA”.*

2.4.4. E.P.S Servicio Occidental de Salud S.A- S.O.S: señala que los hechos descritos en la demanda no constituyen propiamente afirmaciones fácticas, sino una transcripción fragmentada e incompleta de la historia clínica del señor J.D.C.G., sin un análisis técnico ni médico que permita sustentar las imputaciones realizadas. En desarrollo de su defensa, realiza un recuento detallado del caso clínico, explicando las diferentes etapas del proceso de atención, desde el ingreso inicial del paciente hasta su egreso, así como su posterior reingreso y evolución médica, señalando los diagnósticos, tratamientos indicados y procedimientos efectuados.

Sostiene que se garantizó al afiliado la prestación de los servicios médicos requeridos, incluyendo valoraciones, exámenes, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, suministro de medicamentos y manejo en Unidad de Cuidados Intensivos. En particular, hace énfasis en que la EPS cumplió con su deber de aseguramiento, gestionando de manera oportuna las autorizaciones pertinentes y permitiendo el acceso efectivo a la red de prestadores habilitada.

Frente a las pretensiones de la demanda, manifiesta su oposición integral al considerar que no existe sustento jurídico ni probatorio que permita atribuirle responsabilidad alguna, pues no se configura un nexo de causalidad entre su actuación y el desenlace fatal del caso. Además, niega la existencia de culpa, omisión o conducta ilícita por parte de la entidad, resaltando que el manejo asistencial fue prestado por instituciones independientes dentro de la red contratada, y conforme a los protocolos médicos vigentes.

En consecuencia, considera improcedente cualquier imputación por falla en el servicio, destacando que el contenido objetivo de la historia clínica evidencia la continuidad y suficiencia de las atenciones brindadas al **señor J.D.C.G., conforme** a los estándares exigibles al sistema de salud.

Propuso como excepciones las siguientes *“INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A – E.P.S S.O.S S.A-”, “CABAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD – SOS EPS, EN RAZÓN A LA LEY 100 DE 1993 Y EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON LA CAUSANTE”, “INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y EL COMPORTAMIENTO CONTRACTUAL DEL SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD – SOS EPS”, “INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR AUSENCIA DE CULPA”; “EL EQUIPO MÉDICO DISPUESTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NO INCURRIÓ EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL, CONSECUENTEMENTE SE PROPONE COMO EXCEPCIÓN LA INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSA EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER INSTITUCIONAL, LOS ACTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL RESULTADO INSATISFACTORIO”, “LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SE REPUTAN EN MEDIO Y NO DE RESULTADO”, “EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA D ACUERDO AL ARTÍCULO 267 DEL C.G DEL P- INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA”, LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA SE CUMPLIDO CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA LEY DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA”; “ NO CUMPLIMIENTO DE LOS PERJUICIOS JURISPRUDENCIALES DE FALTA DE OPORTUNIDAD”; “CASO FORTUITO”, “ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA” y “GENÉRICA Y OTRAS”.*

Finalmente, propuso llamamiento en garantía respecto de Allianz Seguros S.A y Axa Colpatria Seguros S.A en razón de las pólizas de seguro suscritas con dichas aseguradoras.

2.4.5 Clínica Versalles S.A (actualmente Clínica Ospedale): presentó oposición integral frente a las pretensiones formuladas en su contra, solicitando que se denieguen por carecer de fundamento fáctico y jurídico. En primer lugar, señaló que no se ha demostrado la existencia de un título de imputación válido que permita atribuirle responsabilidad, ni se ha acreditado que existiera omisión, negligencia, imprudencia o desconocimiento de los protocolos médicos en la atención prestada al señor J.D.C.G.

Indicó que, contrario a lo afirmado por la parte demandante, desde el momento del ingreso del paciente a la institución se le brindó atención médica oportuna, integral y conforme a la *lex artis*. Precisó que los profesionales de la salud adscritos a la clínica actuaron con diligencia, aplicando todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos requeridos, incluyendo valoración por medicina general, exámenes paraclínicos, solicitud de valoraciones especializadas, administración de medicamentos, hospitalización, y, finalmente, la realización de los procedimientos pertinentes.

Afirmó que la evolución clínica desfavorable del paciente obedeció a la severidad de la patología que presentaba -una colecistitis aguda complicada con peritonitis- y no a una conducta atribuible al personal médico o asistencial de la institución. Destacó que el tratamiento se ajustó a los estándares clínicos y que no existen elementos que demuestren una omisión en la atención que haya tenido una relación causal directa con el fallecimiento del paciente.

Adicionalmente, la clínica puso de presente que la historia clínica fue plenamente diligenciada y está disponible en el expediente, lo que permite constatar de manera objetiva las actuaciones desplegadas. Cuestionó que la demanda omite valorar el curso clínico en su conjunto, pretendiendo derivar responsabilidad a partir de una interpretación aislada de algunos apartes del expediente clínico.

Por otro lado, advirtió que no existe prueba alguna que permita acreditar la cuantía de los perjuicios solicitados, ni su relación directa con la actuación de la clínica, por lo que calificó como infundada, excesiva e improcedente la tasación de los mismos. Rechazó además cualquier imputación solidaria, señalando que, en el marco del sistema de salud, cada actor tiene funciones y competencias definidas, y que la entidad cumplió estrictamente con las que le correspondían como IPS habilitada.

En consecuencia, solicitó que se declare la improcedencia de las pretensiones de la demanda frente a la Clínica Versalles S.A., por no haberse demostrado una falla en el servicio, ni nexo de causalidad, ni daño atribuible a su conducta.

Propuso como excepciones las siguientes “EXCEPCIÓN DE CASO FORTUITO”, “RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN EL SERVICIO DE SALUD”, “ACTO MÉDICO CON PERTINENCIA, DILIGENCIA Y CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS”, “INEXISTENCIA DE LOS

ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD”, “OBLIGACIÓN DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS, EN LA ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE”; “INEXISTENCIA DE PRUEBA DE FALTA, OMISIÓN, NEGLIGENCIA E IMPRUDENCIA EN EL SERVICIO MÉDICO POR PARTE DE CLÍNICA LA ESTANCIA”, “EL ACTO MÉDICO REALIZADO POR LOS GALENOS ADSCRITOS A CLÍNICA VERSALLES S.A, SE CUMPLIDO CONFORMA LA LEX ARTIS Y LA DIRECCIONALIDAD CIENTÍFICA”, “EL EQUIPO MÉDICO DISPUESTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NO INCURRIÓ EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL CONSECUENTEMENTE SE PROPONE COMO EXCEPCIÓN LA INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSA A EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL RESULTADO QUE PUEDA HABER AFECTADO AL PACIENTE”, “CORO DE LO NO DEBIDO”, “EXCESO DE PRECISIONES”, “CARGA DE LA PRUEBA EN LOS PERJUICIOS SUFRIDOS” “ INEXISTENCIA Y EXCESIVA TASACIÓN EN LOS PERJUICIOS”, “ LA INNOMINADA”, “ LOS ACTOS MÉDICOS SUMINISTRADOS AL DEMANDANTE FUERO OPORTUNOS” y “PRESCRIPCIÓN”.

Finalmente, propuso llamamiento en garantía respecto de Sparta S.AS, Axa Colpatria Seguros S.A, Allianz Seguros S.A en razón de las pólizas de seguro suscritas con dichas aseguradoras y de los doctores David Giraldo Ocampo Garcia y Édison Rafael Pitre Montero.

2.4.6 Sparta S.A.S: manifestó su oposición integral tanto frente a las pretensiones de la demanda como frente al llamamiento en garantía formulado por la Clínica Versalles S.A. (hoy Clínica Ospedale). Señaló que los hechos relatados en la demanda no corresponden a una exposición coherente de sucesos atribuibles a su actuar, sino que se trata de extractos parciales e incompletos de la historia clínica del señor J.D.C.G., desprovistos de análisis médico o jurídico que permita estructurar imputación alguna en su contra.

Afirmó que no participó en la prestación del servicio de salud cuya presunta deficiencia dio origen al proceso, y que no le es imputable ninguna conducta relacionada con la atención asistencial del paciente, pues su actividad se limitó a actuar como empresa de servicios temporales. En ese marco, su función consistió exclusivamente en enviar personal en misión, como fue el caso del médico David Ocampo, bajo los términos establecidos en el contrato de oferta mercantil suscrito con la Clínica Versalles.

Explicó que dicho contrato establece con claridad que la responsabilidad sobre la ejecución de las funciones del personal en misión recae sobre la empresa usuaria -esto es, la Clínica Versalles-, a quien corresponde impartir instrucciones, velar por el cumplimiento de los reglamentos internos, protocolos clínicos, lineamientos técnicos y demás condiciones propias de la prestación del servicio de salud. Indicó que el médico Ocampo fue asignado a la Clínica, quien definió su jornada, las tareas a ejecutar y los parámetros clínicos bajo los cuales debía desempeñarse, sin que Sparta S.A.S. tuviera injerencia en tales decisiones o en el contenido de la atención médica proporcionada.

Frente al llamamiento en garantía, sostuvo que este no resulta viable en razón a que la Clínica Versalles pretende trasladar una responsabilidad por hechos que son de su entera competencia como institución prestadora de servicios de salud, e intenta extender los efectos del contrato mercantil más allá de lo pactado, desconociendo el carácter restrictivo de las obligaciones a cargo de la empresa de servicios temporales. Señaló que la eventual

existencia de una falla en el servicio médico no puede dar lugar a imputaciones solidarias o subsidiarias contra Sparta, al no ser esta una institución prestadora ni tener relación alguna con la organización o ejecución material del acto médico.

En consecuencia, al no existir participación activa, ni intervención directa o indirecta en los hechos que sustentan la demanda, y siendo ajena a cualquier posible omisión en la atención prestada al señor J.D.C.G., solicitó que se denieguen las pretensiones formuladas en su contra y se declare la improcedencia del llamamiento en garantía.

Así las cosas, propuso las excepciones frente a la demanda *"FALTA DE ACREDITACIÓN DE LOS PRESUPUESTOS SOBRE LOS QUE DESCANSA LA RESPONSABILIDAD"*, *"RECLAMACIÓN INDEBIDA Y EXCESIVA DE PERJUICIOS"* y *"EXCEPCIÓN GENÉRICA"*; y frente al llamamiento en garantía las de *"FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA"*, *"CUMPLIMIENTO ADECUADO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE MI PATROCINADA"*; *"INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS D LA REPARACIÓN DIRECTA"*, *"ALCANCE RESTRICTIVO DE LA OBLIGACIÓN A CARGO DE SPARTA S.A.S"* y *"AUSENCIA DE CULPA DEL MÉDICO DAVID OCAMPO"*.

2.4.7 David Giraldo Ocampo Garcia: planteó su oposición tanto a los hechos y pretensiones del llamamiento como a las formuladas en la demanda principal. En cuanto al llamamiento en garantía, propuso la excepción de *"INEPTITUD DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA"*, argumentando que no se cumple con lo exigido por el artículo 64 del Código General del Proceso, ya que no existe un vínculo jurídico que justifique el traslado de responsabilidad en su contra. Afirmó que la clínica se limitó a plantear afirmaciones imprecisas y sin sustento probatorio, sin identificar hechos concretos atribuibles a su conducta profesional que configuren un supuesto de garantía.

Frente a la demanda, expresó que no le constan los hechos narrados en el libelo introductorio, en la medida en que no intervino en todas las etapas del proceso de atención del señor J.D.C.G., ni fue el médico que determinó la conducta diagnóstica o quirúrgica definitiva, limitándose a ejercer funciones como médico general de turno dentro de los márgenes de su competencia.

Advirtió además que, no existe prueba alguna que permita establecer una relación directa, próxima y eficiente entre su actuación médica y el desenlace fatal del paciente. Señaló que su intervención en el caso se limitó a un momento específico de la atención, y que no fue quien realizó el diagnóstico definitivo, ni quien adoptó decisiones de carácter quirúrgico, hospitalario o de manejo especializado, las cuales correspondieron a otros profesionales.

Indicó que cualquier análisis objetivo de la historia clínica pone en evidencia que el proceso asistencial del paciente fue atendido por múltiples profesionales de distintas especialidades, dentro de los cuales su participación fue accesorio y no determinante. En esa medida, no puede atribuírsele responsabilidad alguna por la evolución clínica ni por el resultado final del tratamiento médico, al no haberse demostrado que su conducta haya sido la causa adecuada del daño.

En consecuencia, solicitó que se declare infundado el llamamiento en garantía y que se excluya toda responsabilidad en su contra, tanto por razones jurídicas como por ausencia de pruebas que lo vinculen causalmente con los hechos y consecuencias que dieron origen al proceso, proponiendo como excepciones a la demanda las de “AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD”, “AUSENCIA DE CULPA”, “COBRO INDEBIDO U EXCESIVO DE PERJUICIOS”, “EXCEPCIÓN GENÉRICA O INNOMINADA”.

2.4.8 Edison Rafael Pitre Montero: Señaló que no existe nexo causal entre el daño reclamado y su actuación profesional, pues intervino de forma puntual y limitada el día 8 de mayo de 2016, entre las 8:15 a.m. y las 9:15 a.m., en calidad de profesional de turno, y dentro de ese breve lapso solo brindó apoyo como médico general al especialista encargado de la valoración, sin que le correspondiera ordenar o ejecutar procedimientos médicos definitivos.

Explicó que su participación se limitó a asistir al cirujano general designado para evaluar al paciente, razón por la cual no tomó decisiones médicas autónomas ni dirigió el manejo clínico del caso. Señaló que actuó en todo momento conforme a la *lex artis* médica, respetando los principios éticos y las buenas prácticas asistenciales, lo cual se encuentra respaldado en la anotación registrada en la historia clínica institucional. De ello se desprende, a su juicio, que no se configura ninguno de los elementos necesarios para atribuirle responsabilidad alguna, en especial el nexo de causalidad, dado que el resultado dañoso no puede vincularse con una intervención tan limitada en tiempo, contenido y función.

Asimismo, alegó que no se explica en su solicitud de vinculación, ni se sustenta técnicamente, cómo su actuación habría incidido en la evolución médica del paciente, ni qué conducta omisiva o errónea le es imputada de forma concreta. Advirtió que el señalamiento en su contra carece de base fáctica, técnica y jurídica, por lo que solicitó su desvinculación del proceso, reiterando que no existe una relación de causalidad directa, próxima ni eficiente entre su proceder y el daño cuya reparación se reclama.

En ese sentido, solicitó el rechazo total de las pretensiones formuladas, por cuanto su conducta no configuró ninguna actuación antijurídica ni generó afectación alguna a los derechos del paciente, inexistiendo nexo causal entre el daño sufrido y el actuar profesional, por lo cual toda pretensión propuesta frente al llamamiento en garantía carece de validez fáctica y jurídica.

Propuso como excepciones “FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA”, “INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD”, “EXCEPCIÓN GENÉRICA”, “OPOSICIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA” e “INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD”.

Finalmente propuso el llamamiento en garantía a La Previsora S.A Compañía de Seguros.

2.4.9 Allianz Seguros S.A: en su condición de llamada en garantía por la Clínica Versalles S.A. y la EPS Servicio Occidental de Salud S.A. – S.O.S., manifestó oposición total frente a las pretensiones de la demanda, argumentando que estas carecen de fundamento fáctico y

jurídico que permita su prosperidad. Señaló que no se ha acreditado una conducta, por acción u omisión, atribuible a la Clínica Versalles o a la EPS SOS S.A., que constituya causa directa de los perjuicios reclamados por la parte actora. A juicio de la aseguradora, no existe prueba del nexo causal entre el daño alegado y el comportamiento de las entidades aseguradas.

Indicó que el contenido de la historia clínica demuestra que el señor **J.D.C.G.** fue atendido de manera oportuna y continua durante el periodo en que estuvo hospitalizado en la Clínica Versalles, recibiendo las autorizaciones, atenciones y procedimientos médicos requeridos sin interrupciones ni dilaciones. Esta atención médica ininterrumpida, sumada a la práctica de múltiples procedimientos clínicos y quirúrgicos durante su estancia, evidencia –según lo expuesto– la debida diligencia por parte del personal médico y desvirtúa la existencia de falla en la prestación del servicio.

En consecuencia, sostuvo que, ante la inexistencia de conducta culposa atribuible a las entidades aseguradas, no procede reconocimiento alguno por parte de la compañía de seguros respecto de los perjuicios reclamados.

Frente a la demanda principal, propuso las siguientes excepciones de *“INEXISTENCIA DE LA FALLA DEL SERVICIO MÉDICO ALEGADA POR EL EXTREMO ACTIVO”, “DEBIDA DILIGENCIA – TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA REALIZADO POR PARTE DE LA CLÍNICA VERSALLES S.A.”, “INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA CLÍNICA VERSALLES S.A. Y LA EPS SOS S.A.”, “ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA”, “EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIENES FORMULARON LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA” y “GENÉRICA”.*

En cuanto al **llamamiento en garantía formulado por la Clínica Versalles S.A.**, explicó que entre esta institución y Allianz Seguros S.A. existieron contratos de seguro documentados en las pólizas de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022121026, con vigencia del 22 de julio de 2017 al 21 de julio de 2018, y No. 022300905/0, con vigencia del 22 de julio de 2018 al 21 de julio de 2019. Sin embargo, sostuvo que en el presente caso no se configura el riesgo asegurado, ni se cuenta con cobertura material, toda vez que los hechos ocurrieron por fuera de la vigencia aplicable y versan sobre situaciones expresamente excluidas en los términos contractuales.

Indicó que, conforme a lo pactado en la póliza 022300905/0, esta solo cubre hechos ocurridos y reclamados por primera vez dentro de su vigencia *“claims made”*, condición que no se cumple en el presente caso, ya que la reclamación se produjo el 23 de mayo de 2018, fecha que no coincide con el marco temporal cubierto. Con base en ello, solicitó declarar improcedente el llamamiento.

Propuso frente a este llamamiento las siguientes excepciones *“INEXISTENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022300905/0”, “FALTA DE COBERTURAS MATERIAL AL ESTAR ANTE RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE AMPARO EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADOS EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022121026 Y NO.*

022300905/0", "NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022121026 Y NO. 022300905/0", "EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO", "EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁN TENER EN CUENTA LOS DEDUCIBLES PACTADOS" y "GENÉRICA".

Respecto al **llamamiento en garantía formulado por la EPS Servicio Occidental de Salud S.A. – S.O.S.**, manifestó que se encontraba vigente la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022249789/0, entre el 31 de marzo de 2018 y el 30 de marzo de 2019, bajo la modalidad de "claims made".

No obstante, aclaró que dicha póliza no ampara el presente caso, ya que no se ha configurado el riesgo asegurado, y que la mera existencia del contrato de seguro no implica automáticamente un deber de indemnización.

Frente a este segundo llamamiento, propuso las siguientes excepciones "NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022249789/0", "EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO", "EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁN TENER EN CUENTA LOS DEDUCIBLES PACTADOS" y "GENÉRICA".

2.4.10. Axa Colpatria S.A.: La compañía Axa Colpatria S.A., en calidad de llamada en garantía por la EPS Servicio Occidental de Salud S.A. – S.O.S., la Clínica Versalles S.A. y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, se opuso a las pretensiones de la demanda, señalando que no existe medio probatorio alguno que permita deducir responsabilidad por parte de la EPS S.O.S. en la atención médica prestada al señor J.D.C.G.. Argumentó que dicha atención fue oportuna, continua y conforme a los protocolos establecidos por la lex artis médica, de acuerdo con los síntomas y signos clínicos que presentó el paciente desde su ingreso.

Afirmó que, tanto la EPS como la Clínica Versalles S.A., actuaron conforme a sus deberes asistenciales, brindando atención médica adecuada, diligente y proporcional a la evolución clínica del paciente, y que no se puede afirmar válidamente que sus actuaciones hayan sido la causa de las complicaciones en el estado de salud del señor J.D.C.G. ni del resultado final. Indicó que los servicios de salud se prestaron con base en los recursos humanos, técnicos y científicos disponibles, razón por la cual no se configura la existencia de una falla en el servicio ni un actuar culposo que justifique una condena indemnizatoria.

Señaló que los hechos que fundamentan las pretensiones de la demanda no son atribuibles fáctica ni jurídicamente a la EPS S.O.S., ni a la Clínica Versalles S.A., ni a las demás entidades demandadas, y que, en ese sentido, no se reúnen los elementos necesarios para estructurar su responsabilidad extracontractual por el daño reclamado.

Frente a la demanda, propuso las siguientes excepciones: *“INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.S”, “CARGA DE LA PRUEBA – LA CULPA MÉDICA DEBE SER PROBADA”, “INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD”, “AUSENCIA DE DAÑO EN LOS TÉRMINOS Y CUANTÍAS SOLICITADAS”*.

En cuanto al **llamamiento en garantía formulado por la EPS S.O.S.**, manifestó que entre dicha entidad y Axa Colpatria S.A. fue suscrito un contrato de seguro contenido en la póliza número 8001081765, cuyas condiciones en cuanto a amparos, exclusiones, valores asegurados y deducibles se rigen estrictamente por lo pactado en dicho contrato. En consecuencia, indicó que en el caso concreto no se configura el riesgo asegurado y que no se encuentra vigente una cobertura aplicable.

Respecto al **llamamiento en garantía efectuado por la Clínica Versalles S.A.**, informó que esta celebró un contrato de seguro de responsabilidad civil profesional contenido en la póliza número 1000105, con vigencia desde el 22 de julio de 2015 hasta el 22 de julio de 2016, bajo condiciones específicas de cobertura, exclusiones, deducibles y límites. Señaló que, al igual que en el caso anterior, no se cumplen los requisitos de asegurabilidad conforme al contrato, por lo cual tampoco se configura una obligación de indemnizar.

Frente a los dos anteriores llamamientos, propuso la excepción que denominó *“AUSENCIA DE COBERTURA”*.

Respecto al **llamamiento en garantía efectuado por la Dirección Territorial de Salud de Caldas**, señaló que es cierto que se celebró un contrato de seguros contenido en la póliza No. 100410 con vigencia entre el 01 de mayo y el 1 de noviembre de 2016, la cual se encontraba vigente al momento de los hechos de la demanda, indicando que, en cuanto a los amparos, valores asegurados, exclusiones, deducibles y demás se atienen al contrato de seguro celebrado entre las partes consignado en la póliza No. 1000410.

Frente al llamamiento en garantía propusieron las excepciones *“ausencia de siniestro”, “límite del valor asegurado”, “disponibilidad del valor asegurado”, “deducible” y “ausencia de cobertura – limitación de riesgo”*.

2.4.11. La Previsora S.A: se opuso a todas las pretensiones de la demanda, tanto declarativas como de condena, al considerar que estas carecen de fundamento fáctico, probatorio y jurídico. Señaló que su asegurado, el Dr. Édison Rafael Pitre Montero, actuó en todo momento con la debida diligencia, cumpliendo adecuadamente con las obligaciones médico-asistenciales que le correspondían y brindando un servicio médico ajustado a la *lex artis* en la atención prestada al paciente José Darío Clavijo González, en fecha 8 de mayo de 2016, en las instalaciones de la Clínica Versalles.

Precisó que la intervención del médico asegurado se limitó a una atención puntual, prestada durante la ronda de la mañana, en calidad de apoyo al cirujano general Dr. Mauricio Osorio Chica, quien fue el profesional encargado de realizar la valoración diagnóstica y tomar las decisiones clínicas. En consecuencia, sostuvo que no puede atribuírsele responsabilidad alguna al Dr. Pitre Montero por los supuestos perjuicios derivados del fallecimiento del

paciente, toda vez que su participación no fue determinante en el curso ni en el desenlace del caso clínico.

Frente a la demanda, propuso las siguientes excepciones *“AUSENCIA DE FALLA GENERADORA DEL DAÑO IMPUTABLE AL DR. ÉDISON RAFAEL PITRE MONTERO EN LAS ATENCIONES BRINDADAS AL PACIENTE JOSÉ DARÍO CLAVIJO GONZÁLEZ”, “INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA POR EL ASEGURADO ÉDISON RAFAEL PITRE MONTERO Y EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE JOSÉ DARÍO CLAVIJO GONZÁLEZ”, “EXCESIVA CUANTIFICACIÓN DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES MORALES – DAÑOS MORALES – IMPROCEDENCIA DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN DEPRECADO” y “ECUMÉNICA”.*

En relación con el llamamiento en garantía, reconoció la existencia de la póliza de responsabilidad civil profesional para médicos No. 1004264, contratada bajo la modalidad Claims Made, con vigencia entre el 10 de octubre de 2015 y el 15 de octubre de 2016. Sin embargo, explicó que en virtud de esta modalidad de cobertura, el riesgo asegurado solo se encuentra amparado si el hecho generador del daño y la reclamación ocurren ambos dentro del periodo de vigencia del seguro o conforme a las condiciones específicas pactadas.

Precisó que la reclamación del siniestro, en este caso, se presentó el 20 de octubre de 2022, fecha en la cual el asegurado fue notificado del llamamiento en garantía, circunstancia que ocurrió fuera del periodo de cobertura de la póliza, lo cual excluye expresamente la existencia de obligación de amparo por parte de la compañía. De ello concluyó que, en el presente proceso, no existe cobertura asegurativa aplicable, por lo que no hay lugar a la prosperidad del llamamiento en garantía.

Frente al llamamiento en garantía, propuso las siguientes excepciones *“inexistencia de obligación a cargo de La Previsora S.A. Compañía de Seguros, por ausencia de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional médicos No. 1004264 modalidad Claims Made o por reclamación”, “inexistencia de obligación patrimonial a cargo de La Previsora S.A. Compañía de Seguros, por ausencia de cristalización de riesgo asegurado”, “límites – sublímites del valor asegurado y deducible pactado”, “exigibilidad y aplicación de las condiciones generales, particulares y exclusiones descritas en la póliza No. 1004264” y “disponibilidad del valor asegurado”.*

2.5. Alegatos de Conclusión

2.5.1. Parte demandante: indicó que el daño sufrido por el señor -J.D.C.G.- no fue consecuencia directa de su condición clínica preexistente ni del estado mórbido que presentaba, sino que tuvo origen en las acciones y omisiones atribuibles al personal de la institución prestadora de servicios de salud. Señaló que dicho personal no desplegó los esfuerzos mínimos exigibles ni utilizó de manera oportuna los medios terapéuticos y tecnológicos que se encontraban disponibles en el medio, omisión que, en su criterio, resultó determinante en el resultado fatal. En tal sentido, manifestó que el fallecimiento del paciente no constituía un desenlace esperable dentro de un marco de atención médica adecuada, ni mucho menos justificaba su sometimiento a riesgos que calificó como injustificados.

Advirtió, además, que la institución adoptó una actitud que calificó como verdaderamente contumaz, al no haber implementado las medidas preventivas y precauciones indispensables para evitar equivocaciones o actuaciones inadecuadas por parte de sus funcionarios. Esta falta de diligencia —añadió— se manifestó de manera clara en la emisión de un diagnóstico equivocado, el cual, por tanto, fue emitido de manera tardía, así como en la demora injustificada para llevar a cabo el procedimiento terapéutico que se requería con urgencia. Mencionó igualmente la existencia de un protocolo médico aplicable al caso concreto, que no fue oportunamente observado ni seguido, todo lo cual colocó al señor - J.D.C.G.- en una situación de indefensión frente a la progresión de su patología, con el consiguiente deterioro progresivo de su estado de salud. En consecuencia, sostuvo que el paciente no tenía por qué padecer las consecuencias derivadas de lo que calificó como una pésima gestión institucional.

Afirmó que del análisis del acervo probatorio obrante en el expediente se desprende que, si bien al final del proceso asistencial la atención pudo haber alcanzado un nivel aceptable, lo cierto es que esta no fue adecuada desde el inicio. Tal deficiencia permitió que la enfermedad avanzara y causara en el cuerpo del paciente estragos conocidos por la ciencia médica, con desenlace fatal. En ese sentido, señaló que los galenos de la I.P.S. incurrieron en un proceder objetable al haberle otorgado el alta sin haber logrado identificar con claridad la patología que lo aquejaba y, como si fuera poco, al haber permitido transcurrir un lapso superior a diez días antes de llevar a cabo la intervención quirúrgica necesaria, lo cual redujo significativamente sus posibilidades de recuperación o de supervivencia. Sostuvo que este conjunto de circunstancias se enmarca dentro de lo que la doctrina ha conceptualizado como la “pérdida de una oportunidad”, en cuanto privaron al paciente de acceder, en condiciones de oportunidad y eficacia, al tratamiento que requería para preservar su vida.

2.5.2. Nación – Ministerio de Salud y Protección Social: Señala que es la entidad responsable de ejercer la rectoría y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, función que implica la coordinación y articulación de los distintos actores del sistema, incluso a nivel intersectorial, con el objetivo de promover mejoras sustanciales en la calidad y sostenibilidad del mismo. En ese sentido, sostiene que bajo ninguna circunstancia puede endilgarse responsabilidad alguna al Ministerio en relación con la prestación directa de servicios de salud, y mucho menos en lo concerniente a los hechos concretos que han sido materia del presente litigio, los cuales se refieren exclusivamente a la atención en salud brindada al demandante.

Afirma que frente a los eventos fácticos que dieron origen a la controversia judicial, no se advierte participación alguna, ni directa ni indirecta, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Precisa que dicha circunstancia no obedece a una omisión o falta de diligencia en el cumplimiento de sus funciones, sino que se encuentra plenamente justificada en virtud de las disposiciones legales y administrativas que delimitan el ámbito de sus competencias. Tales normas establecen, de manera inequívoca, que esta cartera ministerial no es una entidad prestadora de servicios de salud, condición que sí ostentan tanto la Clínica Ospedale (antes Clínica Versalles S.A.) como la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. –S.O.S.–, instituciones estas últimas que participaron activamente en la atención médica del paciente.

Enfatiza que, en el relato de los hechos presentado por la parte demandante, no se hace mención alguna al Ministerio de Salud y Protección Social como actor interviniente en los hechos materia del proceso, lo que confirma que no existió intervención de esta entidad en los eventos que motivaron la demanda. Reitera que ello no se debe a una omisión funcional, sino al estricto cumplimiento del principio de legalidad, en tanto al Ministerio no le corresponde, ni por disposición normativa ni por atribución legal, la prestación directa de servicios médicos o asistenciales.

En virtud de lo anterior, sostiene que la responsabilidad por los hechos que se alegan como constitutivos de una presunta falla del servicio debe recaer, en todo caso, en las entidades prestadoras que efectivamente intervinieron en la atención médica del paciente, esto es, la Clínica Versalles S.A. (hoy Clínica Ospedale). Es esta institución la que debe asumir, en el marco del proceso, la carga de responder a los señalamientos realizados, así como de ejercer plenamente su derecho de contradicción y defensa frente a los hechos y situaciones fácticas que se han sometido al escrutinio de la jurisdicción contencioso administrativa.

2.5.3. Dirección Territorial de Salud de Caldas: señaló que la entidad que representa no es una entidad prestadora de servicios de salud, en primer lugar, porque no cuenta con la infraestructura física, técnica ni humana necesaria para la prestación directa de dichos servicios, y en segundo lugar, porque no se encuentra legalmente autorizada para ello conforme al marco normativo vigente. En virtud de lo anterior, sostuvo que en el presente proceso se configura una evidente falta de legitimación en la causa por pasiva, al no existir una relación directa de causalidad entre su actuar institucional y el daño cuya reparación se pretende por parte de los actores.

A juicio de la parte interviniente, todos los argumentos expuestos conducen a desvirtuar los planteamientos formulados en la demanda, en tanto se logra demostrar que no se configura un daño jurídicamente atribuible a la entidad representada. Bajo esas circunstancias, concluye que las pretensiones de la parte actora no están llamadas a prosperar, al no encontrarse reunidos los presupuestos sustanciales que habilitan la declaratoria de responsabilidad patrimonial del Estado.

Agregó que el paciente en cuestión se encontraba afiliado a la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud –EPS SOS S.A.–, institución que, en su calidad de aseguradora del sistema, tenía a su cargo la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad, continuidad e integralidad. Por tanto, correspondía a dicha EPS la responsabilidad de ubicar al paciente en un nivel superior de atención, acorde con la gravedad de la patología que presentaba y con la especialidad médica requerida. Asimismo, era deber de la EPS asegurar la articulación con una institución prestadora de servicios de salud (IPS) receptora que contara con los recursos humanos, físicos, tecnológicos, así como con los medicamentos e insumos necesarios para la adecuada atención del usuario.

De igual forma, destacó que el paciente no se encontraba registrado o censado dentro del departamento de Caldas, lo que excluía a la entidad territorial demandada de cualquier tipo

de obligación específica en materia de afiliación o atención en salud dentro del régimen subsidiado aplicable a usuarios sin capacidad de pago.

En relación con la naturaleza jurídica de las obligaciones en materia de prestación de servicios de salud, recordó que no se trata, por regla general, de una obligación de resultado, sino de medio. Esto significa que las entidades y profesionales de la salud están obligados a desplegar una conducta diligente, conforme a los conocimientos científicos y técnicos vigentes, pero no a garantizar un resultado específico, dado que cada intervención médica varía sustancialmente de un paciente a otro. Subrayó que cada persona posee particularidades fisiopatológicas, así como respuestas físicas y mentales distintas frente a los procedimientos médicos, por lo que no es posible predecir con exactitud cómo reaccionará un paciente ante determinada intervención.

Finalmente, indicó que, si bien la jurisprudencia ha reconocido que en ciertos casos excepcionales pueden derivarse obligaciones de resultado en el ámbito médico, en el caso concreto tales exigencias no resultan aplicables. A su juicio, las actuaciones médicas desarrolladas en el presente asunto no pueden ser enmarcadas dentro de aquellas que comporten una obligación de resultado, razón por la cual no es viable imputar responsabilidad por el solo hecho de que el desenlace no hubiese sido el esperado por la parte demandante.

2.5.4. Superintendencia Nacional de Salud: indica que, al realizar un análisis comparativo entre las funciones que la ley asigna a la entidad y la situación fáctica acreditada debidamente en el curso del presente proceso judicial, se pudo constatar que la entidad de inspección, vigilancia y control no incurrió en el incumplimiento de ninguna de sus competencias legales. En consecuencia, sostiene que no se encuentra demostrada la existencia de actuación u omisión alguna atribuible a dicha entidad que pueda ser valorada como causa eficiente o determinante del presunto daño cuya reparación reclama el accionante.

En este sentido, enfatiza que dicho perjuicio, además de no encontrarse jurídicamente demostrado, tampoco ha sido acreditado desde el punto de vista de su antijuridicidad, lo que impide que pueda configurarse como un daño resarcible conforme a los presupuestos exigidos por la jurisprudencia contencioso administrativa.

Asimismo, advierte que no existe dentro del expediente prueba alguna que permita establecer hechos concretos atribuibles a la Superintendencia Nacional de Salud que puedan insertarse dentro del supuesto fáctico previsto por alguna norma legal o línea jurisprudencial que permita atribuirle responsabilidad a la administración. Precisamente por ello, considera que resulta improcedente dictar cualquier tipo de condena en su contra, toda vez que no se satisface el presupuesto mínimo de imputación jurídica del daño.

2.5.5. E.P.S Servicio Occidental de Salud S.A- S.O.S: arguye la inexistencia de responsabilidad médica, administrativa o patrimonial a su cargo, con fundamento en la ausencia de prueba sobre los elementos estructurales de la responsabilidad, en particular la culpa y el nexo causal.

Sostiene que al señor -J.D.C.G- se le garantizó atención médica oportuna en el prestador asignado dentro de su red, realizándosele todas las valoraciones, procedimientos y exámenes pertinentes de conformidad con el cuadro clínico presentado en cada uno de sus ingresos. Destaca que la atención brindada se realizó conforme a los protocolos médicos vigentes, a la *lex artis* y bajo una obligación de medio, no de resultado.

La entidad resalta que la atención prestada por la Clínica Versalles (hoy Clínica Ospedale) se ajustó a los estándares de calidad, descartando que haya existido abandono del paciente, negligencia en los procedimientos realizados o errores diagnósticos que puedan considerarse como causa del desenlace fatal. De hecho, subraya que en la historia clínica constan todos los exámenes realizados, el seguimiento médico pertinente y la ausencia de signos de abdomen agudo quirúrgico en los primeros ingresos.

Asimismo, refuta las interpretaciones de la parte actora sobre supuestas inconsistencias médicas, señalando que carecen de respaldo técnico o clínico y que derivan de lecturas erróneas o sin experticia de la historia clínica, destacando, entre otros aspectos, que las decisiones médicas estuvieron sustentadas en hallazgos clínicos y paraclínicos y se descartó en su momento la existencia de infección biliar activa y se optó por manejo conservador hasta que se evidenció la necesidad de intervención quirúrgica. Agrega que la evolución posterior del paciente, que terminó en un cuadro séptico y su fallecimiento, no puede ser atribuida a una actuación culposa de la EPS o del prestador.

Señala que la parte demandante no cumplió con su carga procesal de probar los hechos constitutivos de la responsabilidad alegada, como lo exige el artículo 167 del Código General del Proceso, en concordancia con el régimen de responsabilidad subjetiva que rige en estos casos. Cita jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado para reafirmar que, ante la falta de demostración de una conducta culposa o antijurídica imputable al personal médico o a la entidad promotora de salud, no hay lugar a declarar responsabilidad.

En consecuencia, solicita se denieguen las pretensiones de la demanda, y se declare probada la excepción de **inexistencia de responsabilidad de la EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - S.O.S.**, absolviéndola de cualquier condena.

2.5.6. Clínica Versalles S.A (actualmente Clínica Ospedale): indican que, a lo largo del desarrollo del proceso, quedó plenamente acreditado que no existió falla en la prestación del servicio médico por parte de la Clínica, específicamente frente a la presunta omisión de brindar al paciente los servicios de salud requeridos de manera digna, eficiente, oportuna y con calidad. Sostienen que los galenos de la institución actuaron dentro de los parámetros exigidos por la *lex artis*, prestando todos los servicios necesarios conforme a los síntomas y signos clínicos manifestados por el paciente, lo cual se encuentra debidamente respaldado en la historia clínica y corroborado con el conjunto probatorio recaudado en el proceso.

Afirman que todos los procedimientos, exámenes y atenciones prestadas durante la hospitalización se ajustaron a los niveles de complejidad que estaba en capacidad de

garantizar la entidad que representan, cumpliendo así con los deberes asistenciales y con los estándares exigidos por el sistema de salud colombiano. Además, reiteran que fueron realizadas todas las intervenciones médicas que los diagnósticos clínicos justificaban, conforme a los parámetros técnicos y científicos aplicables a cada etapa del tratamiento.

En ese sentido, enfatizan que, tratándose del ámbito médico-asistencial, la atribución de responsabilidad patrimonial por una supuesta falla del servicio exige la demostración de que la atención prestada no se adecuó a los estándares de calidad definidos por el estado del arte de la ciencia médica vigente al momento de los hechos. Explican que, en el caso bajo examen, no resulta posible predicar la existencia de una falla, toda vez que la totalidad de los servicios ofrecidos por la institución se ajustaron a dichos estándares, actuándose en todo momento con diligencia, idoneidad y apego a los principios técnicos y éticos que rigen la profesión médica.

Precisan que cada una de las decisiones médicas adoptadas, así como los procedimientos ejecutados durante la atención del paciente, fueron realizados conforme a las mejores prácticas reconocidas por la comunidad científica y médica, observando los protocolos institucionales y las directrices vigentes, lo que permitió asegurar un alto nivel de atención, cuidado y seguimiento del estado clínico del paciente.

Finalmente, destacan que la parte actora no logró aportar prueba alguna que logre desvirtuar o poner en duda la calidad, eficiencia y oportunidad de la atención prestada por la Clínica. Sostienen que no se ha incorporado al expediente evidencia probatoria que contradiga lo consignado en los registros médicos ni que permita inferir el incumplimiento de los protocolos asistenciales. Por el contrario, todos los documentos clínicos y los testimonios rendidos por el personal de salud que intervino en la atención del paciente confirman que esta se brindó de manera oportuna, eficaz y conforme a las normativas técnicas y científicas aplicables al caso concreto.

2.5.7. Sparta S.A.S: señala que, al analizar las cláusulas contenidas en el contrato y/o la aceptación de la oferta mercantil suscrita entre la empresa Sparta S.A.S. y la Clínica Versalles S.A. (hoy Clínica Ospedale) con fecha del 13 de junio de 2011, se concluye que de dicho acuerdo contractual no se deriva responsabilidad patrimonial alguna —ni contractual ni extracontractual— en cabeza de Sparta S.A.S., ya sea en sede administrativa o judicial. Tal conclusión se desprende de una revisión detallada, minuciosa y exhaustiva del contenido contractual, donde no se encuentra obligación alguna respaldada por pólizas de cumplimiento que comprometa a Sparta S.A.S. respecto al ejercicio de las profesiones, labores, oficios u obras realizadas por el personal enviado a la Clínica en virtud del vínculo de colaboración pactado.

Destaca que, conforme al régimen jurídico aplicable, la única responsable de la ejecución de las labores propias del servicio médico es la empresa usuaria, es decir, la Clínica Ospedale, y no la empresa de servicios temporales. Esto se explica en razón de que el objeto social de Sparta S.A.S. no comprende la prestación de servicios médicos ni paramédicos en ninguna de sus especialidades, incluyendo servicios hospitalarios, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos o relacionados con el ejercicio de profesiones del área de la salud. En contraste,

tales actividades sí están expresamente comprendidas dentro del objeto social de la Clínica Ospedale, entidad que cuenta con la infraestructura, la habilitación legal, el conocimiento técnico y la capacidad de dirección necesarias para organizar, asignar y supervisar las funciones del personal asistencial.

Asegura, en ese sentido, que Sparta S.A.S. no tenía la facultad de direccionar, controlar ni evaluar las actividades del profesional de la salud en misión, pues las órdenes, funciones y responsabilidades relacionadas con la prestación del servicio médico emanaban exclusivamente de la empresa usuaria, es decir, de la Clínica Ospedale. Por tanto, era esta última la encargada de vigilar y garantizar la adecuada ejecución de los procedimientos médicos, de conformidad con su objeto social y con las disposiciones del ordenamiento jurídico en materia de salud.

En ese contexto, sostiene que el médico enviado en virtud del acuerdo de colaboración actuó en calidad de personal de apoyo al médico cirujano tratante, doctor Mauricio Osorio García, quien fue el profesional responsable de asumir la atención principal del paciente y de definir, con base en su estado clínico, la decisión de otorgar el alta al señor -J.D.C.G.-. Afirma que, al momento de la evaluación clínica, el paciente presentaba signos vitales estables y no manifestaba los síntomas o padecimientos que posteriormente fueron señalados en el escrito de demanda, por lo cual la decisión de egreso se encontraba plenamente justificada desde el punto de vista médico.

Con base en lo anterior, concluye que no puede establecerse nexo de causalidad alguno entre la intervención del médico en misión y las complicaciones posteriores que derivaron en el desenlace del caso. La actuación del profesional se ajustó plenamente a su rol auxiliar dentro del equipo médico, sin que existan elementos que permitan atribuirle responsabilidad por el estado final del paciente.

2.5.8. David Giraldo Ocampo Garcia: Señaló que, conforme a las pruebas técnicas obrantes en la referencia procesal, ninguna de ellas permitió establecer que su intervención durante la atención prestada el día 8 de mayo de 2018 hubiese tenido el carácter de apoyo asistencial al cirujano tratante. Por el contrario, enfatizó que fue este último quien impartió directamente la orden de egreso del paciente. Destacó que dicha orden se fundamentó en la evaluación del estado clínico que presentaba el paciente en ese momento, el cual era favorable, pues manifestaba sentir mejoría en su condición general. Así mismo, el paciente negó la presencia de dolor abdominal, náuseas, vómito (emesis), y no presentaba signos o síntomas compatibles con dificultad respiratoria ni con otro tipo de complicaciones sistémicas.

Agregó que, durante la valoración médica realizada en esa fecha, no se evidenció ningún signo clínico indicativo de irritación peritoneal, lo cual resultaba crucial para la consideración de un cuadro abdominal de urgencia. En ese sentido, precisó que el servicio de cirugía general nunca consideró, hasta ese momento de la estancia hospitalaria, como diagnóstico probable un cuadro de abdomen agudo de origen quirúrgico. Esta conclusión clínica, según lo indicó, estuvo plenamente respaldada en los hallazgos objetivos obtenidos en la valoración médica correspondiente.

Con base en lo anterior, sostuvo que no puede establecerse un nexo de causalidad entre su actuación profesional durante la única atención prestada el día 8 de mayo de 2018 y las complicaciones clínicas que se presentaron posteriormente. Afirmó que en dicha fecha la condición clínica del paciente era estable y que, por tanto, la decisión de otorgar el alta médica resultaba clínicamente justificada y procedente.

Adicionalmente, resaltó que durante la posterior estancia hospitalaria iniciada el día 10 de mayo, el cuadro clínico del paciente no se encontraba claramente definido. Por el contrario, se requería la realización de diversos estudios diagnósticos complementarios, necesarios para poder establecer el origen preciso de la patología que lo aquejaba. A su juicio, todas las pruebas obrantes en el expediente respaldan esta afirmación, evidenciando que solo a través de una evaluación médica ulterior se pudo avanzar en el esclarecimiento del diagnóstico definitivo.

2.5.9. Edison Rafael Pitre Montero: arguye que reitera su oposición a todas y cada una de las declaraciones y condenas solicitadas por la parte demandante dentro del presente proceso, sustentando dicha postura en los principios de la sana crítica, en la adecuada valoración del conjunto probatorio recaudado, y en la aplicación de la *lex artis* como criterio jurisprudencial relevante para la determinación de la responsabilidad médica. Afirmó que ha quedado demostrado en el curso del proceso que no existió un nexo causal entre el daño alegado por el demandante y el actuar profesional de su poderdante, quien obró en todo momento conforme a los principios de la ética médica, la diligencia debida y las buenas prácticas clínicas, como se encuentra debidamente acreditado y sustentado en los medios de prueba aportados.

Sostiene que, con fundamento en el análisis conjunto de las pruebas testimoniales, documentales y periciales practicadas, se ha concluido que no existe vínculo causal alguno entre la intervención médica desarrollada por su representado y el resultado dañoso que afirma haber sufrido el paciente. Recalca que la atención prestada fue adecuada, pertinente y oportuna, sin que pueda afirmarse que haya contribuido, directa o indirectamente, al deterioro clínico o a la eventual complicación de la condición del paciente.

De igual manera, resalta que su representado no tuvo participación alguna en las decisiones clínicas que fueron adoptadas con posterioridad a su intervención, y que eventualmente pudieron haber incidido en la evolución del estado de salud del paciente. Precisa que su actuación se circunscribió a una atención médica parcial, brindada en calidad de personal médico de apoyo, y que dicha intervención se llevó a cabo de conformidad con los protocolos institucionales y las guías clínicas aplicables al caso específico, sin apartarse en ningún momento de los estándares técnicos y científicos vigentes.

En conclusión, reitera que no se configura ningún tipo de responsabilidad atribuible a su poderdante, razón por la cual solicita que se desestimen todas las pretensiones de la demanda respecto de su actuación profesional.

2.5.10. Allianz Seguros S.A: alega que no se configura una falla en el servicio atribuible ni a la Clínica Versalles S.A. ni a la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud

S.A. –EPS SOS–, por cuanto en el desarrollo del proceso no se acreditó la existencia de una conducta antijurídica que haya sido la causa generadora del daño alegado por la parte demandante.

Indica que, a partir de un análisis integral y riguroso del conjunto probatorio recaudado hasta el momento, es posible concluir que no se estructuran los elementos que configuran la responsabilidad extracontractual que se pretende hacer valer en contra de las entidades demandadas. En efecto, señala que no obra en el expediente prueba alguna que acredite la existencia de una conducta culposa o irregular, ya sea por extralimitación de funciones, retardo en el cumplimiento de deberes, cumplimiento tardío o defectuoso de obligaciones, o por incumplimiento total de los deberes asistenciales a cargo de la parte demandada.

Así, sostiene que la ausencia de comportamientos negligentes u omisivos atribuibles a la Clínica Versalles y a la EPS SOS permite concluir que no se encuentra acreditado el elemento esencial de la falla del servicio, indispensable para declarar la responsabilidad del Estado. En consecuencia, afirma que no existe fundamento jurídico ni fáctico para endilgar responsabilidad alguna a dichas entidades, por lo que debe procederse a su exoneración total.

Reitera que la Clínica Versalles no participó en ninguno de los hechos que los demandantes señalan como constitutivos del daño cuya reparación se solicita. Explica que no existe razón jurídica válida para atribuirle responsabilidad alguna, más aún cuando la historia clínica obrante en el expediente, así como los testimonios rendidos por los galenos que intervinieron en la atención del señor -J.D.C.G.-, dan cuenta de que desde el primer momento en que se brindó atención al paciente, se actuó conforme a las necesidades médicas que este presentaba y a criterio profesional de los médicos tratantes. Añade que dicha atención fue proporcionada en función de los signos clínicos que presentaba el paciente al momento del ingreso, y que se desplegaron todos los esfuerzos necesarios para su adecuado manejo clínico.

Sostiene que las actuaciones del personal médico de la Clínica Versalles S.A. se ajustaron plenamente a la conducta diligente que normalmente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina ante un cuadro clínico similar. En tal sentido, la atención prestada fue adecuada, ajustada a los protocolos médicos y desarrollada con responsabilidad técnica, científica y ética, lo cual permite excluir cualquier imputación de responsabilidad basada en una supuesta omisión, negligencia o impericia.

Por consiguiente, afirma que tanto la Clínica Versalles S.A. como la EPS SOS S.A. actuaron con la diligencia exigida por el ordenamiento jurídico, lo cual excluye la existencia de una causal que pueda vincular sus conductas con el resultado dañoso alegado. Esta ausencia de nexo causal implica, a su vez, la inexistencia de responsabilidad médica estructurada en el caso concreto. Como se indicó en apartes anteriores, la carga de la prueba respecto a la existencia de una causa eficiente y determinante en la producción del daño recae sobre la parte demandante, quien no ha cumplido con dicha carga probatoria.

Finalmente, critica que la argumentación presentada en la demanda pretende eludir dicha carga procesal, partiendo de una presunción de causalidad que no encuentra respaldo en el

material probatorio. Sostiene que no existe prueba directa ni siquiera indiciaria que permita establecer objetivamente una relación causal entre el comportamiento de las entidades demandadas y el daño alegado. En consecuencia, al no configurarse una relación de causalidad eficiente, desaparece la posibilidad de atribuir responsabilidad, razón por la cual solicita que se declare la ausencia de responsabilidad en los términos planteados.

2.5.11. Axa Colpatria S.A.: Señala que se solicita la emisión de una sentencia de carácter absolutorio respecto de las entidades demandadas Dirección Territorial de Salud de Caldas, Clínica Versalles S.A., y la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. – EPS SOS S.A.–, en razón a que no se configura ningún tipo de responsabilidad atribuible a su conducta dentro de los hechos que dieron lugar al proceso.

En primer lugar, indica que los hechos considerados como probados en el presente proceso conducen necesariamente a concluir que no puede establecerse ningún nexo de causalidad entre las actuaciones desplegadas por la Dirección Territorial de Salud de Caldas y las complicaciones médicas que presentó el paciente. Sostiene que tales complicaciones fueron consecuencia directa del avanzado estado de la enfermedad que ya aquejaba al señor - J.D.C.G.-, y que, en ese contexto, los profesionales de la salud que intervinieron en su atención realizaron oportunamente los procedimientos, exámenes clínicos y ayudas diagnósticas que resultaban pertinentes y necesarios con el fin de preservar su vida. No obstante, agrega que, debido al nivel de progresión de la patología que padecía el paciente, los esfuerzos realizados no lograron revertir su deterioro clínico.

Así mismo, sostiene que tampoco se acredita nexo causal entre las conductas médicas desplegadas por el personal adscrito a la Clínica Versalles S.A. y el desenlace fatal del caso. Argumenta que, a partir del análisis de las pruebas practicadas en el proceso, no se desprende evidencia alguna que permita concluir que hubo negligencia, falta de oportunidad en la atención, negación del servicio, impericia, omisión o cualquier otro tipo de irregularidad médica que pueda ser atribuida a dicha institución. Por el contrario, recalca que no se configuró retardo injustificado, ni barrera administrativa alguna que pueda ser considerada como causa directa, única o eficiente del fallecimiento del paciente.

Finalmente, indica que la EPS Servicio Occidental de Salud S.A. –SOS S.A.– no prestó de forma directa los servicios de salud al señor -J.D.C.G.-, puesto que tales atenciones fueron brindadas a través de las instituciones de salud adscritas a su red de servicios contratada. Precisa que dichas entidades prestadoras cuentan con personal médico idóneo, así como con la infraestructura técnica, científica y administrativa requerida para la adecuada prestación del servicio. Por tanto, afirma que, en cumplimiento de su rol como entidad promotora, la EPS delegó la atención médica en prestadores habilitados, sin que esto suponga una omisión o falla que le pueda ser jurídicamente atribuida en los términos exigidos por el ordenamiento jurídico.

2.5.12. La Previsora S.A.: indica que en el curso del proceso quedaron plenamente demostradas las causales de exclusión de responsabilidad tanto del llamante en garantía como de la compañía aseguradora vinculada, con lo cual se acredita la ausencia de responsabilidad en el presente caso. Sostiene que no se evidenció la existencia de una falla

en el servicio que pueda ser atribuida a las atenciones médicas brindadas por el doctor Edinson Rafael Pitre Montero, teniendo en cuenta que su intervención estuvo limitada a labores de apoyo al médico especialista en cirugía, doctor Mauricio Osorio Chica, quien fue el profesional que, en el marco de la ronda médica realizada el 8 de mayo de 2016, asumió directamente la atención del paciente y definió la conducta clínica a seguir.

Señala que, de conformidad con la historia clínica obrante en el expediente y debidamente aportada al proceso, se verifica que al paciente se le brindó una atención médica oportuna y que se le practicaron todas las valoraciones necesarias, conforme a las patologías que presentaba al momento de su ingreso. En ese sentido, sostiene que no se allegó al proceso prueba alguna que permita establecer un vínculo causal entre el daño alegado por los demandantes y alguna actuación u omisión atribuible a las diligencias médicas desplegadas por el doctor Pitre Montero. Asimismo, afirma que no existe evidencia que permita sostener que en la atención brindada se incurrió en negligencia, impericia o inobservancia del deber profesional por parte del cuerpo médico o asistencial interviniente.

Respecto del llamamiento en garantía, señala que, conforme al análisis del contrato de seguro suscrito bajo la póliza de responsabilidad civil para profesionales médicos No. 1004264, se encuentra debidamente acreditada la inexistencia de cobertura para el caso objeto de análisis. Explica que dicho contrato de seguro fue expedido bajo la modalidad "claims made", es decir, una póliza de reclamación y no de ocurrencia del evento, lo cual implica que la cobertura solo se activa en la medida en que exista una reclamación formal presentada dentro del periodo de vigencia del seguro, sin importar la fecha del hecho generador del daño.

Indica que esta modalidad se encuentra expresamente autorizada por el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, según la cual el siniestro corresponde a la reclamación judicial o extrajudicial formulada por un tercero al asegurado. En consecuencia, la fecha relevante para establecer la operancia del seguro no es la del hecho causante del daño, sino la fecha en que se radica formalmente la solicitud de conciliación extrajudicial (en los casos en que esta sea exigida como requisito de procedibilidad) o, en su defecto, la de la notificación del auto admisorio de la demanda junto con su correspondiente traslado al asegurado. En el caso sub examine, dicha reclamación no se produjo dentro del periodo cubierto por la póliza, razón por la cual se configura una causal clara de exclusión de cobertura.

2.5.13. Concepto del Ministerio Público: No se pronunció en esta etapa procesal.

III. Consideraciones

3.1. Problemas jurídicos a resolver

De conformidad con la posición planteada por las partes, la controversia presentada ante esta instancia jurisdiccional será resuelta dando respuesta a los siguientes planteamientos jurídicos:

¿Se encuentran acreditados los elementos propios de la responsabilidad estatal respecto de las entidades demandadas o algunas de ellas con ocasión de los servicios de Salud prestados al señor José Darío Clavijo González previo a su fallecimiento?

En caso afirmativo ¿Se acreditó la existencia de una relación legal o contractual que imponga a los llamados en garantía la obligación de reparación del perjuicio o el reembolso del pago que tuvieron que hacer como resultado de la sentencia quienes formularon los respectivos llamamientos?

Y finalmente, ¿Hay lugar al reconocimiento y pago de los perjuicios en la forma y quantum deprecados por la parte actora en su escrito de demanda?

3.2. Primer problema jurídico

Tesis del Despacho: En el presente asunto no se acreditaron los elementos propios de la responsabilidad estatal, bajo la connotación de que si bien existe un daño antijurídico consistente en la pérdida de oportunidad que sufrió el señor José Darío Clavijo González por cuenta de no haber obtenido un diagnóstico y tratamiento temprano de la patología "COLECISTITIS", la parte actora no logró acreditar la existencia de una imputación fáctica y jurídica de dicho daño frente al actuar de las entidades demandadas.

Para fundamentar lo anterior, se expondrá *i)* las pruebas relevantes para la resolución del problema jurídico planteado; *ii)* El marco legal y jurisprudencial de responsabilidad estatal, en asuntos de error de diagnóstico y pérdida de oportunidad; y *iii)* análisis del caso concreto.

3.2.1. Pruebas relevantes para resolución del primer problema jurídico

Como material probatorio relevante para resolución de este planteamiento, se tiene lo siguiente:

- Historia clínica de la atención brindada en la Clínica Versalles, la cual se vislumbra en el archivo "150ED_51ANEXODEMANDAHISTOR(.pdf) NroActua 23", visible en el expediente Samai.

- Dictamen Pericial rendido por el galeno Jorge Eliecer Garcia Pérez, visible en los folios 11 al 20 del archivo "32ED_26CONTESTACIONDEMANDADAVIDPDF(.pdf) NroActua 23" del expediente Samai y su respectiva sustentación audiencia, visible en archivo "109Acta audiencia_201800496AUDPRUEBASM(.pdf) NroActua 45".

- Testimonios de la señora Margarita María Arango Pinilla, Mauricio Osorio Chica y el señor Juan Manuel Vanegas quien señalan la atención brindada al señor -J.D.C.G.- frente al tratamiento que se le brindo a el diagnóstico "COLECISTITIS" y las causas que originaron el fallecimiento, archivo "109Acta audiencia_201800496AUDPRUEBASM(.pdf) NroActua 45" expediente Samai.

3.2.2. Fundamentos Normativos y Jurisprudenciales

3.2.2.1. Elementos de la responsabilidad del estado.

Los elementos de la responsabilidad administrativa y patrimonial del Estado en el escenario extracontractual se han desarrollado a partir del artículo 90 de la Constitución Política, conocido como la cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado. Este artículo constitucional ha dado lugar a la definición de elementos esenciales como la existencia de un daño de naturaleza antijurídica y la imputación o relación de causalidad entre dicho daño y la acción u omisión del agente estatal respectivo. Sobre este tema, el honorable Consejo de Estado ha señalado⁴:

“...El artículo 90 de la Constitución Política de 1991 consagró dos condiciones para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado: i) la existencia de un daño antijurídico y ii) la imputación de éste al Estado. El daño antijurídico es la lesión injustificada a un interés protegido por el ordenamiento. En otras palabras, es toda afectación que no está amparada por la ley o el derecho, que contraría el orden legal o que está desprovista de una causa que la justifique, resultando que se produce sin derecho al contrastar con las normas del ordenamiento y, contra derecho, al lesionar una situación reconocida o protegida, violando de manera directa el principio alterum non laedere, en tanto resulta contrario al ordenamiento jurídico dañar a otro sin repararlo por el desvalor patrimonial que sufre, de donde la antijuridicidad del daño deviene del necesario juicio de menosprecio del resultado y no de la acción que lo causa. La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto. Es decir, verificada la ocurrencia de un daño antijurídico y su imputación al Estado, surge el deber de indemnizarlo plenamente, con el fin de hacer efectivo el principio neminem laedere...”

En la misma línea, la citada corporación ha precisado⁵:

“...Al tenor del artículo 90 de la constitución Política, quien pretenda el resarcimiento patrimonial de un daño, por parte del Estado, debe probar que sufrió afectación en un bien jurídicamente tutelado, pero, además, demostrar que dicha afectación es antijurídica, y que le es atribuible a aquel por causa de la acción u omisión de las autoridades públicas. De esta forma la norma constitucional en comento, esboza el trazado de la estructura de la responsabilidad patrimonial del Estado con integración de los tres elementos que de antaño se reconocen como indispensables y necesarios para que se predique de un sujeto que es patrimonialmente responsable: el daño, el hecho que lo genera y el nexo de causalidad que permite la imputación fáctica y jurídica al sujeto activo del daño. La atribución de responsabilidad pende, entonces, de esa relación causal que denota la fórmula constitucional cuando alude al daño que tiene causa en la acción u omisión de las autoridades públicas; y se quiebra entre otras circunstancias, cuando el daño ha estado determinado exclusivamente por la culpa de la víctima...”

⁴ Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 22 de noviembre de 2021, C.P. Nicolás Yepes Corrales, radicado 50001-23-31-000-2011-00436-01 (58457).

⁵ Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 19 de noviembre de 2021, C.P. Jaime Enrique Rodríguez, radicado 85001-23-31-000-2012-00067-01 (52814).

3.2.2.2. El daño antijurídico

En línea con los hechos previamente relacionados como acreditados, este Despacho judicial considera que en el presente asunto se configura el daño antijurídico denominado como pérdida de oportunidad, por las siguientes razones:

El daño es considerado el elemento principal sobre el cual gira la responsabilidad civil en Colombia, pues su fundamento es la reparación de aquel y el límite a la reparación es el mismo daño, pues no se puede reparar ni más ni menos de su real entidad- *Principio de Reparación Integral*.

El daño, a efectos de que sea indemnizable, requiere que esté cabalmente estructurado, por tal motivo, se torna imprescindible que se acrediten los siguientes aspectos relacionados con la lesión o detrimento cuya reparación se reclama: i) debe ser antijurídico, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo; ii) que se lesione un derecho, bien, o interés protegido legalmente por el ordenamiento; iii) que sea cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente; por ende, no puede limitarse a una mera conjetura⁶.

El artículo 90 de la Constitución señala que *“el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables”*. Daño antijurídico que se ha entendido acorde con los parámetros de la Corte Constitucional en sentencia C -333 de 1996, como aquel que quien lo sufre *“no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, por lo cual éste se reputa indemnizable. Esto significa obviamente que no todo perjuicio debe ser reparado porque puede no ser antijurídico, y para saberlo será suficiente acudir a los elementos del propio daño, que puede contener causales de justificación que hacen que la persona tenga que soportarlo.”*

Por su parte, que el daño sea cierto, equivale a decir que el mismo aparezca plenamente acreditado en el proceso, sin que sea relevante que sea actual o futuro, pues la certeza del daño alude a la realidad de su existencia por oposición al daño eventual el cual es simplemente hipotético y se basa en meras conjeturas.

Así, si el daño antijurídico no se encuentra acreditado, el juzgador queda relevado de valorar los demás elementos de la responsabilidad estatal.

3.2.2.3. Pérdida de la oportunidad en asuntos de responsabilidad médica

Al respecto el Consejo de Estado se ha pronunciado en diferentes decisiones, en primer lugar, se encuentra que en el año 2010⁷ estableció lo siguiente;

“(…) En relación con la jurisprudencia del Consejo de Estado relacionada con la noción de pérdida de oportunidad, debe señalarse que la mayor parte de los desarrollos relacionados con este tópico han tenido lugar, siguiendo la línea que se evidencia en otras latitudes —a lo cual se hizo alusión precedentemente— en el derecho de daños y, más puntualmente, en el ámbito de la

⁶ Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 29 de febrero de 2012; Exp. 21536.

⁷ Sección Tercera. Sentencia del 11 de agosto de 2010. C.P. Mauricio Fajardo Gómez. radicación 05001-23-26-000-1995-00082-01(18593)

responsabilidad médica; es, entonces, en este terreno, aquél en el cual principalmente puede referirse la existencia de pronunciamientos en los cuales la Sala ha reconocido algunos de los elementos de la figura de la pérdida de chance, como la combinación de elementos de certeza y de incertidumbre que comporta, su aparente proximidad —que no identificación— con la antes mencionada causalidad probabilística, así como la distinción —también referida previamente en este proveído— entre la relación causal del hecho considerado dañino con la ventaja finalmente perdida o con el detrimento a la postre padecido por la víctima, de un lado y con la desaparición de la probabilidad de alcanzar dicho provecho o de evitar el deterioro patrimonial, de otro, como modalidades de daño claramente diferenciables.(...)”

Asimismo, para el año 2017⁸, el máximo tribunal en lo contencioso administrativo dispuso;

“... La Sección Tercera del Consejo de Estado ha precisado que la pérdida de oportunidad es un daño en sí mismo con identidad y características propias, diferente de la ventaja final esperada o del perjuicio que se busca eludir y cuyo colofón es la vulneración a una expectativa legítima, la cual, debe ser reparada de acuerdo al porcentaje de probabilidad de realización de la oportunidad que se perdió (...) [L]a Sala considera que el fundamento de la pérdida de oportunidad como daño autónomo, cuenta con dos componentes, uno de certeza y otro de incertidumbre: el primero, se predica respecto de la existencia de la expectativa, toda vez que esta debe ser cierta y razonable, al igual que respecto a la privación de la misma, pues en caso de no haber intervenido el hecho dañino infligido por el tercero, la víctima habría conservado incólume la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar un menoscabo; y, el segundo, respecto a la ganancia esperada o el perjuicio que se busca evitar, pues no se sabe a ciencia cierta si se hubiera alcanzado o evitado de no haberse extinguido la oportunidad (...) [L]a Sala precisa que los elementos del daño de pérdida de oportunidad son: i) Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) Certeza de la existencia de una oportunidad; iii) Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima...”

De la misma manera en jurisprudencia del año 2020, señaló dicha corporación⁹;

“... La pérdida de oportunidad o pérdida de chance se configura en todos aquellos casos en los que una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro, acontecer o conducta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial. Ahora bien, a pesar de las diversas teorías empleadas para explicar la pérdida de oportunidad, recientemente esta Subsección se ha pronunciado en el sentido de considerar que la postura que mejor se ajusta a dicho concepto es aquella que la concibe como un daño derivado de la lesión a una expectativa legítima, diferente de los demás daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte (vida) o afectación a la integridad física, por lo que así como se estructura el proceso de atribución de estos últimos en un caso determinado,

⁸ Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 12 de octubre de 2017, C.P. Ramiro Pazos Guerrero, radicado 66001-23-31-000-2005-01021-04(42803)

⁹ Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 07 de septiembre de 2020, C.P. Ramiro Pazos Guerrero, radicado 52001-23-31-000-2011-00147-01(53594)

también se debe analizar la imputación de un daño derivado de una vulneración a una expectativa legítima en todos los perjuicios que de ella se puedan colegir, cuya naturaleza y magnitud varía en función del interés amputado y reclamado. En esa oportunidad la Sala decidió reordenar los elementos de la pérdida de oportunidad, así: i) falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) certeza de la existencia de una oportunidad; iii) certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima. Al descender al caso concreto, la Sala considera que en el presente asunto no se cumple con el elemento de certeza de la existencia de una oportunidad. Esto, por cuanto dentro del expediente no reposa elemento de acreditación que demuestre que la práctica de la tomografía abdominal hubiere detectado, de manera oportuna y eficiente, las causas que dieron lugar a las patologías sufridas por el paciente y que, consecuentemente, ello habría evitado su fallecimiento. NOTA DE RELATORÍA: Sobre el tema, cita Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 11 de agosto de 2010, exp. 18593...”

También se encuentra que, en jurisprudencia del año 2023, el Consejo de Estado consideró respecto a la pérdida de la oportunidad como una categoría de daño lo siguiente¹⁰;

“... También se ha dicho que, tratándose de asuntos en los que se debate la defectuosa prestación del servicio médico, el daño no siempre consiste en la lesión física, la secuela fisiológica o la muerte del paciente, sino que también puede ocurrir que se le prive del suministro del tratamiento o cuidado disponible que mayor beneficio le pueda reportar o le otorgue las mayores posibilidades de recuperación.

En este último evento, aunque tampoco existe certeza de que aunque se hubiera actuado con diligencia, el paciente se recuperaría, lo cierto es que si el centro hospitalario hubiese obrado de conformidad, es decir, con la pericia y el cuidado necesarios, no le habría hecho perder el chance o la oportunidad de sanarse¹¹.

Para predicar la existencia de ese daño autónomo imputable al Estado¹², es preciso demostrar sus elementos configurativos, esto es: i) la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) certeza de la existencia de una oportunidad y, en relación con esta, iii) certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima.” (Subrayado y negrillas de la Sala) ...”

¹⁰ Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, 2 de junio de 2023, Consejera ponente: María Adriana Marín, Radicación: 05001-23-31-000-2011-01813-01 (60719).

¹¹ **Cita de cita:** Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de julio de 2011, Exp. 20.139, M.P. Mauricio Fajardo Gómez y sentencia del 11 de agosto de 2010, expediente No. 18593, M.P. Enrique Gil Botero. Posición reiterada por esta Subsección en sentencia del 12 de diciembre de 2022, expediente 59776, M.P. José Roberto Sáchica Méndez y Sentencia del 17 de febrero de 2023, expediente 50926.

¹² **Cita de cita:** “la pérdida de oportunidad es un fundamento de daño autónomo, que si bien no tiene todas las características de un derecho subjetivo, autoriza a quien ha sido objeto de una lesión a su patrimonio -material o inmaterial- a demandar la respectiva reparación, la cual será proporcional al coeficiente de oportunidad que tenía y que injustificadamente perdió. Aquí el objeto de reparación no es, en sí, la ventaja esperada o el menoscabo no evitado sino, únicamente, la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma, pues si el beneficio o el mal que se quería eludir estuvieran revestidos de certeza no se podría hablar del daño consistente en la pérdida de una oportunidad, sino del daño frente a un resultado cierto cuya reparación es total y no proporcional: se repara la pérdida del chance, no la pérdida del alea”. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril de 2017, Exp. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

3.2.2.4. La responsabilidad patrimonial del Estado por errores en el diagnóstico de enfermedades

La Jurisprudencia del H. Consejo de Estado, frente a la responsabilidad del estado en casos de error en el diagnóstico de las enfermedades ha señalado:

“En relación con el acto médico propiamente dicho, que es el tema de interés para la solución del caso concreto, los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

Por lo tanto, en tales eventos, la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.

Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, porque a partir del mismo se define el tratamiento posterior. Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.”¹³

3.2.3. El daño antijurídico en el caso concreto

Según la historia clínica aportada por la Clínica Versalles S.A., el señor José Darío Clavijo González ingresó el 6 de mayo de 2016 al servicio de urgencias “PACIENTE DE 61 AÑOS CON COMORBILIDADES, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR HEMIABDOMEN INFERIOR NO ASOCIADO A OTRA SINTOMATOLOGÍA. NIEGA SÍNTOMAS COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR PRECORDIAL, EQUIVALENTES ANGINOSOS O ALTERACIONES EN EL ESTADO DE CONCIENCIA”. La valoración física primaria detalló “ABDOMEN; BLANDO, DEPRESIBLE, PRESENTA DOLOR LEVE A PALPACIÓN DE FOSA ILIACA DERECHA, SIN PRESENCIA DE MASAS NI MEGALIAS, NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO”.

¹³ Sentencia del 3 de octubre de 2016, Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección B, Consejero ponente: Ramiro Pazos Guerrero, Radicado número: 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057)

Por tal razón, fue ingresado con el diagnóstico *“DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN”* y posteriormente le fueron tomados paraclínicos, los cuales indicaron *“SE REVALORA PACIENTE CON REPORTE DE PARACLÍNICOS EN LOS CUALES SE EVIDENCIA CUADRO HEMARITO CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, PARCIAL DE ORINA CON SANGRE PERO SEDIMENTO NEGATIVO. POR DOLOR LOCALIZADO A NIVEL DE FOSA ILIACA DERECHA Y LEUCOCITOSIS CONSIDERO PERTINENTE VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL”*.

Al ser valorado por el médico cirujano, se decide hospitalizarlo y realizarle una ecografía. Es así que el 7 de mayo se mantuvo hospitalizado y el 8 de mayo fue dado de alta.

El 10 de mayo de 2016 nuevamente ingresa al servicio de urgencias indicando *“PACIENTE DE 61 AÑOS SIN COMORBILIDADES, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN FLANCO DERECHO, REFIERE CONSULTA PREVIA POR LA MISMA CAUSA ÉL HACE 4 DÍAS, SE DIAGNOSTICÓ LITIASIS RENAL, SE DIO SALIDA CON SIGNOS DE ALARMA, EL DÍA DE HOY RECONSULTA POR REAPARICIÓN DE DOLOR, NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS, NIEGA HEMATURIA, NO DIARREA. NIEGA FIEBRE”*.

Seguidamente, recibió diversas atenciones en los días posteriores con deterioro clínico con el diagnóstico *“OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS”*, realizándose diversos exámenes médicos y ecografías abdominales, con deterioro, cambiando de diagnóstico a *“COLEDOCOLITIASIS”*, para que finalmente el 17 de mayo fuera intervenido quirúrgicamente encontrando *“PERITONITIS + NECROSIS DE LA VESÍCULA”*, llevándose un postoperatorio en la UCI y, posteriormente, el 25 de mayo se dio salida ante la mejoría que presentaba.

Es así que el 7 de junio reingresó al servicio de urgencias *“PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE RECIENTE COLECISTECTOMIA ABIERTA EL DÍA 17/05/2016 DEFINIDA POR HALLAZGOS DE ENDOSONOGRAFIA, ENCONTRANDO EN DICHO PROCEDIMIENTO UNA VESÍCULA GANGRENADA EMPLASTRONADA CON PERITONITIS DE 2 CUADRANTES. REQUIRIÓ DE ESTANCIA HOSPITALARIA POSTERIOR POR DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO, ACUDE A CONSULTA MÉDICA POR PRESENTAR SALIDA DE MATERIAL AMARILLENTO CITRINO POR SITIO DE ENTRADA DE DREN SUBHEPÁTICO. NIEGA FIEBRE, VÓMITO, DIARREA, CEFALEA, DOLOR TORÁCICO, DOLOR EN HERIDA QUIRÚRGICA, CAMBIOS MICCIONALES, DISURIA O POLAQUIURIA”*, por lo cual fue remitido a la unidad de cuidados intermedios.

Durante los siguientes días, se registró el 9 de junio: *“PACIENTE CON HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICOS ANOTADOS. INGRESO A LA UCI EN EL CONTEXTO DE UN SHOCK SÉPTICO E HIPOVOLÉMICO PARA REANIMACIÓN GUIADA POR METAS. SE CONSIDERÓ QUE CURSABA CON COLECCIONES INTRAABDOMINALES DIAGNOSTICADAS POR TAC DE ABDOMEN CONTRASTADA; POR LO TANTO, FUE LLEVADO A LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA DONDE SOLO SE LE ENCONTRÓ LÍQUIDO SEROHEMÁTICO”*.

Finalmente, y tras diferentes servicios registrados en la historia clínica para el manejo de la patología y el postoperatorio realizado con sus diversas complicaciones, se dio el fallecimiento el 26 de junio de 2016.

En este orden de ideas, debe destacarse que la parte actora pretendió alegar que el daño antijurídico que debe ser objeto de reparación en el sub lite corresponde al fallecimiento del señor -J.D.C.G.-, según alega, generado por la falta de diagnóstico adecuado o atención respecto oportuna del diagnóstico que posteriormente le fue dado como "COLECISTITIS".

Ahora bien, a efectos de estudiar el daño antijurídico y los demás elementos de responsabilidad en este asunto, se torna necesario señalar que, a juicio de este fallador, con los demás elementos de prueba no se pudo determinar la existencia de una relación clara y directa entre el daño alegado por la parte actora -muerte del paciente- y la omisión que se alega existió en cuanto al diagnóstico y manejo del diagnóstico "COLECISTITIS", que finalmente, por sus complicaciones, generó su fallecimiento, pues para ello debió aportarse al plenario prueba técnica que denotara que el deceso del señor -J.D.C.G.- indefectiblemente hubiese sido evitado con la materialización de otras acciones médicas por parte de sus galenos.

Obsérvese entonces que no obra en el sub lite ningún tipo de prueba que pueda llevar a este fallador a la conclusión de que el fallecimiento del señor -J.D.C.G.- se hubiese evitado con un diagnóstico inicial del diagnóstico que posteriormente le fue otorgado "COLECISTITIS", pues esto se limitó a la mera afirmación de la parte actora, dejando -probatoriamente hablando- dicha conclusión en un escenario de incertidumbre, pues no se aportó ningún elemento que permita evidenciar que un manejo diagnóstico diferente al recibido o la realización temprana de otros procedimientos habría evitado las complicaciones que se presentaron en el fallecimiento de aquel.

Se destaca entonces que, procesalmente, no existen fundamentos para señalar que el fallecimiento del señor -J.D.C.G.- pudo haberse evitado, pues como se observa del historial clínico, su deceso se presentó por cuenta de múltiples complicaciones derivadas del deterioro en su estado de salud, producto del grave deterioro de sus funciones vitales, aspecto frente al cual no se evidencia ningún esfuerzo probatorio para demostrar, desde un criterio técnico o profesional, que hubiesen podido ser evitadas con uno u otro actuar.

Es esencial en estos asuntos como el *sub lite* aportar pruebas contundentes y técnicas que establezcan una relación causal directa entre las acciones médicas y el desenlace fatal, para fundamentar cualquier reclamación de responsabilidad médica, siendo claro que la carga de la prueba recae en la parte demandante, quien debe demostrar con evidencia clara y precisa que la conducta directamente causó el daño, pues de lo contrario, cualquier alegato sobre ello se queda en el ámbito de la especulación. Por lo tanto, en este caso específico, al no existir pruebas que demuestren que, con un diagnóstico o tratamiento diferente, se habría evitado la muerte del paciente, no es dable en este caso determinar la existencia de un daño antijurídico consistente en el deceso del señor -J.D.C.G.-.

Ahora bien, se destaca que la parte actora a lo largo de sus razones de imputación, advierte en todo caso que en el presente pudo haberse presentado "una pérdida de oportunidad", sin embargo, como se dijo, insiste en que el daño antijurídico corresponde a la muerte del paciente, lo anterior impone a este fallador, en aplicación del principio *iura novit curia*, aclarar que, lo que sí se evidencia es la existencia de un daño antijurídico consistente en la

pérdida de oportunidad que sufrió la parte actora, ante la privación que se pudo haber impuesto al señor -J.D.C.G.- de acceder al diagnóstico y atención médica que hubiese sido adecuada para el manejo del diagnóstico "COLECISTITIS", que derivó -tras múltiples complicaciones- en su deceso.

Es decir, se observa en el sub lite un daño antijurídico consistente en no haberse otorgado al señor -J.D.C.G.- la oportunidad de obtener el eventual resultado de recibir un diagnóstico y tratamiento temprano para su padecimiento de "COLECISTITIS", sin perjuicio del análisis que se deba efectuar a fin de determinar si dicho daño es o no imputable a las demandadas.

Por tanto, para este Despacho judicial, el daño antijurídico causado a los demandantes por las entidades aquí demandadas debe analizarse desde el prisma de la pérdida de oportunidad, al no haberse obtenido un diagnóstico y tratamiento temprano para el padecimiento de "COLECISTITIS", aun sin que se cuente con la certeza de que la falta de dicha atención médica causó la muerte del paciente, pues el resultado del tratamiento que le fue vedado se encuentra en el campo de la incertidumbre, ya que no resulta suficiente señalar que no se brindó una atención oportuna y existían altas probabilidades de recuperación para garantizarlo.

En tal sentido, el H. Consejo de Estado al analizar un asunto de pérdida de oportunidad por defectuoso diagnóstico, en el cual incluso las pruebas técnicas recaudadas daban razón de una posibilidad de recuperación con una probabilidad superior al 50% y cercana al 85%, consideró que ni siquiera tal margen de posibilidad permite imputar la causación de las lesiones definitivas del paciente, sino se itera, un daño consistente en la pérdida de oportunidad en el tratamiento¹⁴.

Y es que, en el presente asunto, se itera, si bien no existe la certeza que el diagnóstico y atención temprana hubiese sido eficaz para detener el deterioro en salud descrito, pues debe acudir al ya consolidado paradigma de que las obligaciones médicas son de medio y no de resultado, lo cierto es que, precisamente ante el no diagnóstico eficiente en un primer momento de la "COLECISTITIS" que sufría el paciente, no se pusieron al servicio de este todos los medios e instrumentos necesarios, con el fin de garantizarle su tratamiento, ocasionado con ello, que se perdiera la oportunidad de obtener un posible beneficio en su condición de salud.

En este orden de ideas, el despacho advierte que no puede ser de recibo el argumento planteado por la parte pasiva de esta litis a lo largo de todas sus intervenciones referente a la falta de acreditación de una "relación directa" entre muerte de la paciente y los servicios prestados, pues como se ha venido señalando en este acápite -con sustento en la jurisprudencia previamente citada-, en asuntos como el aquí analizado, es dable estudiar la existencia de un daño por pérdida de oportunidad, cuando no es dable arribar a la certeza de dicha "relación directa".

¹⁴Sección Tercera, Subsección B, 3 de agosto de 2017, Rad.: 19001-23-31-000-2004-00699-01 (40683).

Conforme a lo anterior, y tal como se dijo los elementos necesarios para establecer la existencia de un daño por pérdida de oportunidad, no implican una determinación directa de que la atención médica brindada haya o no sido causa directa de la muerte del paciente, sino que consiste en el hecho mismo de que se haya privado a aquella de obtener el resultado, para lo cual se deben analizar los elementos de esta categoría de daño autónomo, así:

- **Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar:** En este caso, se configura el primer elemento del daño por pérdida de la oportunidad, ya que a pesar de no existir certeza de que se hubiese evitado la muerte del señor -J.D.C.G - con el diagnóstico temprano de "COLECISTITIS", ello sí habría permitido cuando menos un actuar diferente que pudo brindarsele por las accionadas.
- **Certeza de la existencia de una oportunidad:** En cuanto a ello, se observa que existía una oportunidad razonable de recibir el tratamiento temprano del diagnóstico "COLECISTITIS", atención que hubiese tenido una inferencia en el manejo de la patología y en el resultado obtenido.
- **Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima:** Sobre este punto, resulta claro que el señor -J.D.C.G-, no pudo obtener la atención temprana para su padecimiento de "COLECISTITIS", pues no fue diagnosticado del mismo tempranamente, por ende, dicha posibilidad se extinguió de manera irreversible con el fallecimiento de aquel.

En consecuencia, a todas luces en el presente asunto existe un daño sufrido por la víctima que se torna antijurídico, al no haberse permitido a el señor -J.D.C.G.- obtener el resultado del diagnóstico y tratamiento temprano de la "COLECISTITIS" que padeció.

Ahora bien, siendo claro entonces que el señor -J.D.C.G.- no accedió a dicho resultado, es ahora del caso descender al análisis de si dicho daño es imputable a una actuar defectuoso u omisivo por parte de las entidades demandadas.

3.2.4. Imputación del daño

La imputación es la atribución fáctica y jurídica que se hace al Estado del daño antijurídico, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo el desequilibrio de las cargas públicas -daño especial-, la concreción de un riesgo excepcional, el régimen común de la falla del servicio o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto. Al respecto el Consejo de Estado ha indicado¹⁵:

"En cuanto a la imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica, en la que se debe determinar la atribución conforme a un deber jurídico (que opera

¹⁵ Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, C.P.: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, 30 de enero 2013. Radicación número: 73001-23-31-000-2000-00737-01(22455).

conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio; daño especial; riesgo excepcional).

...

Sin duda, en la actualidad todo régimen de responsabilidad patrimonial del Estado exige la afirmación del principio de imputabilidad, según el cual, la indemnización del daño antijurídico cabe achacarla al Estado cuando haya el sustento fáctico y la atribución jurídica.

...

Debe, sin duda, plantearse un juicio de imputación en el que, demostrado el daño antijurídico, deba analizarse la atribución fáctica y jurídica en tres escenarios: peligro, amenaza y daño. En concreto, la atribución jurídica debe exigir la motivación razonada, sin fijar un solo título de imputación en el que deba delimitarse la responsabilidad extracontractual del Estado, sino que cabe hacer el proceso de examinar si procede en primera medida la falla en el servicio sustentada en la vulneración de deberes normativos, que en muchas ocasiones no se reducen al ámbito negativo, sino que se expresan como deberes positivos en los que la procura o tutela eficaz de los derechos, bienes e intereses jurídicos es lo esencial para que se cumpla con la cláusula del Estado Social y Democrático de Derecho; en caso de no poder aplicarse dicha motivación, cabe examinar si procede en el daño especial, sustentado en la argumentación razonada de cómo (probatoriamente) se produjo la ruptura en el equilibrio de las cargas públicas; o, finalmente, si encuadra en el riesgo excepcional. De acuerdo con la jurisprudencia de la Sala Plena de la Sección Tercera "(...) en lo que se refiere al derecho de daños, el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso en concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones tanto fácticas como jurídicas que den sustento a la decisión que habrá que adoptar. Por ello, la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos "títulos de imputación" para la solución de los casos propuestos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas —a manera de recetario— un específico título de imputación".

Así, para definir el régimen de responsabilidad aplicable es necesario remitirse al texto mismo de la demanda y a la manera en la cual se estructuraron las imputaciones relacionadas con la responsabilidad extracontractual de la administración; ello no obstante la aplicación del aforismo jurídico "*venite ad factum, iura novit curia*", que significa que se permite al Juez de la causa acudir al régimen de responsabilidad que más se ajuste a los hechos que dan origen al proceso, sin que se esté limitado a lo expuesto por los sujetos procesales .

Conforme a ello, y para efectos de determinar la imputación en el asunto objeto de decisión judicial, el Despacho como se advirtió en precedencia considera que hay lugar a la aplicación del título jurídico de imputación de "*falla del servicio*", pues la falta de diagnóstico y tratamiento temprano de la patología "*COLECISTITIS*", le generó un daño al no tener la oportunidad de obtener el resultado derivado de aquello.

En cuanto al juicio de imputación específico este exige analizar dos esferas: *i*) la imputación fáctica en la que se deben determinar las acciones u omisiones "*materiales*" desplegadas por la entidad pública; y *ii*) la imputación jurídica, en la que se debe determinar la atribución

conforme a un deber legal desatendido o cumplido en forma tardía, incompleta o defectuosa¹⁶.

En línea con lo anterior, se pasarán a analizar estas dos esferas de la imputación, tal y como se dejó claro, bajo la óptica del daño por pérdida de oportunidad, basado en el hecho de haber privado al paciente de las posibilidades de obtener el servicio médico que, derivado del diagnóstico y tratamiento temprano de la "COLECISTITIS", y si tal situación se presentó bajo un escenario de condiciones anormales del servicio o por fallas en el mismo.

3.2.4.1. Imputación del daño frente al Ministerio de Salud y Protección Social, la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la Superintendencia Nacional de Salud

En el presente caso, la parte demandante ha dirigido imputaciones contra entidades del orden nacional y territorial -como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la Superintendencia Nacional de Salud-, fundamentando su supuesta responsabilidad en la omisión de funciones de inspección, vigilancia y control frente a la prestación del servicio médico que recibió el señor -J.D.C.G.-. Sin embargo, del análisis del expediente y de las competencias asignadas a cada una de estas entidades por el ordenamiento jurídico, no se advierte fundamento fáctico ni normativo suficiente para atribuirles responsabilidad por el daño alegado.

Respecto al **Ministerio de Salud y Protección Social**, se advierte que la parte actora no ha identificado ni demostrado con claridad qué función específica habría sido omitida o ejecutada de manera defectuosa. El Ministerio, como cabeza del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene como función dirigir, formular políticas públicas, coordinar programas nacionales y evaluar su ejecución, pero no presta directamente servicios de salud ni actúa como asegurador. Por tanto, no puede atribuirse responsabilidad a esta entidad cuando no se ha demostrado que haya infringido alguno de sus deberes legales ni que exista un vínculo causal entre su actuación y el daño sufrido por el señor -J.D.C.G.-. Las afirmaciones genéricas y la escasa labor probatoria en lo que respecta a dicha entidad no satisfacen la carga mínima exigida para imputar responsabilidad alguna a esta.

Por su parte, la **Superintendencia Nacional de Salud** cumple funciones de carácter técnico, jurídico y administrativo, relacionadas con la inspección y vigilancia del sistema, pero no ejecuta directamente servicios médicos ni actúa como responsable de su prestación. Su rol es supervisar el adecuado funcionamiento de las EPS, IPS y demás actores del SGSSS. En este caso, la parte demandante no ha acreditado que alguna actuación u omisión concreta por parte de la Superintendencia haya incidido en los hechos que rodearon la atención médica del paciente, limitándose a señalar de forma general supuestos incumplimientos sin especificar cuáles fueron ni cómo se relacionan causalmente con el daño. Así mismo, no obra

¹⁶ Ver Sentencia del H. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección "C", del 22 de junio de 2011. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, expediente número 19548. En la cual se expuso que el nexo de causalidad es un "... concepto estrictamente naturalístico que sirve de soporte o elemento necesario a la configuración del daño, otra cosa diferente es que cualquier tipo de análisis de imputación, supone, prima facie, un estudio en términos de atribubilidad material (imputatiofacti u objetiva), a partir del cual se determina el origen de un específico resultado que se adjudica a un obrar -acción u omisión-, que podría interpretarse como causalidad material" y, por su parte, la imputación jurídica supone "establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico."

en el expediente prueba alguna de que la entidad hubiera sido advertida de hechos irregulares que, al no ser corregidos, derivaran en la muerte del paciente.

En relación con la **Dirección Territorial de Salud de Caldas**, la parte demandante también centra su imputación en una supuesta omisión en el ejercicio de funciones de vigilancia sobre la Clínica Versalles S.A., donde fue atendido el paciente. Sin embargo, no se señala con precisión cuál fue la función específica incumplida, ni cómo dicha omisión se relaciona causalmente con el daño alegado.

Debe advertirse que, las entidades territoriales no tienen a su cargo la prestación directa del servicio de salud para personas afiliadas al régimen contributivo, como era el caso del señor -J.D.C.G.-, cuya atención debía ser garantizada por su EPS. Además, no se acreditó que el paciente estuviera clasificado como población pobre no afiliada, lo cual justificaría una intervención asistencial de la entidad territorial. Así las cosas, no existe evidencia que demuestre un incumplimiento de las funciones asignadas a esta entidad ni que configure un nexo causal entre su conducta y el resultado lesivo alegado.

Frente a lo anterior, no puede pasarse por alto que las argumentaciones desarrolladas por la parte demandante, en lo que respecta a la vinculación de las entidades públicas demandadas -Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección Territorial de Salud de Caldas y Superintendencia Nacional de Salud- parecen haber tenido como finalidad principal la activación del fuero de atracción para que las pretensiones formuladas frente a prestadores de servicios de salud de naturaleza privada fueran conocidas por la jurisdicción contencioso administrativa, y no la intención de endilgarles una verdadera responsabilidad por vía de acción u omisión, pues no se observan en la demanda el desarrollo de verdaderos argumentos de imputación sustancial que permitan vincular jurídicamente a dichas entidades públicas con el daño cuya reparación se pretende. Por el contrario, las afirmaciones formuladas se limitan a enunciaciones generales sobre funciones de inspección, vigilancia o formulación de políticas, sin precisar hechos concretos ni establecer una relación de causalidad que sustente su responsabilidad patrimonial en los términos exigidos por el ordenamiento jurídico.

Lo anterior, sin perjuicio de que en todo caso el Despacho judicial avaló con la admisión de la demanda la vinculación de dichas entidades la consecuente competencia para conocer del asunto y tramitar la totalidad de las pretensiones aquí esbozadas.

En suma, se tiene que en el *sub lite* las imputaciones formuladas contra estas tres entidades se construyen sobre afirmaciones genéricas sobre sus deberes de inspección y vigilancia, sin precisar cuáles funciones específicas fueron omitidas ni cómo su incumplimiento habría contribuido materialmente a la producción del daño, siendo necesario señalar que el cumplimiento adecuado de estas funciones no comporta una responsabilidad automática por las fallas en la prestación del servicio médico a cargo de las EPS o IPS habilitadas, por lo que en ausencia de pruebas claras y concretas que demuestren un nexo causal directo o indirecto entre su conducta y el daño alegado, no puede atribuírseles responsabilidad patrimonial en los términos exigidos por el ordenamiento jurídico.

Corolario, el Despacho procederá a analizar la imputación del daño frente a las entidades que suministraron y prestaron los servicios de salud al señor -J.D.C.G.-.

3.2.4.2. Imputación frente a la E.P.S. S.O.S.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud -E.P.S.- cumplen primordialmente funciones de índole administrativa, entre las cuales se destacan la afiliación, la organización de la prestación de los servicios de salud, y la articulación entre los afiliados y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -I.P.S.- habilitadas, su rol, en consecuencia, no comprende directamente la prestación del servicio médico, sino la garantía de su acceso y la organización de las condiciones necesarias para su realización eficaz y oportuna.

En esa línea, del análisis del acervo probatorio, en particular de la historia clínica allegada, se observa que el señor -J.D.C.G.- se encontraba afiliado a la E.P.S. Servicio Occidental de Salud S.A. (S.O.S.), circunstancia que se encuentra registrada de forma consistente desde el primer ingreso del paciente al servicio de urgencias de la Clínica Versalles, el día 6 de mayo de 2016, y que se mantiene en los sucesivos episodios asistenciales. En dicho ingreso, el paciente fue atendido por dolor abdominal, recibió valoración médica, se le practicaron estudios diagnósticos y fue dado de alta en condiciones clínicas estables.

Posteriormente, el paciente ingresó en dos ocasiones adicionales, también por el servicio de urgencias de la misma institución, y en cada una de estas intervenciones, según lo evidencia la documentación clínica, recibió atención, exámenes complementarios y procedimientos médicos pertinentes a la evolución de su cuadro clínico, sin que se advierta, a lo largo del expediente médico, la existencia de anotaciones que den cuenta de la negativa, omisión o demora atribuible a la E.P.S. en la autorización o provisión de servicios médicos, medicamentos, ayudas diagnósticas o tratamientos.

Tampoco la parte demandante ha formulado una acusación directa de responsabilidad frente a la E.P.S. por alguna falencia en el cumplimiento de sus deberes de aseguramiento, por el contrario, los cuestionamientos y señalamientos formulados en la demanda están dirigidos exclusivamente a la actuación de los galenos y a la atención prestada por la Clínica Versalles S.A., en cuanto a la presunta omisión o error en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cuadro clínico que derivó en la muerte del señor -J.D.C.G.-.

En efecto, no se ha planteado en el expediente argumento alguno que permita establecer que la E.P.S. omitió alguna gestión administrativa esencial que hubiese podido afectar negativamente el curso asistencial del paciente, por el contrario, los registros médicos evidencian que todos los procedimientos, valoraciones y exámenes requeridos fueron autorizados y practicados sin dilaciones atribuibles a la entidad de aseguramiento, cumpliéndose así con la obligación legal de garantizar el acceso efectivo a los servicios del Plan de Beneficios en Salud.

En este contexto, resulta pertinente reiterar que el numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100 de 1993 asigna a las E.P.S. la responsabilidad de *“organizar la forma y mecanismos a través de*

los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional”, lo cual faculta a estas entidades, según lo establece el artículo 179 *ibídem*, a contratar libremente con distintas I.P.S. habilitadas para la prestación del servicio médico. En consecuencia, la actuación de la E.P.S. en el caso sub examine se limitó a su función de intermediación y organización del servicio, sin que existan elementos de juicio que evidencien un incumplimiento de sus deberes funcionales o una participación causal en la producción del daño alegado.

En virtud de lo anterior, el Despacho no encuentra acreditados hechos que permitan imputar jurídica o fácticamente responsabilidad a la E.P.S. Servicio Occidental de Salud S.A., pues ni en la historia clínica ni en el resto del material probatorio obran indicios de que haya existido algún incumplimiento en su función de aseguramiento en salud, ni obstáculo administrativo alguno que hubiese entorpecido el acceso del paciente a los servicios médicos necesarios. Así, se concluye que no se configura falla alguna del servicio atribuible a dicha entidad.

3.2.4.3. Imputación del daño frente a la Clínica Versalles S.A (actualmente Clínica Ospedale)

Debe advertirse por este despacho que la imputación del daño atribuida a la Clínica Versalles S.A. constituye el núcleo central sobre el cual gira la principal controversia jurídica entre las partes en litigio, pues, dadas las particularidades fácticas del caso, la responsabilidad patrimonial pretendida en este proceso se circunscribe a determinar si es procedente, o no, una imputación por falla en el servicio médico, fundada en posibles omisiones o deficiencias en la atención prestada por el personal médico vinculado a dicha institución prestadora de servicios de salud –IPS–.

En ese sentido, y en cuanto a la imputación jurídica del daño, cabe recordar que el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que es función propia de las IPS “prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios”, advirtiendo además que dichas instituciones “deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia”. Por consiguiente, sin necesidad de mayores disquisiciones, resulta jurídicamente viable la atribución de responsabilidad a la IPS que haya incurrido en fallas durante la prestación del servicio médico a sus usuarios, cuando estas se acrediten.

Ahora bien, para evaluar la existencia de una atención médica inadecuada por parte de la IPS, el análisis debe adentrarse en la imputación fáctica, consistente en la confrontación entre las actuaciones médicas efectivamente desplegadas y los estándares técnicos y científicos aplicables al caso concreto, a fin de determinar si se presentó una desviación de los deberes asistenciales exigibles bajo la *lex artis* médica.

En este orden de ideas, el análisis del despacho se sustentará, de un lado, en el contenido de la historia clínica del señor -J.D.C.G.- en la Clínica Versalles S.A., y de otro, en los testimonios técnicos recaudados en el proceso, especialmente los rendidos por los galenos Juan Manuel Venegas, Mauricio Osorio Chica y Margarita María Arango Pinilla, quienes

intervinieron o tuvieron conocimiento directo de la atención médica prestada en dicha institución.

Antes de entrar al examen detallado de los elementos probatorios relevantes, resulta necesario precisar que el objeto del análisis se limita a verificar si, en el marco de la atención médica prestada al señor -J.D.C.G.-, existieron o no omisiones o errores que configuren una infracción a los postulados técnicos y científicos aplicables, particularmente respecto del diagnóstico de colecistitis, el cual sólo fue identificado y atendido a partir del 14 de mayo de 2016, fecha en la que el paciente ingresó nuevamente al servicio de urgencias y se le practicó posteriormente una colecistectomía por laparotomía.

Se tiene que el señor -J.D.C.G.- ingresó por primera vez al servicio de urgencias de la Clínica Versalles el 6 de mayo de 2016, con una valoración inicial que consignó: *“PACIENTE DE 61 AÑOS SIN COMORBILIDADES, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN HEMIABDOMEN INFERIOR NO ASOCIADO A OTRA SINTOMATOLOGÍA. NIEGA SÍNTOMAS COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR PRECORDIAL, EQUIVALENTES ANGINOSOS O ALTERACIONES EN EL ESTADO DE CONCIENCIA”, OBSERVÁNDOSE EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA: “ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, PRESENTA DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN DE FOSA ILIACA DERECHA, SIN PRESENCIA DE MASAS NI MEGALIAS, NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO”*. El paciente permaneció en urgencias hasta el 8 de mayo de 2016, fecha en la que fue dado de alta sin mayores complicaciones.

Posteriormente, el 10 de mayo de 2016, el señor -J.D.C.G.- ingresó nuevamente a urgencias de la Clínica Versalles, observándose en la historia clínica que la atención se dirigió de manera prioritaria a la identificación del origen del dolor abdominal. Se realizaron diversos exámenes médicos, intervenciones quirúrgicas y se brindaron los servicios para su condición clínica.

Entre el 10 y el 25 de mayo de 2016, la historia clínica da cuenta de una atención continua, en la que se evidencia la realización de múltiples estudios diagnósticos y procedimientos terapéuticos de diversa complejidad, que culminaron con el egreso del paciente. En el desarrollo de esta atención médica se destacan las siguientes intervenciones:

Día de atención	Anotaciones Historia Clínica
10 de mayo	<i>“PACIENTE DE 61 AÑOS SIN COMORBILIDADES, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN FLANCO DERECHO, REFIERE CONSULTA PREVIA POR LA MISMA CAUSA ÉL HACE 4 DÍAS, SE DIAGNOSTICÓ LITIASIS RENAL, SE DIO SALIDA CON SIGNOS DE ALARMA, EL DÍA DE HOY RECONSULTA POR REAPARICIÓN DE DOLOR ENCONTRÁNDOSEA CUADOR DE COLALITIASISPOR LO CUAL CIRUGÍA GENERAL DECIDE ENDONSONGRAFIA Y SET PARACLINICO ABODMINAL DE CONTROL. ... DIAGNÓSTICOS DX. PRINCIPAL: K808- OTRAS COLELITIASIS”</i> .
11 de mayo	<i>“PACIENTE DE 61 AÑOS SIN COMORBILIDADES, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN FLANCO DERECHO, REFIERE CONSULTA PREVIA POR LA MISMA CAUSA ÉL HACE 4 DÍAS, SE DIAGNOSTICÓ LITIASIS RENAL, SE DIO SALIDA CON SIGNOS DE ALARMA, EL DIA DE HOY RECONSULTA POR REAPARICION DE DOLOR ENCONTRÁNDOSEA CUADOR DE</i>

	<p>COLALITIASISPOR LO CUAL CIRUGIA GENERAL DECIDE ENDONSONGRAFIA Y SET PARACLINICO ABODMINAL DE CONTROL. 11/05/2016. PACIENTE MACULINO EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA CON DIAGNÓSTICOS COMETNADOS, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SIN SIRS CLÍNICOS, SE REPORTA EL DÍA DE HOY HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 14610 NEUTROFILOS: 88.3% HB: 13.0 HCTO: 38.9% PLAQUETAS: 141.000 COAGULOGRAMA: NORMAL TANTO TP COMO TPT LIPASA: 13.7 AMILASA: 20.0 LACTATO: 1.86, VALORADO EN RONDA CONJUNTA DE CIRUGÍA GENERAL QUE INDICA CONTINUAR POR AHORA IGUAL MANEJO MÉDICO, RESTRINGIR DIETA POR AHORA A LA TOLERANCIA DEL PACIENTE, PENDIENTE ENDOSONOGRRAFIA YA SOLICITADA, SE EXPLICA CONDUCTA A SEGUIR, DICE ENTENDER Y ACEPTAR. 14+06 VALORADO POR CIRUGÍA GENERAL, CONSIDERA SOLICITAR HEMOGRAMA DE CONTROL PARA MAÑANA Y ADEMAS ADICIONA A MANEJO VITAMINA K, SE PROCEDE DE TAL MANERA”.</p>
12 de mayo	<p>“PACIENTE DE 61 AÑOS SIN COMORBILIDADES, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR EN FLANCO DERECHO, REFIERE CONSULTA PREVIA POR LA MISMA CAUSA ÉL HACE 4 DÍAS, SE DIAGNOSTICÓ LITIASIS RENAL, SE DIO SALIDA CON SIGNOS DE ALARMA, EL DÍA DE HOY RECONSULTA POR REAPARICIÓN DE DOLOR ENCONTRANDOSEA CUADOR DE COLALITIASISPOR LO CUAL CIRUGIA GENERAL DECIDE ENDONSONGRAFIA Y SET PARACLINICO ABODMINAL DE CONTROL. 11/05/2016. PACIENTE MACULINO EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA CON DIAGNÓSTICOS COMETNADOS, AL MOMENTO DE LA VALORACION SIN SIRS CLINICOS, SE REPORTA EL DIA DE HOY HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 14610 NEUTROFILOS: 88.3% HB: 13.0 HCTO: 38.9% PLAQUETAS: 141.000 COAGULOGRAMA: NORMAL TANTO TP COMO TPT LIPASA: 13.7 AMILASA: 20.0 LACTATO: 1.86, VALORADO EN RONDA CONJUNTA DE CIRUGÍA GENERAL QUE INDICA CONTINUAR POR AHORA IGUAL MANEJO MÉDICO, RESTRINGIR DIETA POR AHORA A LA TOLERANCIA DEL PACIENTE, PENDIENTE ENDOSONOGRRAFIA YA SOLICITADA, SE EXPLICA CONDUCTA A SEGUIR, DICE ENTENDER Y ACEPTAR. 14+06 VALORADO POR CIRUGÍA GENERAL, CONSIDERA SOLICITAR HEMOGRAMA DE CONTROL PARA MAÑANA Y ADEMÁS ADICIONA A MANEJO VITAMINA K, SE PROCEDE DE TAL MANERA 12/05/2016 08:49 PACIENTE MASCULINO EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA CON DIAGNÓSTICOS COMETNADOS, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SIN SIRS CLÍNICOS, SE REPORTA EL DIA DE HOY HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 16610 NEUTROFILOS: 89% HB: 12.8 HCTO: 38.9% PLAQUETAS: 175.000 LEUCOCITOSIS Y NEUTFILIA LEVE ASNESO PERSITE SIRS APRACLINICO MAS NO CLÍNICO PTE HOY DE ENODOONOGRAFIA 14:48 PACIENTE REGRESA DE ENDOSONOGRADIA EN LA CUAL HASTA DONDE EVINDENCIAN NO HAY COLEDOCOLITIASIS, O DILTAIOCN DE VIA BILIAR, OBSERVAN LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD, Y ARTEFACTOS QUE NO PERMITEN OBSERVAR IOTROS HALLAZGOS POR LO TANTO SE SOLCITA COLANGIORESONANACIA”.</p>
13 de mayo	<p>“COLELITIASIS // SOSPECHA DE COLANGITIS ASCENDENTE // SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS ASGE RIESGO INTERMEDIOAYER SE REALIZA ENDOSONOGRRAFIA BILIOPANCREATICA QUE EVIDENCIA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD Y ARTEFACTO QUE NO PERMITE IDENTIFICAR EN FORMA ADECUADA LA VIA BILIAR POR LO QUE SE SUGIRIO SOLICITAR CPRE, AHORA CON SIRS MODULADO, SIN CRITERIOS DE INTERVENCION QUIRURGICA URGENTE”.</p>
14 de mayo	<p>214-05-16 PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA, PERSISTE MUY ICTERICO, CON EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES MARCADOS, POR LO CUAL SE DECIDE BAJAR VOLUMEN E INICIAR DIURETICO POR SOBRECARGA, CON REPORTE DE COLANGIORESONANCIA COLELITIASIS. SIGNOS DE COLECISTITIS AGUDA Y DE INCIPIENTE HIDROCOLECISTO. VIA BILIAR SIN DILATACIÓN. ASCITIS. EFUSION PLEURAL BILATERAL. LESIONES HEPATICAS EN AMBOS LOBULOS, INESPECIFICAS. LESION EN EL SEGMENTO VIII QUE PUEDE CORRESPONDER CON QUISTE MULTILOBULADO VS HEMANGIOMA A CORRELACIONAR CON ESTUDIO ECOGRAFICO. SE ESPERA VALORACIÓN POR CIRUGÍA PARA QUE DETERMINE CONDUCTA A SEGUIR,RESTO DE MANEJO IGUAL POR AHORA”.</p>
15 de mayo	<p>“15-05-15 PACIENTE CON COLELITIASIS EN ESPERA DE DETERMINAR MANEJO QUIRURGICO, CIRUGÍA EN RONDA DEL DIA DE HOY SOLICITA PARACLINICOS DE CONTROL DADA LA ICTERICIA MARCADA, POR LO DEMAS ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. REVALORACIÓN CON REPORTE DE PARACLINICOS POR LA ESPECIALIDAD.</p> <p>...</p> <p>DX PRINCIPAL: K800 – CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA”.</p>
16 de mayo	<p>“16-05-2016 10:08 PACIENTE CON SINDROM ICTERICO DE OIRGEN NO OBSTRUCTIVO HASTA EL MOMENTO, CIRUGÍA EN RONDA DEL DÍA DE HOY SOLICITA PARACLINICOS DE CONTROL DIARIOS”.</p>
17 de mayo	<p>“17/05/2016PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, NO SIRS CLINICOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION MOTORA O SENSITIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ASINTOMATICO</p>

	<p>CARDIOVASCULAR, CON LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN EL EXAMEN FÍSICO, CON PARACLINICOS DE HOY ASI: HEMOGRAMA LEUCOCITOS 12670, HB 11.8, HTO 35.3, PLTS 171.000, LINFOCITOS 14.4, NEUTROFILOS 75.1 (LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA); BILIRRUBINA TOTAL 2.89, BILIRRUBINA DIRECTA 2.21, BILIRRUBINA INDIRECTA 0.68 (HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE DIRECTA EN DESCENSO), VALORADO POR CIRUGÍA GENERAL QUIEN ORDENA PROGRAMAR PARA COLECISTECTOMIA POR LAPAROTOMIA, POR USO DE DIURETICO PARENTERAL SE SOLICITAN ELECTROLITOS DE CONTROL PARA MAÑANA, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.”</p>
<p>18 de mayo</p>	<p>“01+52 INGRESA PACIENTE EN POSTOPERATORIO DE COLECISTECTOMIA PROCEDIMIENTO A CARGO DE DR OSORIO CON LA SIGUIENTE DESCRIPCION QUIRURGICA BAJO ANESTESIA GENERAL, PREVIA ASEPSIA - ANTISEPSIA, CAMPOS ESTÉRILES, ANTIBIÓTICO TERAPEUTICO, INCISION SUBCOSTAL DERECHA, DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD, SALIDA DE ABUNDANTE LIQUIDO PURULENTO, SE IDENTIFICA PERITONITIS DE DOS CUADRANTES POR VESICULA GANGRENADA EN SU TOTALIDAD, SE DESMANTELA PLASTON VESICULAR Y SE INICIA DISECCIÓN FUNDOCISTICA DE VESÍCULA BILIAR COMPLETAMENTE FRIABLE, SE LIGA CONDUCTO CISTICO Y EXISTE TROMBOSIS DE LA ARTERIA, EXERESIS DE VESÍCULA, SE REALIZA LAVADO PERITONEAL CON 4000 CC DE LIQUIDOS TIBIOS HASTA OBTENER LIQUIDO CLARO, HEMOSTASIA DE LECHO HEPATICO Y SE DEJA DOS SPONGOSTAN, SE DEJA DREN NÚMERO 28 EN ESPACIO SUBHEPATICO Y SE FIJA CON SEDA, CIERRE DE FASCIA CON PROLENE, LAVADO DE HERIDA QUIRURGICA, SE DEJA PIEL ABIERTA. PROCEDIMIENTO DIFICIL. MATERIAL E INSTRUMENTAL INFORMADO COMO COMPLETO. AL INGRESO EN REGULARES CONDICIONES GENERALES ALERTA CONCENTRADO DESATURADO 79% FC 100LPM CON PRESENCIA DE DREN SUBHEPATICO CON RETORNO DE MATERIAL SEROHEMATICO SE DECIDE TOMA DE PARACLINICOS DE CONTROL YA HEMOGRAMA ELECTROLITOS Y TIEMPOS DE COAGULACIÓN CONTROL DE SIGNOS VITALES ESTRICTO GLUCOMETRIA YA Y CADA 4 HORAS 03+02 REPORTE DE PARACLINICOS HEMOGRAMA LEUCOS 21250 ELEVADOS HEMOGLOBINA 10.2 BAJA EN RANGOS DE SEGURIDAD NO SIGNOS DE BAJO GASTO CARDIACO PLAQUETAS 206000 NORMAL LINFOS 3.7% BAJO NEUTROS 93.1% ELEVADOS PACIENTE CON RESPUESTA INFLAMATORIA EVIDENCIAL OBJETIVA DE INFECCION EN VIA BILIAR INSTRUMENTADO RECIENTEMENTE ACTUALMENTE NOSIRS CLINICO Y CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO , TP 18.6 ELEVADO TTP 36.S LEVE ELEVACION COMPROMISO HEPATICO, ELECTROLITOS SODIO 147 .3 NORMAL MAGNESIO 1.9 NORMAL POTASIO 2.9 BAJO 10% SE DECIDE INICIAR REPOSICION IV DE POTASIO 1 AMPOLLA EN CADA 500 CC DE HARTMAN ADEMAS ANTE HALLAZGOS EN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PICOLECISTO Y PERITONITIS EN 2 CUADRANTES Y MARCADA ELEVACION DE RESPUESTA INFLAMATORIA SE DECIDE EXTENDER CICLO ANTIBIOTICO POR 7 DÍAS MÁS YA QUE HABÍA CULMINADO PENDIENTE CONCEPTO DE CIRUGIA . 18/05/16 PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION MOTORA O SENSITIVA, CON REQUERIMIENTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO SECUNDARIO A RESTRICCION DEL PATRON RESPIRATORIO NORMAL POR PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO EL DIA ANTERIOR, SIN REQUERIMIENTO DE AUMENTO EN EL MISMO, SIN HALLAZGOS DE MOMENTO QUE SUGIERAN ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO, CONSIDERO POR DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA SOLICITAR PARACLINICOS DE CONTROL PARA LA TARDE DE HOY, POR EL MOMENTO CONTINUA MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR”.</p>
<p>19 de mayo</p>	<p>“19/05/16 PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, NO SIRS CLINICOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION MOTORA O SENSITIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, NO SIGNOS DE BAJO GASTO CARDIACO, SIN HALLAZGOS EN EL MOMENTO QUE SUGIERAN ABDOMEN AGUDO, CON LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN EL EXAMEN FÍSICO, PARACLINICOS DE CONTROL DE LA NOCHE ANTERIOR ASI: HEMOGRAMA LEUCOCITOS 19490, HB 10.1, HTO 30.6, PLTS 272.000, LINFOCITOS 7.2, NEUTROFILOS 87.6 (LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA, ANEMIA LEVE SIN CRITERIOS DE TRANSFUSIÓN); SODIO 148.2 (NORMAL), POTASIO 3.6 (NORMAL) PERO EL PACIENTE CONSUME POCOS ALIMENTOS; MAGNESIO 2 (NORMAL); TGO 118.1, TGP 58.7 (ELEVADAS); BILIRRUBINA DIRECTA 1.92, BILIRRUBINA INDIRECTA 0.25, BILIRRUBINA TOTAL 2.17 (EN DESCENSO), VALORADO POR CIRUGÍA GENERAL HOY QUIEN INDICA INICIAR DIETA BLANDA Y CONTINUAR IGUAL MANEJO MÉDICO, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. 18+40 SE RECIBE LLAMADO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA QUIEN INDICA PACIENTE CON PRESENCIA DE EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES SE REVISAS PACIENTE ENCONTRANDO PACIENTE CON EDEMA EN PIES CON FIEBRE NO ALTERACION HEMODINAMICA NO DIFICULTAD RESPIRATORIA PACIENTE CON ALTO FLUJO DE LÍQUIDOS POR LO QUE SE DECIDE REINICIAR FUROSEMIDA 5 MG IV CADA 12 HORAS REVALORAR MAÑANA PERTINENCIA DE RETIRAR”.</p>

20 de mayo	<p>"20/05/2016 PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS ANTECEDENTES ANOTADO,S POSTOPERATORIO DE COLECISTECTOMIA ABIERTA + COLOCACION DE DREN SUBHEPatico POR COLECISTITIS GANGRENADA + PERITONITIS DE DOS CUIADRANTES. PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE CLINICAMENTE, ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, DOLOR MODULADO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, ADECAUDA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, SIN EMESIS DREN PRODUCTIVO CON LIQUIDO SEROHEMATICO, PARACLINICOS DE HOY: POTASIO: 3.9 - CONCEPTO DE CIRUGIA GENERAL: DIETA BLANDASIN GRASAS NI LACTEOSCONTINUA EN MANEJO ANTIBIOTICO PARENTERAL , SE DEBE DE SENTAR EN MAYOR TIEMPO POSIBLECONTINUA ANALGESIA OPTIMA CURACIONES DE LA HERIDACUANTIFICAR DRENAJE DE LA SONDAINCENTIVO RESPIRATORIO CADA HORAS TERAPIA RESPIRATORIA 2 VECES DIA MAÑANA TOMAR HEMOGRAMA ,PCR, FOSFATASA ALCALINA ,BILIRRUBINAS,TRANSAMINASAS Y ELECTROLITOSAVISAR CAMBIOSSE SIGUEN INDICACIONES".</p>
21 de mayo	<p>"21/05/2016 PACIENTE EN POSTOPERATORP DE COLECISTECTOMIA CON EVIDENCIA DE PERITONITIS EN DOS CUADRANTES INDICACION DE CONTINUAR ANTIBIOTICOTERAPIA HASTA COMPLETAR 14 DIAS ACTUALMENTE ESTALE HEMODINAMICAMENTE SIN SIRS CLINCO CON PRESENCIA DE EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES NO DIFICULTAD RESPIRATPRIA NECESIDAD DE OXÍGENO SUP,EMTARIO SIN NECESIDAD PREVIA POR LO QUE SE INDICA DESMONTE INDICO DISMINUCION DE LEV A 1000 CC DIA DE MANTENIMIENTO VALORADO POR CIRUGIA GENRAL DR OSORIOQUIEN INDICA DIETA SIN LACTEOS SIN GRASAS SENTAR TERAPIA RESPIRATORIA 2 VECES DIA ANALGESIA Y ANTIBIOTICOTERAPIA IGUAL CUARACION DIARIA AVISAR CAMBIOS CON REPORTE DE PARACLINICOS HEMOGRAMA LEUCOS 16140 ELEVADOS PERO EN DESCENSO HEMOGLOBINA 8.7 BAJA SIN SIGNOS DE BAJO GASTO EN DESCENSO PLAQUETAS 504000 ELEVADOS, LINFOS 1.35 BAJO NEUTROS SIN REPORTE 0 PCR 9.13 ELEVADA TGO ELEVADA EN DESCENSO TGP 41.6 LEEVADA EN DESCENSO BILIRRUBINA 1.22 E LVADA EN DESCENSO FOSFATASA 295 ELEVADA EN DESCENSO SODIO 147 NORMAL POTASIO 3.8 NORMAL SE INDICA SUSPENDER REPOSICIÓN IV SE CONTINUA REPOSICIÓN ORAL SE CONTINUA MANEJO INTRAHOSPITALARIO ATENTOS A EVOLUCIÓN Y CAMBIOS".</p>
22 de mayo	<p>"22-05-16 PACIENTE EN POP COLECISTECTOMIA ABIERTA, VESICULA PERFORADA, PERITONITIS DE 2 CUADRANTES - COLELITIASIS - SOSPECHA DE COLANGITIS ASCENDENTE - SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS ASGE RIESGO INTERMEDIO SE DESCARTÓ POR COLANGIORESONANCIA. EVOLUCIONANDO DE FORMA FAVORABLE, NO SIRS CLINICO, YA SIN DREN SUBHEPatico, SIN REQUERIR REINTERVENCION EN EL MOMENTO, ESTABLE CLINICAMENTE, VALORADO POR CIRUGÍA QUIEN DETERMINO CONTINUAR IGUAL MANEJO, CONTINUAR CUBRIMIENTO ANTIMICROBIANO, SE CONTINUAN INDICACIONES DADAS POR LA ESPECIALIDAD. REPORTE DE PARACLINICOS REALIZADOS EL DIA DE AYER HEMOGRAMA LEU 16140 N 80% LY 12% HB 8.7 PCR 9.13 - ELEVADA - FA 295 BT1.22 BD 1.06 BI 0.16 GOT 41.6 GTP 93 - NA++ 147.6 K+ 3.8 -- 23+38 PACIENTE CON PRESENCIA DE EDEMA DIFICIL MOVILIZACION POR DOLOR EN EL OENTO EN ACTIVIDAD SILLA CAMA POR LOQUE RETIENE LIQUIDO SE CONSIDERA PERTIONETE RESTRICCION DE LUIQUIDOS POR LO QUE SE SUSPENDE HARTMAN SE DEJA CLORURO PARA DIILUCIONES ACTUALMENTE TOLERA VÍA ORAL ESTAMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN Y CAMBIOS".</p>
23 de mayo	<p>"23/05/16 PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS, NO SIRS CLINICOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION MOTORA O SENSITVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, CON LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN EL EXAMEN FÍSICO, SIN HALLAZGOS QUE SUGIERAN ABDOMEN AGUDO, EN EL MOMENTO CON USO DE DIURETICO PARENTERAL POR LO CUAL SE SOLICITAN ELECTROLITOS DE CONTROL PARA MAÑANA Y HEMOGRAMA DE CONTROL PARA VIGILAR HB Y RESPUESTA LEUCOCITARIA, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR".</p>
24 de mayo	<p>"24/05/16 PACIENTE CON DIAGNOSTISCOS ANOTADOS, NO SIRS CLINICOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN MOTORA O SENSITIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO CARDIACO, SIN HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO QUE SUGIERAN ABDOMEN AGUDO, CON DESCENSO DE 1GR DE HB EN 48 HORAS, HEMOGRAMA LEUCOCITOS 10200, HB 7.5, HTO 24.5, PLTS 452.000, LINFOCITOS 15.7, NEUTROFILOS 72.6; SODIO 144, POTASIO 2.9 (HIPOKALEMIA 10%), MAGNESIO 1.8 (NORMAL), SE INICIA REPOSICION DE POTASIO POR BOLOS Y SE SOLICITA CONTROL AL TERMINAR, SE SOLICITA CONTROL DE HEMOGRAMA VIGILANDO HB, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. 16+52 FORMULACIÓN POR INDICACIÓN DE ENFERMERÍA".</p>
25 de mayo	<p>"25/05/2016 PACIENTE EN POP DE COLECISTECTOMIA ABIERTA CON VESÍCULA GANGRENADA Y PERITONITIS DE 2 CUADRANTES, EN EL MOEMNTO ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICMANTE VALORADO POR EL CIRUJABNO DE TURNO QUIEN ALTA CON SIGNOS DE ALARMA,</p>

RECOMENDACIONES, ORDEN DE CONTROL EN 10 DIAS CON DR OSORIO POR CONSULTA EXTERNA, INCAPACIDAD POR 15 DÍAS, ANALGESIA, ORDEN DE CURACIONES INTERDIARIAS # 6. SE ACUA EN CONCORDANCIA Y SE DA DE ALTA".
--

Como se desprende de los apartados de la historia clínica citada, el señor -J.D.C.G.- acudió por segunda vez al servicio de urgencias de la Clínica Versalles a causa de un dolor abdominal cuya etiología no era evidente. En atención a esta sintomatología, se le practicaron tres estudios diagnósticos relevantes. El primero fue una "ECOGRAFÍA ABDOMINAL", que no arrojó hallazgos concluyentes, razón por la cual se procedió a realizar una "ENDOSONOGRAFIA", que tampoco permitió establecer con precisión la causa del dolor. En consecuencia, se practicó un tercer estudio, una "COLANGIORESONANCIA", cuyo resultado indicó: "QUE EVIDENCIA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD Y ARTEFACTO QUE NO LA VÍA BILIAR". Con base en este hallazgo, se concluyó que el paciente presentaba síntomas compatibles con una "COLECISTITIS", situación que requirió intervención quirúrgica mediante el procedimiento de "COLECISTECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA".

Durante la cirugía, según consta en la historia clínica, se documentó: "SALIDA DE ABUNDANTE LIQUIDO PURULENTO, SE IDENTIFICA PERITONITIS DE DOS CUADRANTES POR VESÍCULA GANGRENADA EN SU TOTALIDAD, SE DESMANTELA PLASTON VESICULAR Y SE INICIA DISECCIÓN FUNDOCISTICA DE VESÍCULA BILIAR COMPLETAMENTE FRIABLE, SE LIGA CONDUCTO CISTICO Y EXISTE TROMBOSIS DE LA ARTERIA, EXERESIS DE VESÍCULA, SE REALIZA LAVADO PERITONEAL CON 4000 CC DE LÍQUIDOS TIBIOS HASTA OBTENER LIQUIDO CLARO...", lo cual da cuenta de que se trató de una intervención quirúrgica de alta complejidad, dadas las condiciones avanzadas de deterioro en que se encontraba la vesícula biliar.

Posteriormente, el paciente acudió por tercera vez al servicio de urgencias de la Clínica Versalles, el día 7 de junio de 2016. La historia clínica correspondiente señala: "PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD, SIN COMORBILIDADES, CON ANTECEDENTE DE RECIENTE COLECISTECTOMIA ABIERTA EL DÍA 17/05/2016 DEFINIDA POR HALLAZGOS DE ENDOSONOGRAFIA, ENCONTRANDO EN DICHO PROCEDIMIENTO UNA VESICULA GANGRENADA EMPLASTRONADA CON PERITONITIS DE 2 CUADRANTES. REQUIRIÓ DE ESTANCIA HOSPITALARIA POSTERIOR POR DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO. CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLÍNICO DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN FIEBRE CUANTIFICADA EN 39 GRADOS, INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL E ICTERICIA, REFIEREN ADEMÁS DESDE EL DÍA DE HOY PRESENTA DEPOSICIONES CON SANGRE. NIEGAN OTRA SINTOMATOLOGÍA. NIEGAN SÍNTOMAS COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR PRECORDIAL, EQUIVALENTES ANGINOSOS O ALTERACIONES EN EL ESTADO DE CONCIENCIA".

En los días siguientes recibió atención hospitalaria y se le practicaron nuevos procedimientos diagnósticos, entre ellos una "ENDOSONOGRAFIA", cuyo resultado reportó: "ENDOSONOGRAFIA: NEGATIVA PARA COLANGITIS NI CÁLCULOS EN VÍA BILIAR INTRAHEPÁTICA. CONFIRMA TROMBOSIS DE LA VENA PORTA Y ESPLÉNICA"; un examen adicional practicado el 10 de junio indicó: "ECO DE VÍAS BILIARES: NEGATIVA PARA CÁLCULOS Y VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA NORMAL"; y finalmente, el 13 de junio, un "DOPPLER VASOS MESENTÉRICOS NORMAL". Este conjunto de hallazgos llevó al diagnóstico de "PILEFLEBITIS", razón por la cual el paciente

fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos, donde recibió atención por su grave estado de salud, hasta su fallecimiento ocurrido el 26 de junio de 2016.

Según consta en el registro clínico correspondiente, el diagnóstico final y estado del paciente fue *"FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE (COMPROMISO RENAL, HEMÁTICO, COAGULOPATÍA, RESPIRATORIO) // POP DRENAJE DE HEMATOMA EN LECHO HEPÁTICO 08/06/2016 // SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL // COLECCIONES EN LECHO VESICULAR TROMBOSIS DE VENA PORTA (PILEFLEBITIS) // ABSCESOS HEPÁTICOS MÚLTIPLES // COLANGITIS // ANTECEDENTE DE POP COLECISTECTOMÍA ABIERTA, VESÍCULA PERFORADA, PERITONITIS DE 2 CUADRANTES 17/05/2016 // SÍNDROME ANÉMICO DE VOLÚMENES NORMALES // GASTRITIS CRÓNICA EROSIVA ANTRAL EVDA 24/06/2016 // ESTADO POSTRANSFUSIÓN // INJURIA RENAL AKIN III // HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL ALTA. PACIENTE EN CONDICIÓN CLÍNICA CRÍTICA, EN EL MOMENTO CON SOPORTE VASOPRESOR PARA MANTENER PAM EN METAS, COMPROMISO HEMATOLÓGICO, HEMODINÁMICO, RENAL Y VENTILATORIO, ACIDEMIA SEVERA, PLAQUETONÉMICO CON SANGRADO GASTROINTESTINAL ACTIVO. OLIGOANÚRICO 0.2 CC/KG/HORA, DRENAJE POR SONDA SUBHEPÁTICA 1300 CC COLOR CITRINO, NOREPINEFRINA A 0.2 MCG/KG/MIN. PRONÓSTICO RESERVADO. PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, EN EL MOMENTO CON SOPORTE VENTILATORIO MECÁNICO INVASIVO, SOPORTE VASOPRESOR CON NORADRENALINA, SEDOANALGESIA CON FENTANILO Y MIDAZOLAM, SOPORTE VASOPRESOR CON VASOPRESINA Y NORADRENALINA A DOSIS SUPRAFISIOLÓGICAS. PACIENTE PERSISTE CON HIPOTENSIÓN A PESAR DEL MANEJO INSTAURADO. 16+35 PRESENTA BRADICARDIA QUE PROGRESA A ASISTOLIA Y QUE NO HA RESPONDIDO AL MANEJO INSTAURADO. SE DECLARA HORA DE MUERTE 16+45. TA 0/0, FC 0, FR 0, T 35, SO2 0. CABEZA NORMOCEFÁLICA. OJOS PUPILAS MIDRIÁTICAS 4 MM. ORL MUCOSA ORAL PÁLIDA. CUELLO MÓVIL, NO MASAS. TÓRAX NO SE AUSCULTAN RUIDOS CARDÍACOS NI VENTILATORIOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, HERIDA CUBIERTA SIN SIGNOS DE SANGRADO. GU ANÚRICO. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EDEMATIZADAS. SNC NO RESPUESTA AL MEDIO EXTERNO".*

En este punto, resultan destacables dos circunstancias que para el Despacho se desprenden con claridad de la historia clínica previamente reseñada: i) que el diagnóstico clínico del paciente correspondía a una *"COLECISTITIS"*, la cual fue tratada mediante el procedimiento de *"COLECISTECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA"*, intervención que lamentablemente derivó en complicaciones posteriores que condujeron a un cuadro de *"PILEFLEBITIS"*; y ii) que no se encuentra demostrada la afirmación de la parte actora según la cual, pese a las manifestaciones del paciente y de sus acompañantes sobre la persistencia del dolor abdominal, no se le habría proporcionado un tratamiento o diagnóstico adecuado, pues como se evidenció, los síntomas iniciales no permitían inferir de forma certera la existencia de una *"COLECISTITIS"*, siendo necesario recurrir a un tercer examen diagnóstico - *"COLANGIORESONANCIA"*- para confirmar dicha patología.

Así las cosas, se plantea ahora la cuestión de si el hecho de que el diagnóstico de *"COLECISTITIS"* fuese identificado únicamente al quinto día de atención constituye una actuación médica contraria a los protocolos de atención o a los principios de la *lex artis*. Para dilucidar esta interrogante, corresponde abordar el análisis de los testimonios recaudados dentro del presente proceso, los cuales, se reitera, poseen una naturaleza eminentemente técnica.

Tenemos entonces, en primer lugar, la sustentación del dictamen del dictamen pericial rendido por el galeno Jorge Eliecer García Pérez, el cual manifiesta la atención prestada el 6 de mayo de 2016, primera ocasión en la cual el señor -J.D.C.G.-, al servicio de urgencias de la Clínica Versalles:

“Se trata de un paciente de 61 años que consultó al servicio de urgencias de la Clínica Versalles en mayo de 2016, paciente refería tres días de dolor en específico en el abdomen inferior no asociado a otros síntomas, el paciente fue ingresado al servicio de urgencias para estudios que se le hicieron con estudios de sangre, los cuales denotaron y demostraban una “sipositis”, el cual fue estudiado por el médico general y al ver el examen solicitó valoración por cirugía general.

El paciente presentó mejoría, cirugía general conceptuó que se debía hacer unos paraclínicos de control, los paraclínicos de control mostraron que había una disminución por valores iniciales.

*El día 8 de mayo el Dr. Ocampo lo valoró a las 8 de la noche encontró un **paciente estable, afebril sin signos de irritación peritoneal**, que es la sintomatología buscamos cuando hay alguna patología quirúrgica, en la historia clínica indica que no había ningún signo de irritación peritoneal, no presentaba vomito, no presentaba fiebre, situación que comentó con el doctor con el cirujano general quien indicó que podía ser dado de alta.*

*Más adelante el paciente reingresó, le empezaron a hacer una serie de estudios **con un diagnóstico poco claro al momento de ingresar**, le tuvieron que hacer una “ensenografía” que no fue muy concluyente, después de hicieron una “colangio” que, sí mostró que tenía una “litiasis” en la vesícula biliar que derivó en una “colecistitis”, que requirió una intervención quirúrgica que fue dado de alta en buenas condiciones.*

Pero después reingresó y tuvo una evolución tórpida consintiendo en una sepsis de origen abdominal donde le encontraron varios abscesos y una trombosis de la vena porta y el paciente finalmente falleció.

*...**el doctor Ocampo hizo lo que se debía hacer para ese momento y la sintomatología del paciente no evidenciaba nada que fuera en contra del que paciente fuera dado de alta.***

*... según lo registrado en la historia Clínica el paciente **al momento del alta no tenía una condición que dijera que debía seguir hospitalizado y podría haber continuado manejo ambulatorio, el paciente estaba completamente estable, la frecuencia cardiaca de 76 es una frecuencia perfectamente estable y va casi que en contra de cualquier sintomatología urgente.***

*El paciente reingresó peor, los signos de infección peritoneal no eran claros, la ecografía abdominal pudo haber sido importante, **pero si usted mira la endosonografía que le realizaron después del 10 no fue del todo clara...** la ecografía que le hicieron en el reingreso mostró una cosa que se llama barro biliar... y no habían signos de colecistitis, es decir **la ecografía biliar que se hubiera tomado hubiera dado casi con seguridad el mismo resultado de la ecografía que***

se tomó posteriormente y que no fue concluyente y requirió la realización de otros exámenes posteriores...

En segundo lugar, se cuenta con el testimonio técnico rendido por el galeno Mauricio Osorio Chica, especialista en cirugía general quien insistió en que los síntomas no eran claros y por lo cual la primera atención inicial fue la correcta:

“el dolor del paciente era en la fosa iliaca derecha y no evidenciaba que tuviera una patología de la vesícula biliar...

.. cuando uno tiene una inflamación de a vesícula siempre hay que pedir las pruebas de función hepática buscando entre a un a un 10% de la vesícula pueden tener un cálculo en el conducto biliar se llama conducto coledo, explorar un coledo con cirugía es uy complejo, la vesícula biliar es un órgano que se encuentra muy profundo en el abdomen y está localizado por delante columna vertebral y para quirúrgicamente llegar hasta allá no es abordaje fácil

lo segundo cuando uno tiene una vía biliar de calibre normal, el calibre normal es de 6mm y abrir un conducto de 6 mm, en una cirugía es difícil y tiene mucha morbilidad ósea tiene riesgo de complicaciones médicas y complicaciones quirúrgicas por eso siempre profundizamos en descartar lo más exacto posible que el paciente no tenga coágulos en el conducto biliar”.

En tercer lugar, y descendiendo a la atención brindada a el señor -J.D.C.G.-, obra la declaración técnica de la galena María Arango Pinilla, médica general para el momento de los hechos, quien lo atendió el 10 de mayo en la segunda ocasión que acudió al servicio de urgencias de la Clínica Versalles, y relató que el cuadro clínico del paciente no era muy claro:

“...En esa segunda consulta regresa porque le empeora el dolor, aparece algo de fiebre y decide re consultar.

.. el dolor estaba indicado en el hemi abdomen derecho según lo que escribí en mi valoración en ese momento, pero no tenía un cuadro clínico patológico de alguna cosa, obviamente los dolores abdominales permiten una amplia gama de diagnósticos difíciles de diagnosticar y de decir adelantadamente de entrada o con una primera o segunda consulta cual es el diagnóstico

No en el 100% de los casos, los dolores abdominales van a ser abdómenes agudos quirúrgicos que requieran un procedimiento como tal, entonces lo que hice fue buscar cual era la causa de su dolor un hemograma un parcial de orina, por lo que veo en la ístría clínica solicite una ecografía abdominal que de acuerdo a lo que estaba buscando en el hemi abdomen derecho podría tener u patología biliar, un apendicitis que fue lo que se desacato en una primera consulta entonces lo que hice fue buscar cual era la causa de su dolor ...”.

Ahora bien, por último, se cuenta con la declaración técnica rendida galeno Juan Manuel Vanegas médico especialista en cirugía general de la Clínica Versalles, quien cabe destacar, prestó atención al señor -J.D.C.G- durante su estancia en la Cínica Versalles, por lo cual de sus dichos se pueden extraer conclusiones muy puntuales en lo que se refiere a esta atención, tales como que la atención prestada a el paciente fue de acuerdo a los signos clínicos que

presentaba y que le ordenaron exámenes y valoraciones pertinentes para el cuadro clínico que estaba cursando, así como la causa de su fallecimiento:

“Es un paciente que consultó por dolor abdominal, se atendió en la Clínica, el dolor abdominal era en la iliaca derecha, flanco derecho, se sospechó apendicitis, se sospechó una urolitiasis.

En este momento me permito aclarar que los dolores abdominales pueden tener múltiples causas y nuestra labor como médicos es determinar principalmente si requiere cirugía o no. El paciente, cuando llegó inicialmente, no tenía signos de abdomen agudo quirúrgico, que es lo que nosotros referimos cuando vemos que el paciente necesita ser operado. Entonces, el paciente mejoró en la Clínica, los exámenes mejoraron, por lo cual se le dio de alta con la orden para hacer una ecografía ambulatoria y una consulta posterior en unos días.

El paciente regresa antes y ya se ve con otros síntomas, ya se le ve con ictericia -que es amarillo-, lo que nos hace sospechar que tiene un problema que ya debemos determinar si es por falla del funcionamiento de las células del hígado u obstrucción de las vías biliares.

La ecografía inicial que se le hizo al paciente cuando llegó no demostró obstrucción de las vías biliares ni una colectomía, por lo cual pasamos al siguiente estudio en complejidad que es una endosonografía que en este caso tampoco nos demostró lo que tenía el paciente.

Y se recurrió a un tercer estudio que es una colangio de las vías biliares. En ese estudio ya nos demostraron que el paciente tenía una colecistitis aguda y descartaba nuevamente una obstrucción de las vías biliares. Decidimos en ese momento operar al paciente, se encontró una vesícula gangrenada, perforada. Esto es altamente frecuente: la vesícula después de un par de días de estar con aumento de presión, las paredes se necrosan, o sea se mueren y puede escapar líquido, lo que llamamos una colecistitis gangrenada. Habitualmente el organismo contiene esta infección por sus propios medios de defensa y generalmente no se produce peritonitis.

Evolucionó satisfactoriamente, tan satisfactoriamente que se le dio salida. El paciente regresa unos días después en malas condiciones con signos de infección, de sepsis... se le hizo una tomografía abdominal, lo que nos hizo pensar que había una producción de líquido en el absceso residual de la cirugía inicial y lo llevamos a cirugía.

Encontramos que no había ningún absceso, que el líquido que había reportado la tomografía era un líquido atípico, secundario simplemente entre el proceso quirúrgico inicial y el proceso de la enfermedad. Y se le hicieron otros estudios al paciente que mostró que tenía una trombosis de la vena porta.

La vena porta es una vena que drena toda la sangre que viene del intestino delgado y grueso y la hace pasar por el hígado. Esta vena es de gran calibre, y cuando se trombosa se produce lo que llamamos unos trombos sépticos y un síndrome que se llama pyleflebitis. Es muy raro, se presentan muy pocos casos... pero es de altísima mortalidad. Cuando se presenta flebitis podemos decir que la mortalidad esta (sic) encima del 80%.

El tratamiento que se le hizo al paciente es anti coagularlo y darle antibióticos, y finalmente no mejoró y se presentó el fallecimiento.

... en la valoración inicial... el dolor estaba localizado fuera del área de la vesícula y no había los signos que se presentaron después de la segunda hospitalización, que sí nos hacía pensar en los síntomas del hígado. Los signos iniciales eran absolutamente inespecíficos, incluso hasta el día que lo operamos nunca aparecieron signos que el paciente requería cirugía.

Tan confuso fue el caso del paciente que pasó de la ecografía normal -por el cual diagnosticamos el 95% de los pacientes que tienen problemas con la vía biliar- a la endosonografía que tenía tantísimo rendimiento del diagnóstico, y aun así no nos mostró la causa del problema, y tuvimos que ir a una colangio para evidenciar que el paciente tenía una colecistitis aguda.

Cuando el paciente ya tenía ictericia, debemos aclarar si esas células son de un mal funcionamiento de las células del hígado -que son causas que se tratan con medicamento- o si viene de una obstrucción de las vías biliares... pero ese diagnóstico que debió aparecer en los dos primeros estudios no apareció sino hasta el tercero...

No había ningún signo del que hubiera habido una complicación séptica después de la cirugía hasta la tercera hospitalización, que ya el paciente volvió con una sepsis, pero en el postoperatorio inmediato y hasta la salida del paciente no se vieron signos de complicación.

La causa del fallecimiento del paciente: una pyleflebitis, o sea una trombosis séptica de la vena porta, que es una condición de altísima mortalidad, muy rara, muy poco frecuente y no hay forma de hacer un tratamiento distinto al que se hizo, que sea anti coagular al paciente, buscando que ese coágulo se diluya y trata con antibióticos la infección.”.

En el marco del análisis probatorio obrante en el expediente, y con fundamento en la historia clínica y en los testimonios técnicos recaudados, considera el Despacho que no se encuentra demostrada una actuación médica que pueda catalogarse como constitutiva de falla del servicio por parte del personal de la Clínica Versalles S.A., respecto de la atención prestada al señor -J.D.C.G.-.

En efecto, resulta imperioso resaltar que, en un primer momento, la sintomatología presentada por el paciente no era clara ni reveladora de un cuadro quirúrgico específico que permitiera inferir de forma inmediata la existencia de una “COLECISTITIS”, pues así lo manifestaron de manera uniforme y convergente los profesionales de la salud que intervinieron en la atención del paciente, en especial los doctores Juan Manuel Venegas, Mauricio Osorio Chica y Margarita María Arango Pinilla, quienes señalaron que los síntomas iniciales resultaban inespecíficos y que el dolor abdominal se localizaba en áreas anatómicas que no sugerían con certeza una patología vesicular.

Precisamente estas circunstancias motivaron la práctica de múltiples estudios médicos secuenciales, entre ellos ecografía, endosonografía y, finalmente, colangiorresonancia, siendo solo este último el que permitió confirmar la presencia de una “COLECISTITIS AGUDA”.

Desde esta óptica, no es posible concluir que la atención médica brindada no fuese oportuna, diligente o ajustada a los síntomas clínicos presentados en cada momento, conforme a los protocolos de atención de urgencias y los principios de la *lex artis* médica, sin que se observe que haya existido demora injustificada o pasividad médica que hubiese comprometido la integridad del paciente, antes bien, se evidencia una intervención progresiva, proporcional y técnicamente fundada, acorde con la evolución clínica del paciente y los resultados obtenidos en cada estudio diagnóstico.

De otro lado, debe reiterarse que la obligación del profesional de la salud, en el marco del acto médico, es de medio y no de resultado, por lo que, la sola circunstancia de que un diagnóstico no haya sido establecido en una fase temprana del tratamiento, o que se hayan producido complicaciones posteriores como lo fue la "*PILEFLEBITIS*", no conlleva per se la configuración de una falla del servicio, pues para que tal imputación prospere, es necesario que la parte actora demuestre que la conducta médica se apartó de los protocolos científicos y técnicos aceptados, o que hubo una omisión de los deberes profesionales derivados de la *lex artis*, lo cual, en este caso, no se acreditó.

Precisamente, considera esta judicatura pertinente resaltar que la atención médica prestada al señor -J.D.C.G.- respondió a una actuación progresiva, razonada y técnicamente adecuada, conforme a la evolución del cuadro clínico y los signos y síntomas que se manifestaron en cada una de las fases del tratamiento, dado que, como lo explicó la prueba técnica referida en los primeros ingresos del paciente no se evidenciaron signos de abdomen agudo quirúrgico que hicieran previsible o exigible una intervención quirúrgica inmediata, aunado a que el dolor abdominal se localizaba en fosa iliaca derecha, lo cual obligaba a descartar una multiplicidad de diagnósticos posibles dada la complejidad anatómica del abdomen, siendo razonable que se optara por tratamiento sintomático y seguimiento ambulatorio, máxime cuando la evolución clínica era favorable y no se evidenciaban signos de alarma.

Posteriormente, cuando el paciente reingresó con síntomas diferentes, como dolor en hipocondrio derecho e ictericia, el personal médico procedió conforme a los protocolos diagnósticos establecidos, ordenando una ecografía que mostró la presencia de barro biliar pero no signos de colecistitis aguda ni obstrucción de las vías biliares. En atención a la persistencia del cuadro, se recurrió a una endosonografía, que tampoco evidenció hallazgos concluyentes, siendo solo a través de una colangiografía magnética, tercer estudio en orden de complejidad, que se logró confirmar el diagnóstico de colecistitis aguda, situación que motivó la decisión quirúrgica.

Así a juicio de este Despacho, ninguna de las actuaciones descritas permite deducir un actuar negligente o contrario a la *lex artis* por parte del personal médico tratante, por el contrario, como se demostró con la prueba técnica practicada, las actuaciones clínicas desplegadas se alinearon con el manejo médico que los galenos tratantes consideraron pertinente y razonable según su conocimiento y experticia, siendo cada decisión sustentada en los hallazgos objetivos del momento.

Debe destacarse que, en contraste, no obra en el expediente prueba técnica alguna allegada por la parte actora que permita a esta judicatura afirmar que el manejo médico debió ser distinto, o que existió una omisión de deberes asistenciales que hubiera permitido un manejo diagnóstico diferente. En esa línea, la parte actora no logró allegar prueba técnica, científica ni pericial alguna que evidencie que el proceder de los galenos fue inadecuado, que omitieron actuaciones exigibles según el estándar médico, o que transgredieron los parámetros institucionales en el tratamiento del paciente, pues por el contrario, los elementos de juicio disponibles -en particular los testimonios técnicos mencionados- coinciden en afirmar que el manejo clínico del paciente fue acorde con los signos y síntomas reportados, que el tratamiento quirúrgico fue ejecutado cuando finalmente se confirmó la patología y que las complicaciones posteriores obedecieron a un evento médico de alta complejidad y elevada letalidad, como lo es la *"PILEFLEBITIS"*.

Así las cosas, el Despacho concluye que no se encuentra acreditado que los profesionales de la Clínica Versailles hubieran incurrido en una falla en la prestación del servicio médico, ni que su proceder haya desconocido los principios de la *lex artis*. Por el contrario, la actuación médica aparece ajustada a los parámetros técnicos pertinentes, y el lamentable desenlace que culminó con el fallecimiento del paciente no puede atribuirse a un comportamiento negligente, imprudente o contrario al deber profesional.

Corolario, en el presente asunto no logró acreditarse la existencia de elementos de imputación fáctica y jurídica en cabeza de las entidades demandadas con relación al daño antijurídico que fuere identificado, razón por la cual se halla respuesta negativa al primer interrogante planteado, sobre la acreditación de los elementos de la responsabilidad en el marco de la prestación de servicio de salud a el señor José Darío Clavijo González, por lo que se impone declarar probadas las excepciones de *"INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR AUSENCIA DE CULPA"*, *"INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN DE CAUSA A EFECTO"* y *"AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD"*, formuladas haciéndose inane, por sustracción de material, el análisis de los demás problemas jurídicos formulados.

4. Costas

El inciso segundo del artículo 188 del CPACA establece que *"...la sentencia dispondrá sobre la condena en costas cuando se establezca que se presentó la demanda con manifiesta carencia de fundamento legal"*.

Así las cosas, considera este fallador que la demanda formulada por la parte actora no presenta una *"manifiesta carencia de fundamento legal"*, por lo cual, no hay lugar a la imposición de condena en costas a la parte demandante.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Manizales**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: DECLARAR probadas las excepciones de “*INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR AUSENCIA DE CULPA*”, “*INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN DE CAUSA A EFECTO*” y “*AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD*” formuladas dentro del medio de control de reparación directa interpuesto por María Gladys Clavijo González y otros.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

TERCERO: SIN COSTAS en esta instancia.

CUARTO: EJECUTORIADA la presente providencia, **ARCHÍVESE** el expediente, previas las anotaciones respectivas en el aplicativo SAMAI.

QUINTO: ADVERTIR a las partes e intervinientes que toda la información con destino a este proceso debe ser remitida a través de la ventanilla virtual de la plataforma SAMAI, a la cual pueden ingresar a través del siguiente enlace:
<https://ventanillavirtual.consejodeestado.gov.co/>.

Las instrucciones para acceder a la plataforma, solicitar la creación de usuario y hacer la radicación de memoriales y/o solicitudes, se encuentran disponibles en el “Manual usuarios sujetos procesales” que podrá ser consultado en el enlace:
<https://www.consejodeestado.gov.co/manuales/manualsujetos/knowledgebase/manual-3/>.

Notifíquese

Firmado Por:

Felix Kenneth Marquez Silva

Juez

Juzgado Administrativo

001

Manizales - Caldas

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **dcfce9206189d149c9129947d726af593f4e69917c8744271d45337f6e2475db**

Documento generado en 03/06/2025 03:34:34 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>