

TEMA: ANÁLISIS DE LA RESPONSABILIDAD DIRECTA DE LAS EPS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO- En consecuencia, si la deficiente prestación del servicio de salud causa daño al paciente o a sus familiares, la EPS está obligada a indemnizarlo, como que es ella principalmente la que ha contraído la obligación de la prestación del servicio a sus afiliados./

HECHOS: Solicitó la parte actora pretensión declarativa de responsabilidad civil contractual, para que, los demandados fueran condenados a pagar los perjuicios ocasionados a raíz de la deficiente y tardía atención médica brindada a la señora VO, ocasionando que el padecimiento en su rodilla izquierda se agravara, hasta su actual condición de salud. En sentencia de primera instancia el Juzgado, declaró solidariamente responsables a Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – Coomeva EPS y Sinergia Global en Salud S.A.S – Sinergia IPS, por la dilación y negligencia en la prestación del servicio de salud. Debe la sala determinar si existió dilación y negligencia en la prestación del servicio de salud que requería la paciente VO

TESIS: (...) Nadie discute en este proceso que la atención en la IPS Sinergia comenzó a partir de enero 2017, como incluso lo reconoce el señor juez en la sentencia al señalar: “La atención siguió prestándose sobre el bajo estándar referido, incluso para los años 2016 y 2017 cuando comienza a recibir el servicio a través de Sinergia IPS” por eso, la censura se duele que la culpa, negligencia o demora en la atención, fue enrostrada de forma equivocada a dicha entidad como que, el funcionario terminó subsumiéndola en el nexo de causalidad. (...) Partiendo entonces del estudio de todo este contexto clínico de la paciente, no se observa la forma en que la intervención de la IPS Sinergia pudo influir en su actual diagnóstico, sobre todo, porque se pudo establecer que ese padecimiento no fue desarrollado de forma espontánea, sino que obedeció a un proceso de desgaste natural de rodilla que ocurre a lo largo de los años para llegar al grado IV que es el más severo(...) Es del caso, entonces, precisar que los hechos que originaron la demanda, por lo menos, en contra de Sinergia IPS, no tuvieron un proceso de etiología desde el año 2011 –como erradamente lo convalidó el señor juez en su sentencia- pues, si bien en el escrito genitor se omitió fijar un marco temporal en que se pudo haber brindado una atención defectuosa a la paciente en aquella IPS, no obstante, la historia clínica aportada, suplió esa falencia, para ubicar el litigio al menos frente a la IPS Sinergia en el año 2017, específicamente, en el mes de enero. (...) En ese sentido, la consecuencia de la fallida demostración de la relación causal propia de la responsabilidad civil demandada, conlleva la absolución de Sinergia IPS de la pretensión indemnizatoria y, por ende, pierden legitimidad las desavenencias que dicen las aseguradoras llamadas en garantía Chubb Seguros Colombia S.A. y Axa Colpatria Seguros S.A. (...) Sobre la responsabilidad de la EPS Coomeva En liquidación. (...) Bien, no existe duda alguna que la actora estuvo afiliada a Coomeva EPS por lo menos desde el año 2011 y como tal, entre 2011 a 2016 fue atendida con terapias y medicamentos -manejo conservador- en diversas IPS hasta que, en enero de 2017, por virtud de la atención en Sinergia IPS fue sugerido el diagnóstico de daño articular en la rodilla izquierda y, posteriormente, estando por fuera del marco prestacional de esta IPS, el 16 de julio de 2018, a través de la especialidad de ortopedia, surgió la necesidad del procedimiento quirúrgico para su tratamiento, el cual vino a ejecutarse en noviembre de 2019, punto en el cual el experto señala que: “...hubo un retraso en la atención quirúrgica no sustentable medicamente de 16 meses. La tardanza quirúrgica por situaciones que no quedan claras, se interpretan como posibles de origen administrativas, lo cual no es el deber ser de la atención a los pacientes con criterios de calidad y seguridad de la atención” (...) Por consiguiente, mientras la enfermedad progresaba, con aumento en la frecuencia de las consultas y el fuerte dolor que se irradiaba en toda la estructura articular de la rótula izquierda de la paciente, la EPS solo indica que dio la autorización requerida, pero no se excusa de la prolongación y no ejecución del tratamiento quirúrgico en la oportunidad requerida para el

padecimiento (...) Recuérdese además que la vinculación del usuario a las EPS se hace a través de un contrato, mismo que no puede terminarse en forma unilateral por parte de la EPS (artículo 183) en cuyo objeto aquella entidad le garantiza la prestación del servicio de salud, pero no cualquiera, sino la que el conocimiento del hombre, la ciencia y la técnica han alcanzado como óptima, por lo tanto, las EPS son responsables por cualquier incumplimiento de su deber de garantizar la calidad y eficiencia o retardo culposo de los servicios de salud, como se dijo, sin que importe para ello si lo prestan directamente o por intermedio de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que hacen parte de su red de servicios o de profesionales de la medicina vinculados a estas. En consecuencia, si la deficiente prestación del servicio de salud causa daño al paciente o a sus familiares, la EPS está obligada a indemnizarlo, como que es ella principalmente la que ha contraído la obligación de la prestación del servicio a sus afiliados. Acorde a lo anterior, mal podría entonces hallarse acreditada una causa extraña, siendo que la exigencia de papelería es el único material probatorio que tiene la EPS para fundamentarla. De suerte que, los argumentos ofrecidos por la aseguradora llamada en garantía, no tienen los ribetes necesarios para enervar la responsabilidad atribuida en la demanda a su asegurada y, en tales términos, se confirmará la sentencia impugnada. (...) En consecuencia, es claro que aquí confluyen los requisitos para afectar las pólizas mencionadas, como son: i) la existencia de un contrato de seguro que sin ambages ampare la responsabilidad del asegurado, en este caso, tanto la contractual como la extracontractual, para que de ahí surja la obligación de indemnización para la compañía de seguros; ii) la responsabilidad del asegurado y, iii) el daño y su cuantificación. Por modo que no hay obstáculo para concluir que la aseguradora debe asumir con cargo a la afectación del 100% de las pólizas, la indemnización por los daños materiales e inmateriales, hasta el monto pactado, con el respectivo deducible del 10% para el amparo de “responsabilidad civil profesional”, dichas pólizas tienen un monto de cobertura suficiente para responder por el valor total de los daños demostrados y tasados, sin que se advierta la posibilidad de exceder los límites de cobertura y demás términos y condiciones del contrato de seguro. Aquí, reclama la aseguradora recurrente que las pólizas expedidas por Seguros Confianza operan en exceso de las pólizas propias que debían tener contratadas las IPS y los médicos adscritos a Coomeva EPS, pero se olvida que el evento afectado es el directo, sistémico y derivado de la “Actividad como entidad promotora de servicios médicos profesionales relacionados con el plan obligatorio de salud”, en consecuencia, no hay lugar a cavilar sobre la posible afectación de un límite primario a cargo de otra póliza distinta, para habilitar la operancia del amparo previsto en las pólizas contratadas por Coomeva EPS en los términos señalados. Además, la compañía aseguradora deberá responder por el pago de las agencias en derecho y costas del proceso, los que se entienden cubiertos por la póliza aún en exceso del monto o valor del riesgo asegurado (art. 1128 código de comercio).

MP: JULIÁN VALENCIA CASTAÑO

FECHA: 15/07/2026

PROVIDENCIA: SENTENCIA

TRIBUNAL SUPERIOR
Medellín
"Al servicio de la Justicia y de la Paz Social"

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA CUARTA DE DECISIÓN

Lugar y fecha	Medellín, quince (15) de julio de dos mil veintiséis
Proceso:	Verbal
Radicado:	050013103 020 2022 00071 01
Demandante:	Licet Margoth Valencia Osorio y otro
Demandada:	Comeva Entidad Promotora de Salud S.A. y otra
Providencia	Sentencia
Tema:	Análisis de la responsabilidad directa de las EPS en la prestación del servicio médico. Determinación del siniestro en vigencia de la póliza contratada por la EPS.
Decisión:	Revoca parcialmente sentencia apelada
M. Ponente	Julián Valencia Castaño

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto frente a la sentencia del pasado 22 de julio de 2025, mediante la cual el Juzgado Veinte Civil del Circuito de Oralidad de Medellín dirimió la controversia en el proceso verbal instaurado por Licet Margoth Valencia Osorio en nombre propio y en representación de su hijo menor Esteban Gil Valencia, en contra de Comeva Entidad Promotora de Salud S.A., Sinergia Global en Salud S.A.S. Labor jurisdiccional que se acomete en el siguiente orden,

I. Antecedentes.

1. Pretensiones.

Los actores presentaron demanda con pretensión declarativa de responsabilidad civil contractual, para que, los demandados fueran condenados a pagar los perjuicios ocasionados a raíz de la deficiente y tardía atención médica

brindada a la señora **Valencia Osorio**, ocasionando que el padecimiento en su rodilla izquierda se agravara, hasta su actual condición de salud. La condena, según la demanda, debe ser por las siguientes sumas y conceptos: **\$3.273.456** por concepto de daño emergente; **\$73.652.606** por concepto de lucro cesante consolidado; **\$190.764.021** por lucro cesante futuro; **\$150.000.000** por concepto de daño a la salud e igual suma por concepto de daño moral. Solicitó así mismo la condena al equivalente a **\$100.000.000** para su hijo codemandante, en calidad de víctima indirecta.

2. Fundamentos de hecho.

Tal y como fue reformada la demanda, se compendian de la siguiente manera:

Que, a la edad de 15 años aproximadamente, la señora **Valencia Osorio** sufrió una caída desde su propia altura, lo que generó una lesión en su rodilla izquierda. Para el **28 de mayo de 2011, enero 30 de 2012 y 27 de diciembre de 2013**, sufrió varios episodios de “lateralización de rótula en su rodilla izquierda” y consultó por dolores de rodilla, sin embargo, las dolencias y las molestias eran tratadas con simples medicamentos, tales como acetaminofén, entre otros.

Solo hasta el día **03 de enero de 2017**, la demandante, al evidenciar que le era difícil continuar soportando dichos dolores, decidió acercarse a **Sinergia IPS**, en donde el galeno tratante optó por enviar no solo medicación, sino “*también una RADIOGRAFÍA DE RODILLAS y una ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA*, es decir que, la **EPS COOMEVA y la IPS SINERGIA**

*a través de sus médicos tardó aproximadamente **6 años** en enviar un examen básico con el fin de establecer la severidad del problema y para confirmar el diagnóstico basado en la sospecha clínica, lo que en efecto **vulnera los principios de oportunidad y eficiencia de la Ley 1751 de 2015...***

En adelante, resume una serie de atenciones deficientes y autorizaciones tardías de exámenes diagnósticos y procedimientos que condujeron a que para el **26 de abril de 2021** se le tuviera que realizar la tercera cirugía sobre su rodilla.

Que, una vez vista la necesidad de la tercera cirugía sobre su rodilla y mientras se encontraba a la espera de la autorización de esta, el día **22 de junio de 2021**, luego de recibir **concepto desfavorable** por parte de la EPS y de ser calificada por el fondo de pensiones, fue notificada del dictamen de pérdida de capacidad laboral, donde como resultado obtuvo una pérdida del **33.6%** y una fecha de estructuración del **26 de abril de 2021**, este dictamen “...fue apelado dentro de los términos de Ley, para que fuera revisado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, quien en dictamen No. 1036633698 – 23129 del 22 de noviembre de 2022, informó que mi representada tenía una pérdida del 53.19% y una fecha de estructuración del 26 de abril de 2021...”

Resaltó así mismo, que “...ha transcurrido un total de **10 meses** desde que el doctor **EDGAR ALFONSO PULIDO JUNCO** vio la necesidad de realizar un tercer procedimiento y solicitó la debida autorización para realizarlo, sin embargo, tal autorización no se ha dado, es decir, que a pesar de ser necesaria la cirugía para el bienestar de mi mandante, esta sigue supeditada a que

tanto la EPS como la IPS realicen la burocracia a su antojo y de esta manera poder realizarse el procedimiento que tanto necesita...”.

Tanto la señora **Valencia Osorio** como su hijo, acusan sufrimiento patrimonial y moral y, consideran que el perjuicio cuya indemnización reclaman se ocasionó “...*al no haberse realizado un procedimiento médico adecuado desde el inicio de las consultas mediante los cuales se pudiera dar un diagnóstico efectivo a la paciente y, **al haberse presentado una serie de retrasos injustificados en la prestación del servicio de salud**, la patología de la señora **VALENCIA OSORIO** se agravó, causando de estas maneras las fuertes limitantes que en la actualidad posee, de conformidad con el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia...”.*

3. Actuación procesal.

La demanda correspondió por reparto al Juzgado Veinte Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, Despacho que, mediante auto calendado el 01 de abril de 2022 (cfr. pdf. 06), procedió a admitirla ordenando la notificación a la parte demandada.

3.1. la entidad **Coomeva EPS** Adujo que no le constaba nada de lo narrado por los demandantes, en tanto que, los eventos en que se involucra la atención y evolución clínica del paciente son actos médicos sobre los cuales no ejerce ningún tipo de participación en su ejecución, por lo cual deben ser verificados con apoyo estricto en la historia clínica que el prestador de

servicios de salud IPS haya edificado a través de su equipo de médicos, los cuales gozan de discrecionalidad científica.

Enfatizó en que su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el TÍTULO III de la mencionada ley 100 de 1993.

Se opuso a las pretensiones de la demanda y formuló un grupo de excepciones que se dio en llamar: **i)** inexistencia de la obligación; **ii)** falta de nexo causal; **iii)** hecho de un tercero; **iv)** tasación excesiva de perjuicios morales; **v)** tasación excesiva de perjuicios materiales y; **vi)** prescripción.

3.1.1. Llamamiento en garantía. En virtud de las pólizas de responsabilidad civil profesional médica **03RC001060**, **03RC001136** y **03RC001197** la entidad **Coomeva EPS** llamó en garantía a la compañía **Seguros Confianza S.A.**, misma quien llegó al proceso oponiéndose a las pretensiones tanto de la demanda como del llamamiento, lo anterior, advirtiéndole que la póliza que cobija a su llamante ya había terminado su vigencia para la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral.

Lo anterior dio pie para formular las excepciones de mérito que denominó: **i)** ausencia de nexo causal; **ii)** las obligaciones del personal médico tratante fueron de medios y no de resultados; **iii)** cuantificación excesiva y sin soporte probatorio de las

pretensiones de condena; ya frente al llamamiento opuso las que llamó: **i)** ineficacia por notificación extemporánea; **ii)** ausencia de cobertura por inexistencia de responsabilidad; **iii)** ausencia de cobertura; **iv)** las pólizas 03RC001060, 03RC001136 y 03RC001197 operan en exceso de las pólizas propias que deben tener contratadas las IPS y los médicos adscritas a Coomeva EPS e; **v)** inexistencia de deducible pactado.

3.2. Sinergia Global en Salud S.A.S. Señaló que las atenciones médicas brindadas a la actora comenzaron el 3 de enero de 2017, remitiendo a la historia clínica de la paciente para sostener que no puede predicarse que su estado de salud actual se deriva directamente de fallas en la atención, dado que las complicaciones postquirúrgicas presentadas son posibles en este tipo de intervenciones y no son atribuibles plenamente a la eventual demora a la que se alude, con mayor razón, cuando la historia clínica evidencia que en algunas ocasiones la paciente no acató las órdenes médicas prescritas.

Seguidamente, se opuso a las pretensiones de la demanda, objetó el juramento estimatorio y blandió las excepciones que denominó: **i)** ausencia de legitimación material por pasiva; **ii)** ausencia de responsabilidad y; **iii)** abuso del derecho por temeridad.

3.2.1. Llamamiento en garantía. Dicha IPS llamó en garantía a la compañía aseguradora **Allianz Seguros S.A.**, quien se pronunció sobre la demanda y el llamamiento, oponiéndose a las pretensiones. Frente a la demanda principal alegó las excepciones que denominó: i) ausencia de culpa médica a cargo de Sinergia IPS; ii) inexistencia de nexo de causalidad e; iii)

inexistencia de solidaridad con las codemandadas; y frente al llamamiento en garantía formuló las siguientes: i) límites asegurados y condiciones pactadas y; ii) deducible

3.2.2. Llamamiento en garantía. La IPS también llamó en garantía a la compañía aseguradora **Axa Colpatria Seguros S.A.**, quien se pronunció sobre la demanda y el llamamiento, oponiéndose a las pretensiones allí invocadas. Frente a la demanda principal alegó las excepciones que denominó: **i)** inexistencia de responsabilidad; **ii)** reducción del monto indemnizable, **iii)** indebida y exagerada tasación de los perjuicios; y respecto del llamamiento, formuló las que denominó: **i)** ausencia de vínculo contractual para la fecha de los hechos y, **ii)** exclusión de la cobertura.

3.2.3. Llamamiento en garantía. Finalmente, en virtud de las pólizas de responsabilidad civil profesional médica No. **47346**, **52555** y **42055**, llamó en garantía a la compañía aseguradora y **Chubb Seguros Colombia S.A.**, quien se pronunció sobre la demanda y el llamamiento, oponiéndose a las pretensiones allí invocadas. Frente a la demanda principal alegó las excepciones que denominó: **i)** carga de la prueba – la culpa médica debe ser probada; **ii)** inexistencia de responsabilidad de la entidad asegurada; **iii)** ausencia de daño en los términos y cuantías solicitadas; ya respecto del llamamiento, formuló las que nombró: **i)** límite del valor asegurado; **ii)** disponibilidad del valor asegurado y; **iii)** deducible.

4. La sentencia apelada.

El Juez de primera instancia dictó sentencia por escrito, el pasado 22 de julio de 2025, en la que dispuso:

Primero: *Declarar prósperas las excepciones de mérito únicamente en lo que atañe a las pólizas 47346, y 42055 a cargo de Chubb Seguros Colombia S.A y las pólizas 022029851/0 y 022320841/0 de Allianz Seguros S.A, conforme a lo expuesto en la parte motiva.*

Segundo: *Declarar solidariamente responsables a Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – Coomeva EPS y Sinergia Global en Salud S.A.S – Sinergia IPS, por la dilación y negligencia en la prestación del servicio de salud a la señora Licet Margoth Valencia Osorio, a quien se le causaron perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, al igual que de los perjuicios extrapatrimoniales causados al menor de edad Juan Esteban Gil Valencia como víctima de rebote; y conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.*

Tercero: *Condenar a Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – Coomeva EPS y Sinergia Global en Salud S.A.S – Sinergia IPS pagar las siguientes sumas a la señora Licet Margoth Valencia Osorio:*

- *Lucro cesante consolidado: **\$33'086.041.***
- *Lucro cesante futuro: **\$131'463.340***
- *Daño emergente: **\$1'500.000***
- *Daño moral: La suma equivalente a **30 SMLMV***
- *Daño a la vida en relación: La suma equivalente a **25 SMLMV***

Cuarto: Condenar a Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – Coomeva EPS y Sinergia Global en Salud S.A.S – Sinergia IPS pagar las siguientes sumas a Juan Esteban Gil Valencia:

- Daño moral: La suma equivalente a **20** SMLMV.

Quinto: Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb Seguros Colombia S.A y Seguros Confianza S.A, responderán en virtud de los contratos de seguro especificados en la parte motiva de este proveído y que soporta su vinculación, en referencia a las condenas mencionadas en el numeral anterior, teniendo en cuenta el límite del valor asegurado. Sobre tal monto la aseguradora cancelará intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, a partir de la ejecutoria de esta decisión.

Luego de una semblanza de los hechos y pretensiones de la demanda, comenzó por estudiar los elementos de la responsabilidad solidaria entre EPS e IPS de cara a la gestión y aseguramiento de la prestación de los servicios de salud. De este modo entendió que, respecto de la EPS, se trataba de una responsabilidad contractual, no obstante, en lo que concierne a la IPS accionada, no existía convención que la vincule de manera directa con la demandante “...y, en la tipología de la responsabilidad civil, atañe al ámbito extracontractual, último sobre el cual girará el análisis para esta sociedad demandada, y no contractual como fue planteado en la demanda...”

En tal dirección, al retomar el contenido de la providencia impugnada, se acentúa que el argumento cardinal del juez *a quo*

radicó en que, de acuerdo con las anotaciones vertidas en el historial clínico y el dictamen pericial aportado por la parte demandante, se encontraba acreditado que las entidades demandadas prestaron de manera negligente y tardía el servicio de salud a la demandante Valencia Osorio y que ello tuvo una real incidencia en su actual condición médica, advirtiendo entonces que *“Las demoras en la prestación del servicio son presentadas de manera sintética y general, pero de las que obran detalles en la historia clínica allegada, no solo corresponden a una apreciación del Despacho, contrario a ello, fueron consideradas por el médico especialista en salud ocupacional Jaime Ignacio Mejía Peláez, quien sustentó en audiencia su dictamen, haciendo referencia a un “manejo conservador” para los años 2011 a 2016 respecto de la repetida luxación de la rótula que presentó...”*

De esta forma, se adentró al estudio de los perjuicios reclamados, para reconocerlos y tasarlos en las cuantías ya citadas en la parte resolutive, incluyendo al menor de edad codemandante, quien vio afectada su vida con la imposibilidad de disfrutar con plena normalidad junto a su madre.

Seguidamente, abordó el tema relacionado con los llamamientos en garantía, para señalar que las pólizas 4734621, y 4205522 a cargo de Chubb Seguros Colombia S.A., y para Allianz Seguros S.A., las pólizas 022029851/0 y 022320841/0, no podían resultar afectadas con ocasión del presente asunto, *teniendo en cuenta que en cada una se incluyó la cláusula “claims made”, y dado que presentaban vigencia entre las anualidades del 2019 al 2021, y los llamamientos se efectuaron a partir del año 2022...”*, lo que abrió camino a la prosperidad de las excepciones presentadas por las aseguradoras en este sentido.

De otro lado, agregó que resultaba “...aplicable al evento la póliza 52555 a cargo de Chubb Seguros Colombia S.A y en favor de Sinergia IPS, con vigencia del año 2021 al 2022 y que cubría entre otros riesgos aquel que corresponde a la “RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS” y “DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES”, pues aunque la misma incluye la cláusula “claims made”, es claro que la reclamación, esto es, el llamamiento en garantía se dio en el año 2022, es decir, dentro del período de cobertura. Con ello las excepciones tendientes a atacar las coberturas de las pólizas a cargo de dicha entidad se entienden superadas...”

Lo mismo ocurría respecto de la “póliza 8001083890 a cargo de Axa Colpatria Seguros S.A., en favor de Sinergia IPS, con vigencia del 2018 al 2019 y cobertura de responsabilidad civil extracontractual; y las pólizas 001060, 001136 y 001197 a cargo de Seguros Confianza S.A en favor de Coomeva EPS, con vigencia del 2016 al 2019, que cubrían los riesgos contractuales y extracontractuales; es claro que resultan válidas para el asunto, teniendo en cuenta que los hechos que se reclaman, tuvieron ocurrencia desde el año 2011 en adelante...”

5. De la apelación.

Contra lo decidido se alzó la IPS demandada y las aseguradoras llamadas en garantía, solicitando al unísono la revocatoria de la sentencia, en los términos que a continuación se compendian:

5.1. Chubb Seguros Colombia S.A.

Atribuye a la sentencia errores de valoración probatoria e inaplicación de normas procesales, por cuanto no diferenció entre el actuar de **Coomeva EPS** y **Sinergia Global En Salud S.A.S.**, distinción que era necesaria, pues el factor de imputación para cada de las entidades demandadas es diferente. Advierte, entonces, que ni el juzgado ni la parte actora identificaron con precisión cuál fue la falla en el acto médico que se le imputa a **Sinergia Global En Salud S.A.S.**, bien sea por un error de diagnósticos, ora por una mala práctica médica, ya por fallas en el consentimiento informado.

Remite al dictamen pericial que sirvió de fundamento a la decisión, para que se tenga presente que se imputa responsabilidad por atenciones de los años 2011, 2012, y 2013, las cuales no fueron brindadas por Sinergia IPS y que además no se encuentran en la fecha de retroactividad del contrato de seguro, que sirvió de fundamento para el llamamiento en garantía. Agrega que tampoco tuvo en cuenta el Despacho que Sinergia Global En Salud S.A.S. solo prestó servicios a partir del año 2017 y en los servicios que tenía habilitados.

Recalca que la decisión de afectar el seguro a que refiere la póliza 52555, debe revocarse, teniendo en cuenta que en los términos pactados en el contrato de seguro *“el asegurado recibió la primera reclamación el 19 de julio de 2021, es decir, con anterioridad a la vigencia comprendida, la cual se comprende entre el 28 de septiembre de 2021 al 27 de septiembre de 2022, por lo que es evidente que este seguro no tendría cobertura...”*.

Para la fecha de la reclamación, entonces, estaba vigente el contrato de seguro contenido en la póliza número 47346, con

vigencia del 28 de septiembre de 2020 al 27 de septiembre de 2021, por lo que desde el ámbito temporal el seguro tendría cobertura, sin embargo, se deben entrar a analizar otros asuntos del seguro, como que *“...otorga cobertura para aquellas atenciones médicas posteriores al 28 de septiembre de 2019, es decir, cualquier atención llevada a cabo con anterioridad a esta fecha no sería objeto de cobertura, entiendo, que se presenta un reclamo por estas atenciones. - Chubb Seguros S.A. otorgaba cobertura a reclamaciones derivados de atenciones anteriores al 28 de septiembre de 2019, siempre y cuando el asegurado demuestre en el proceso una fecha de retroactividad anterior contratada con otras compañías aseguradoras, lo cual en el asunto de la referencia no está demostrado...”*, a lo que se suma, que la imputación a la entidad asegurada no se hace por una falla en el acto médico, sino por actos administrativos.

5.2. Sinergia IPS SAS

Tilda de incongruente la sentencia “puesto que el señor juez de instancia, sustenta la responsabilidad de la institución prestadora de servicios en salud bajo premisas no claras, estableciendo alcances mayores a las obligaciones contractuales y legales que ostentaba en ese momento SINERGIA IPS...”

Que el historial de más de 4 años de su patología de rodilla sin recuperación, no puede ser atribuido a Sinergia IPS, porque sencillamente no atendió a la paciente en ese tiempo, indica entonces que el día 3 de enero 2017, en que se dio la primera atención, no era obligatorio remitirla a un especialista en ortopedia, pues *“...Lo que se busca es proporcionar una atención*

de salud informada, efectiva y segura, mediante la integración de experiencia clínica con la mejor evidencia científica disponible...”

Que, el señor juez debió cuestionarse acerca del débito prestacional que se le exigía a Sinergia IPS, con relación a este reproche que realiza en su fallo respecto a las ayudas diagnósticas y la demora en la realización de las mismas, pues *“...Si COOMEVA EPS, tenía inconvenientes administrativos, los mismos no podían ser imputables a SINERGIA IPS, por tratarse de dos personas jurídicas distintas, con independencia administrativa, economía y financiera, que se vincularon única y exclusivamente por un contrato de prestación de servicios...”*.

Discute que la decisión reprocha la conducta de los Doctores Gino Herrera Correa y Juan Esteban Saldarriaga Zapata, adscritos a Sinergia IPS, no obstante estar demostrado con los extractos de la historia clínica de la hoy demandante, que los mencionados doctores atendieron a la paciente en la Unidad Básica de Atención Belén, no en Sinergia IPS Belén.

Finalmente, se duele de que *“...La liquidación de perjuicios materiales, en su concepto de lucro cesante, elaborada por el señor juez de instancia, no estipula o contempla los gastos de propia subsistencia, lo que incide en el quantum de la liquidación fijada...”*

5.3. Axa Colpatria Seguros S.A.

Enfatiza en que las atenciones brindadas por el personal médico y asistencial de Sinergia Global En Salud S.A.S. iniciaron en el año 2017; por lo que las atenciones médicas a las que hace

referencia el *a quo*, prestadas a la señora Licet Margoth Valencia entre los años 2011 y 2013, no fueron realizadas por Sinergia y los profesionales de la salud, no se encontraban adscritos, ni laboraban en la IPS.

Que la paciente fue valorada de manera inmediata, acorde a su nivel de atención de primer nivel y cumpliendo a cabalidad los protocolos médicos, en el sentido de solicitar la práctica de imágenes diagnósticas y ordenando la remisión a un especialista en ortopedia, servicios que *“debían de ser prestados por instituciones médicas con un mayor nivel de complejidad, por lo que no se le puede imputar responsabilidad a SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S por la tardanza o demora en la práctica de esas ayudas diagnósticas, o de las intervenciones quirúrgicas o de las sesiones de fisioterapia que requería la accionante para su rehabilitación”*.

Que el dictamen pericial no cumple con los requisitos establecidos en el artículo 226 del C.G.P., toda vez que el experto *“...i) no acredita especialidad en ortopedia, tema sobre el cual versan los hechos generadores de la demanda, ii) si bien menciona la lista de casos en los cuales fue designado como perito en los últimos cuatro (4) años, no se observa la materia sobre la cual versaron dichos dictámenes, iii) no se evidencia cuáles fueron los exámenes, métodos, experimentos o investigaciones utilizados en la elaboración de la experticia, ni tampoco si estas herramientas utilizadas difieren de peritajes rendidos en anteriores procesos.*

Respecto del contrato de seguro contenido en la póliza de responsabilidad civil extracontractual general N° 8001083890, omitió valorar estipulaciones contractuales que son ley para las

partes contratantes, tales como la exclusión contenida en el numeral 3 literal T del condicionado de la póliza, que dispone que Axa Colpatria Seguros S.A quedará liberada de toda responsabilidad cuando se presenten perjuicios derivados de la responsabilidad contractual y la profesional y, en este caso “...se estableció que la producción del resultado dañoso que afirma la parte actora es consecuencia de la actividad profesional del asegurado, por tanto, este evento se encuentra excluido de cobertura y en consecuencia la pretensión revérsica no está llamada a prosperar...”

De todas maneras, el hecho generador de reparación, tuvo ocurrencia antes de la contratación del seguro de responsabilidad civil extracontractual, pues “...los daños reclamados por la parte actora a SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S, empezaron a presentarse desde el año 2017, y los riesgos para el asegurador solo empezaron a correr a partir del 31 de diciembre de 2018, fecha en la cual inició la primera vigencia con AXA COLPATRIA SEGUROS S.A (31/12/2018 a 31/12/2019 certificado 0), momento en el cual ya habían transcurrido más de ocho años desde que se iniciaron las consultas de la paciente por los hechos que dieron origen a este proceso, hecho cierto que no constituye riesgo asegurable...”

Concluye señalando que los daños reclamados tienen origen antes de iniciar la vigencia del contrato de seguro vertido en la póliza de responsabilidad extracontractual N°8001083890 y, por tanto, quedan por fuera de cobertura.

5.4. Seguros Confianza S.A.

Advierte que no quedó probado que la actuación de la EPS hubiere tenido una incidencia causal en la producción del daño sufrido por la demandante, ya que de ello no obran pruebas suficientes y contundentes en el proceso, acentuando que las EPS tienen unas funciones plenamente descritas en la ley 100 de 1993, que en ningún momento fueron incumplidas o desacatadas conforme los hechos por los que se promueve este litigio.

Por consiguiente *“...el rasero con el que debe observarse el actuar de las entidades promotoras de salud corresponde a calificar su diligencia para autorizar y permitir la atención médica en su papel de asegurador, por lo que solo se les puede deprecar su proceder en la facilitación de los servicios y tratamientos médicos, así como posibilitar el acceso a los medicamentos ordenados por el personal médico de las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007...”*, remitiendo a las pruebas practicadas que permitieron acreditar para desvirtuar cualquier factor atribuible de responsabilidad en cabeza de la EPS.

Para que pueda predicarse la existencia de una falla, es necesario que la parte que la alega demuestre que la atención no cumplió con los estándares de calidad de la ciencia médica, de modo que *“...La teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada...”* y, en este caso *“...no se probó sin lugar a dudas que el servicio de salud no fue cubierto de forma diligente...”*

Conforme a lo anterior, expresa que no se demostró ninguno de los requisitos para que se pueda siquiera analizar si hay lugar a afectar las pólizas, para el efecto, advierte que *“...debió*

identificar el despacho que el daño (no atribuible a la pasiva) solo ocurrió el día 26 de abril de 2021, pues antes de dicha calenda, la señora Liceth Margoth Valencia se encontraba en un regular y común proceso de recuperación ante una cirugía que por su condición requería y fue practicada...”.

Increpa, que bajo cualquiera de las perspectivas que hubiera adoptado el despacho, le era del caso señalar que la póliza no se encontraba llamada a ser afectada, pues “...**(i)** de entenderse que la responsabilidad deprecada tiene su génesis en su afloración con la pérdida de capacidad laboral de la demandante, los hechos que se discuten dentro proceso de responsabilidad acaecieron varios años por fuera de la vigencia, o **(ii)** en su defecto, de entenderse que la presunta responsabilidad empezó a exhibirse desde el año 2011 con las presuntas falencias administrativas para la adecuada prestación de servicios de salud, permiten concluir inequívocamente que el riesgo principió a correr con anterioridad a la vigencia de las mencionadas pólizas...”.

De este modo, indica que los hechos sobre los cuales resolvió la sentencia ocurrieron desde mayo de 2011, fecha para la cual ninguna de las pólizas se encontraba vigente, por cuanto los contratos de seguro se perfeccionaron desde el año 2016 y terminaron en el año 2019. Por lo que es claro que los hechos no tuvieron lugar dentro de sus extremos temporales.

Menciona, además, que debe tenerse en cuenta que *la última póliza expedida por seguros confianza **opera en exceso de las pólizas propias que debía tener contratadas o no contratada la IPS SINERGIA** (Es decir la cobertura de Axa*

Colpatria Seguros S.A. y Chubb Seguros Colombia S.A.), que se encargó de atender a la demandante...” y que, además, omitió pronunciarse sobre los amparos y el deducible pactado, los cuales se encuentran estipulados en la carátula de la póliza.

Esbozados de esta manera los antecedentes que dieron lugar a la decisión recurrida, y las razones de disenso que sustentan la alzada, procede la Sala a desatar el recurso con fundamento en las siguientes,

II. Consideraciones

1. Presupuestos procesales.

El Tribunal se ocupa, en primer lugar, de verificar que el trámite del proceso haya corrido conforme con los cánones legales, de tal suerte que no haya vicio capaz de invalidar lo actuado. Examinado el expediente, no se encontró tal fenómeno. Así mismo, se anota que los presupuestos procesales necesarios para proferir sentencia de mérito se hallan reunidos, se les ha permitido a los apoderados de las partes exponer las razones que los llevan a sustentar su tesis dentro del término de sustentación y traslado del recurso de apelación.

2. Sobre la solicitud de terminación del proceso allegada por Coomeva EPS En Liquidación.

Coomeva EPS En Liquidación solicita declarar terminado el proceso en contra de la referida entidad, como consecuencia de la terminación de la existencia legal, declarada mediante resolución radicada L-002 de 2024 *“Por medio de la cual se*

declara terminada la existencia legal de COOMEVA EPS S.A. en Liquidación” (cfr. pdf. 026).

Ciertamente, en la mencionada resolución el Agente Especial Liquidador de la entidad declaró configurado el desequilibrio financiero de la EPS, procediendo en su artículo primero a **“DECLARAR terminada la existencia legal de COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN** *identificada con NIT 805.000.427-1.”* Sin embargo, en el párrafo señaló: *“...De manera expresa se manifiesta que, como consecuencia de la terminación de la existencia legal del COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN, no existe subrogatario legal, sustituto procesal, patrimonio autónomo o cualquier otra figura que surta los mismos efectos, sin perjuicio de los activos contingentes y remanentes que se discute o se puedan discutir a futuro judicial o administrativamente...”*

Puede observarse que, si bien no se constituyó una figura de subrogación legal o sustitución procesal que reemplazara los efectos de la terminación de la existencia legal de la EPS demandada, de todas maneras, se aclaró que el proceso se adelantaba sin perjuicio de *“los activos contingentes y remanentes que se discuten judicialmente”*, como en efecto ocurre en este particular. Y no podía ser de otro modo, pues el acto administrativo en mención, que reguló todo el trámite de liquidación de **Coomeva EPS S.A. En Liquidación**, en parte alguna menciona, como consecuencia jurídica de la situación actual de la entidad, la terminación de procesos judiciales en su contra, pues, por obvias razones, el Agente Especial Liquidador **no tiene la atribución de intervenir hasta el punto de afectar asuntos judiciales ajenos a su propia labor frente a la EPS.**

Además, la terminación del proceso no está enlistada como una consecuencia de la declaratoria de inexistencia de un sujeto procesal, puesto que a voces del artículo 68 del C.G. del P: *“Si en el curso del proceso sobreviene la extinción, fusión o escisión de alguna persona jurídica que figure como parte, los sucesores en el derecho debatido podrán comparecer para que se les reconozca tal carácter. **En todo caso la sentencia producirá efectos respecto de ellos aunque no concurren**”*. Tampoco soslaya el Tribunal que los actos administrativos tienen la calidad de resoluciones de rango inferior a normas como el compendio general procesal civil, así como que eventualmente, de proceder la terminación solicitada, podrían resultar perjudicados intereses de terceros.

Ocurre, entonces que, pese a que la EPS ya no aparece en el ordenamiento jurídico como persona jurídica estatutaria, al menos sí se hizo una reserva de activos para responder por las eventuales condenas, lo que traduce que el proceso continúa en su contra, merced a que está en capacidad económica de responder por una eventual responsabilidad deducida judicialmente y por esa razón no puede salir airosa la petición para excluirlo de la contienda.

3. De la responsabilidad civil médica.

En términos generales, para que se configure una responsabilidad civil, en su modalidad de contractual o extracontractual, aparte de la prueba del contrato para la primera, deben reunirse tres requisitos esenciales para ambas, como son: el daño antijurídico, el hecho culposo y el nexo de causalidad.

Dichos elementos no son ajenos a la responsabilidad médica, sino que, por el contrario, requieren concurrir, para que tenga cabida la obligación de indemnizar, junto con el contrato de salud, en los casos en que haya mediado uno, surgiendo para el personal médico, el deber de poner al servicio de su paciente-contratante, todos sus conocimientos científicos y las técnicas para restablecer su salud, dentro de lo cual se comprende el utilizar los equipos e instrumentos adecuados para un correcto diagnóstico precoz y posterior tratamiento de la enfermedad, elaborar correcta y pormenorizadamente la historia clínica, todas las cuales, son obligaciones de la naturaleza del contrato que no requiere cláusula escrita.

Para estos efectos, hemos de aclarar entonces que, en la prestación del servicio médico ofrecido por el Sistema General De Seguridad Social En Salud (SGSS) intervienen, entre otros:

El médico que es la persona natural que tiene como profesión la medicina y presta un servicio profesional, dirigido a mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.

Por su parte, **las IPS**, que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios, laboratorios, etc.) contratadas por la EPS o de su grupo. El usuario puede escoger la IPS de su elección, dentro de la lista que le ofrece la EPS. También puede suceder que una IPS que no le pertenece, ni con la cual tenga contrato previo la EPS, le presta el servicio de salud al afiliado a la EPS.

Y, **las EPS** que “...son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.”

Específicamente, están obligadas, según el artículo 178 de la ley 100 de 1993 a: 3. 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 (...) 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Además, según el artículo 156 ib., están obligadas a: “...e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno.

Puntual normativa que también le es inherente a las susodichas Entidades, lo constituye el Decreto 1485 de 1994. Éste, regulando la organización y funcionamiento de las

Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, y más específicamente la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, en su artículo segundo, literal D, establece que: *“Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones: Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.”*

Así mismo, debe resaltarse lo que el Decreto 2174 de 1996, en su artículo 6to prescribe, taxativamente en torno a la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud: *“...Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen, y los prestadores de servicios de salud son responsables de la Calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley; sin perjuicio de las responsabilidades propias de los demás integrantes del sistema”.*

Ya en lo tocante con la responsabilidad directa de las EPS, cabe citar la casación del 22 de julio de 2010, en cuanto precisó, que:

“En tratándose de la responsabilidad directa de las referidas instituciones, con ocasión del cumplimiento del acto médico en sentido estricto, es necesario puntualizar que ellas se verán comprometidas cuando lo ejecutan mediante sus órganos, dependientes, subordinados o, en general, mediando la intervención de médicos que, dada la naturaleza jurídica de la relación que los vincule, las comprometa. En ese orden de ideas, los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellas vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica. Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras).”.

Dichas consideraciones quedaron igualmente plantadas en el pronunciamiento que hizo la Corte Suprema de Justicia¹ en sentencia donde realizó un juicioso análisis de la responsabilidad sistémica de las personas jurídicas, para concluir que, en los

¹ CSJ el 30 de septiembre del 2016, M. P. Ariel Salazar, -radicado SC13925-2016-

casos de responsabilidad médica, las EPS **responden como si la falla del servicio médico hubiera sido obra suya**. Destáquese de aquella providencia lo siguiente:

“Se ha afirmado líneas arriba que la atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas.

Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...).» (Art. 177)

Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.”

Por lo tanto, las EPS son responsables por cualquier incumplimiento de su deber de garantizar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, sin que importe para ello si lo prestan directamente o por intermedio de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que hacen parte de su red de servicios o de profesionales de la medicina vinculados a estas. En consecuencia, si la deficiente prestación del servicio de salud causa daño al paciente o a sus familiares, la EPS está obligada a indemnizarlo.

4. Planteamiento del caso.

Palmar es que del análisis de la providencia de primer grado que estimó parcialmente las súplicas del escrito introductor de la demanda, refulge que la razón fundamental que la sustenta, radica en la la dilación y negligencia en la prestación del servicio de salud que requería la paciente **Valencia Osorio**, lo que configuró la responsabilidad reclamada y que el funcionario comunicó a los intervinientes en la cadena de prestación de aquel servicio.

Lo que no acepta la IPS recurrente junto a las compañías aseguradoras llamadas en garantía, es que, al decidir, el funcionario haya solidarizado esa responsabilidad, siendo que desde sus respectivas posiciones institucionales, tanto EPS como IPS cumplieron con todo lo que normativamente les era exigible, como que la señora **Licet Margoth Valencia Osorio** siempre tuvo acceso a los servicios de salud, tal como se evidencia en la Historia Clínica, pudiéndose concluir, en su sentir, que las pruebas no lograron demostrar cómo el daño en la paciente hubiere sido por la negligencia de la EPS o de la IPS, como que

tampoco existe una comprobación causal entre aquel y los supuestos servicios que fueron negados o retardados.

Con fundamento en lo anterior, las aseguradoras llamadas en garantía por las entidades demandadas, agregan que no se cumplen los presupuestos fácticos ni jurídicos para comprometer la responsabilidad civil de su respectiva asegurada y, por ende, mal se podrían activar las coberturas de la póliza de responsabilidad suscritas, para ultimar que, en cualquier caso, el juez *a quo* dejó de analizar el clausulado contractual de los vínculos aseguraticios.

5. Caso concreto.

Para esta Sala del Tribunal, tiene razón parcialmente la censura en calificar como desacertado el juicio del funcionario de primer grado, pues no se comparte que en la decisión se estableciera la negligencia de la **Sinergia IPS**, inicialmente, por una mala interpretación de los síntomas de la paciente y, luego por una atención tardía e inoportuna que facilitó y condujo al diagnóstico de ***“luxación recidivante con signos de condromalacia patelar bilateral grado IV de la faceta lateral de ambas rótulas”***, siendo que la primera atención en dicha entidad, se vino a presentar **el 03 de enero del año 2017**, fecha para la cual ya la enfermedad había progresado a su nivel más severo.

6. Precisión preliminar sobre la interpretación de la demanda empleada en la sentencia sobre el régimen de responsabilidad de las IPS.

Antes de expresar las razones de esta conclusión anticipada, es preciso hacer una advertencia teórica general atinente a un planteamiento del Juzgado que merece rectificación conceptual en cuanto determinó, vía interpretativa, que la parte actora tuvo que haber demandado por la vía extracontractual a la **IPS Sinergia** y no como erróneamente lo pretendió por la vía contractual, ello, según el funcionario, en virtud a que, no existía convención que vinculara a esta última entidad de manera directa con la demandante.

Al respecto, debe indicarse que cuando se demanda la responsabilidad médica de una **IPS** y/o al médico tratante en virtud de **un contrato marco de prestación de servicios de salud**, la obligación civil de reparar siempre va a ser la contractual, en la medida que entre estos se estructura una relación prestacional que no puede ser desligada, sino por esta vía.

Sobre el punto, nos permitimos citar *in-extenso* la Sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, de fecha 11 de septiembre de 2002, M.P. Dr. José Fernando Ramírez Gómez, en que se expresa:

*A decir verdad, el tema que plantea el caso no ha sido ajeno al tratamiento doctrinal, pues desde antaño ha estado bajo examen, porque si bien es cierto que el principio de los efectos relativos del contrato, excluiría la responsabilidad del tercero, pero en todo caso encargado de la ejecución del contrato, del marco de la responsabilidad contractual, para ubicarlo obviamente en el régimen extracontractual, lo **cierto es que razones de equidad y de protección de la víctima, han***

inclinado a la doctrina y a la jurisprudencia, y hasta cierto punto a la ley, como lo comenta Javier Tamayo Jaramillo, a atribuirle "a dicho tercero" una responsabilidad contractual. Finalmente -dice-, "la doctrina y la jurisprudencia más recientes en el derecho comparado han concluido que el acreedor contractual tiene una acción necesariamente contractual contra el subcontratista con quien el deudor contractual inicial había contratado la ejecución del contrato. Se considera que como el objeto de la prestación en ambos contratos es exactamente el mismo, el acreedor inicial perfectamente puede demandar por vía contractual a cualquiera de los dos deudores".

Particularmente la doctrina argentina ha optado por la señalada tendencia en consideración a que "el auxiliar" está sujeto a "una responsabilidad accesoria, que se modela, por tanto, sobre la que incumbe al deudor (hay por lo demás, una "complicidad" entre principal y dependiente que no puede desentrañar el acreedor)". Se trata en estos casos (se refiere exactamente a la responsabilidad civil del médico, Jorge Mosset Iturraspe), ***"de una responsabilidad accesoria", en la cual incurre no cualquier tercero, sino "la persona elegida por el deudor para el cumplimiento; persona que entra en contacto con el acreedor y realiza, con su conformidad, el comportamiento encaminado a ese fin".*** Esta unidad de fundamento, anota, ***"y naturaleza jurídica, simplifica la acción de la víctima del hecho médico, que podrá acumular sus pretensiones en un solo juicio, contra dos demandados distintos y obligados in solidum por la totalidad del resarcimiento***

solicitado". Igual es el criterio de otros autores, quienes, para llegar a idéntica conclusión, o sea la **"fuente contractual" del "agente", tienen en cuenta que "La cuestión examinada se halla estrechamente relacionada con la estructura misma de la relación obligacional en cuanto consiente que el interés del acreedor pueda ser satisfecho a través de la ejecución directa de la prestación por el deudor o por un tercero".** Por su lado, Bustamante Alsina sostiene la misma apreciación, pero bajo el entendido de que la **responsabilidad contractual del tercero surge del hecho que entre la entidad y el médico que presta sus servicios en ella se establece un contrato en favor de tercero.** De manera que **el carácter contractual de la responsabilidad del médico frente al paciente se da por virtud del contrato celebrado por aquél con la entidad asistencial que atribuye al paciente el derecho a ser asistido por el médico, derecho que queda consolidado con la aceptación del beneficiario, quien por consiguiente se legitima directamente contra el promitente médico",** En similar sentido se han pronunciado algunos doctrinantes chilenos, por supuesto consultando las normas del Código Civil de su país, entre ellos Arturo Alessandri Rodríguez",
(...)

4. Pues bien, como quedó expuesto anteriormente, en conclusión del ad quem que en manera alguna discute el recurrente en consideración a que el cargo que se resuelve corresponde a la causal primera, vía directa, el médico demandado fue condenado como "directamente"

responsable, de manera "solidaria" con la clínica demandada por los daños causados al demandante, por cuanto se halló perfectamente que "sólo el comportamiento culposo del médico demandado, pudo haber sido la causa del daño", dada la culpa cometida con ocasión del tratamiento, puesto que actuó con "falta de diligencia y prudencia".

Siendo entonces clara la conclusión acerca de la **culpa "directa" del médico recurrente, quien no celebró contrato "previo e independiente" con el paciente, pero sí era el ejecutor material de las prestaciones derivadas del contrato celebrado con la otra codemandada**, entre otras cosas no recurrente, dable resulta, para efectos de resolver la propuesta de la impugnación, elucidar en tomo al régimen jurídico colombiano, dos aspectos de puro derecho, por cuanto se decide un cargo por vía directa y por consiguiente las conclusiones fácticas antes señaladas no ameritan ningún reproche: primero, si al citado médico bajo las condiciones mencionadas se le puede imputar responsabilidad contractual, y segundo, definido lo anterior, si se le puede deducir solidaridad con la otra codemandada, tal como lo determinó el Tribunal en la decisión que es objeto de cuestionamiento.

Tratándose del primer punto, como ya se observó, **la tendencia está dirigida a atribuirle al tercero que ejecuta materialmente la prestación de la obligación contractual del primigenio deudor, responsabilidad contractual por el cumplimiento defectuoso de la misma, justificada en diversas tesis, que como se vio,**

van desde "una responsabilidad accesoria", pasando por el contrato a favor de tercero, hasta llegar a aquella que consulta la unidad y la estructura de los vínculos dados entre el contratante inicial, el acreedor y el ejecutante material de la prestación en la condición de agente o auxiliar del primero.

*Pues bien, vistas las circunstancias fácticas que en relación con el caso han quedado verificadas y que en consideración al cargo no ameritan controversia, sin duda alguna que la decisión adoptada por el Tribunal al deducir responsabilidad contractual tanto a Oftalmos S.A. (contratante y deudor original), como al agente, el médico Arciniegas, quien ejecutó materialmente la prestación asumida por la primera, se explica en la estructura de la relación obligacional que entre dichas personas se generó, **la cual se caracteriza por la unidad del objeto de la prestación, puesto que hay identidad entre el compromiso adquirido por la clínica (persona jurídica codemandada) y el del médico que con la aquiescencia (en el caso) del acreedor procedió a la ejecución del tratamiento, en su condición de agente o "sustituto", como lo llama el recurrente, de la citada sociedad.** De suerte que si el objeto de la obligación es exactamente el mismo, **razón por la que demanda un comportamiento uniforme, guiado por un mismo fin, cual es el cumplimiento de los deberes contractuales originalmente adquiridos, lógicamente se debe predicar una unidad de tratamiento jurídico en el ámbito de la responsabilidad para la clínica y el médico tratante, pues mientras que la primera responde por el incumplimiento del contrato que***

efectivamente celebró, el segundo lo hace como ejecutor fallido de idéntico objeto prestacional. De ahí que se esté, como lo dice la doctrina, frente a una responsabilidad de índole contractual "indistinta" para ambos sujetos, puesto que es tan contractual el origen de la obligación como su ejecución.

Desde luego que esta unidad de tratamiento tiene asidero no sólo en la estructura fáctica de la relación obligacional establecida entre las partes del proceso, sino en los efectos que a partir de ella se derivan, porque con independencia del vínculo existente entre la clínica y el médico, lo cierto es que la atención al paciente (acreedor) por dicho profesional, fue dispuesta por la primera, se repite, con el consentimiento del último. De modo que la culpa del señalado agente es la culpa de la sociedad, en los términos del arto 1738 del C. Civil, que en atención al vínculo existente con el agente, estatuye como parte integrante del hecho o culpa del deudor, el hecho o culpa del agente, porque al fin de cuentas, como quedó dicho, se trata de la responsabilidad derivada del incumplimiento de una misma prestación, que por lo demás lesiona el mismo interés y produce el mismo daño, lo cual como seguidamente se analizará, incide en el campo de la solidaridad ...”

Como acaba de presentarse, la atinada escogencia y distinción entre la responsabilidad civil contractual y la extracontractual, más allá de su interés académico, reviste una importancia de indudables efectos prácticos, habida cuenta que es en el ejercicio de las respectivas acciones que de ellas emanan,

en donde se hacen evidentes sus divergencias, en este caso, en aspectos tales como el tratamiento de la culpa, sus términos de prescripción y los hechos cuya probanza se requiere en uno y otro caso.

Así las cosas, dado que el extremo activo quien en su demanda rogó expresamente que se declarara a las entidades prestatarias del servicio de salud en calidad de EPS e IPS, civil y solidariamente responsables, a **título contractual**, de los daños y perjuicios que le fueron ocasionados, no cabía enderezar, vía interpretativa, una errónea escogencia de la vía sustancial, pues, a la postre, se trata del incumplimiento de una misma prestación, que se ejecuta “por” o “a través de”, luego, no existía confusión en los fundamentos de la responsabilidad invocados inicialmente por el dueño de la pretensión.

7. Análisis de la tardanza y negligencia atribuida a la IPS Sinergia bajo el rasero de la causalidad como elemento necesario para que se configure la responsabilidad médica.

Nadie discute en este proceso que la atención en la **IPS Sinergia** comenzó a partir de **enero 2017**, como incluso lo reconoce el señor juez en la sentencia al señalar: “La atención siguió prestándose sobre el bajo estándar referido, incluso para los años 2016 y **2017 cuando comienza a recibir el servicio a través de Sinergia IPS**” (cfr. p. 13 pdf. 087) por eso, la censura se duele que la culpa, negligencia o demora en la atención, fue enrostrada de forma equivocada a dicha entidad como que, el funcionario terminó subsumiéndola en el nexo de causalidad.

Bien, es sabido que cuando existe dificultad de prueba de la causalidad en materia de responsabilidad médica, tanto la doctrina como la jurisprudencia han coincidido en que es posible acudir a la prueba indiciaria, ya que la prueba científica no alcanza para demostrarlo y, al respecto, se cita la sentencia de casación de 22 de julio del 2010, donde la CSJ en su sala de casación civil expuso:

“Esto último, al ser factible, en doctrina de esta Corporación, (...) que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) (...); o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 ibídem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur [la cosa habla por sí misma] (como cuando se olvida una gasa o material quirúrgico en la zona intervenida, o se amputa el miembro equivocado, etc.); o teniendo en consideración la manifiesta anormalidad de las consecuencias del acto médico deduzca una ‘culpa virtual’ o un ‘resultado desproporcionado’ (...)”².

Dada la complejidad de la demostración de este elemento, también la jurisprudencia del Consejo De Estado, ha señalado lo siguiente:

“Las dificultades a las que se enfrenta el afectado cuando pretende acreditar el nexo causal, no han sido soslayadas por la jurisprudencia; por el contrario, para resolver los casos concretos, en los cuales no se cuente con el dictamen serio y

² CSJ. Civil. Sentencia de 22 de julio de 2010, expediente 0042.

bien fundamentado de un experto, que establezca o niegue esa relación, se ha buscado apoyo en las reglas de prueba desarrolladas por la doctrina nacional y foránea. **“Así, se ha acudido a reglas como res ipsa liquitur (sic), desarrollada en derecho anglosajón; o de la culpa virtual elaborada por la doctrina francesa, o la versión alemana e italiana de la prueba prima facie o probabilidad estadística,** que tienen como referente común el deducir la relación causal y/o la culpa en la prestación del servicio médico a partir de la verificación del daño y de la aplicación de una regla de experiencia, **conforme a la cual existe nexo causal entre un evento dañoso y una prestación médica cuando, según las reglas de la experiencia (científica, objetiva, estadística), dicho daño, por su anormalidad o excepcionalidad, sólo puede explicarse por la conducta negligente del médico y no cuando dicha negligencia pueda ser una entre varias posibilidades,** como la reacción orgánica frente al procedimiento suministrado o, inclusive, el comportamiento culposo de la propia víctima.

“En varias providencia proferidas por la Sala se consideró que cuando fuera imposible demostrar con certeza o exactitud la existencia del nexo causal, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía “contentarse con la probabilidad de su existencia”, es decir, que la relación de causalidad quedaba probada cuando los elementos de juicio que obraran en el expediente conducían

a “un grado suficiente de probabilidad”, que permitían tenerla por establecida.

“Pero, de manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios.

“Así la Sala ha acogido el criterio según el cual si bien para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, en la mayoría de los casos resulta idónea la prueba directa, esto es, el dictamen de expertos, **también es posible en muchos eventos llegar a la certeza sobre la existencia de dicha relación a través de indicios, para cuya construcción es necesaria la aplicación de reglas de experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico.**”³

Incluso, esta misma Sala de Tribunal⁴, sobre el punto a que se viene haciendo referencia, señala lo siguiente:

“...si bien la de la culpa virtual “es una teoría que, a través de indicios, permite establecer que un hecho determinado generó un daño, lo que en esencia, facilita no solamente la prueba de la culpa sino también la acreditación de una

³ Sala De Lo Contencioso Administrativo - Bogotá D.C., diecinueve (19) de agosto de dos mil nueve (2009) - Radicación número: 76001-23-31-000-1997-03225-01(18364)

⁴ Sentencia del 21 de abril de 2021. Radicado exp. 050013103 002 2015 01087 03.

relación de causalidad”, lo cierto es que según la jurisprudencia foránea⁵ y doctrina especializada, su aplicación requiere la presencia de las siguientes circunstancias:

“1. **Debe tratarse de un hecho que normalmente no ocurre sin culpa.**

2. *Debe haber sido causado por un agente o instrumento bajo control exclusivo del demandado;*

3. *No debe existir contribución causal o voluntaria de parte del paciente.”⁶ (resalto intencional)*

Lo anterior entraña inusitada relevancia por cuanto la prueba obrante en el proceso asociada al historial de atenciones suministradas a la paciente **Valencia Osorio**, desplaza al Tribunal hacia un terreno indiciario de **“probabilidad preponderante o de res ipsa loquitur”**, conforme la cual, se deduce, que, contrario a lo que dedujo el señor juez de primera instancia, el conocimiento científico **no** alcanzó aportar dentro de este específico caso, criterios racionales y razonables que permitan una respuesta **más allá de la duda y la opinión**, estimándose que no es posible establecer un encadenamiento causal que permita atribuir el progreso de la enfermedad y actual diagnóstico de **“luxación recidivante. Signos de condromalacia patelar bilateral grado IV de la faceta lateral de ambas rótulas”** que ameritó la realización de varias

⁵ [Morgan Vs Children's Hospital](#), Sentencia número 84-756, Corte Suprema del Estado de Ohio

⁶ (Jaramillo Jaramillo, Carlos Ignacio: Responsabilidad civil médica – La relación médico-paciente. análisis jurisprudencial y doctrinal. 2da Ed, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas 2011 P. 332 Ver también: Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 22 de julio de 2010 (Expediente 41001-3103-004-2000-00042-01. M.P Pedro Octavio Munar Cadena)

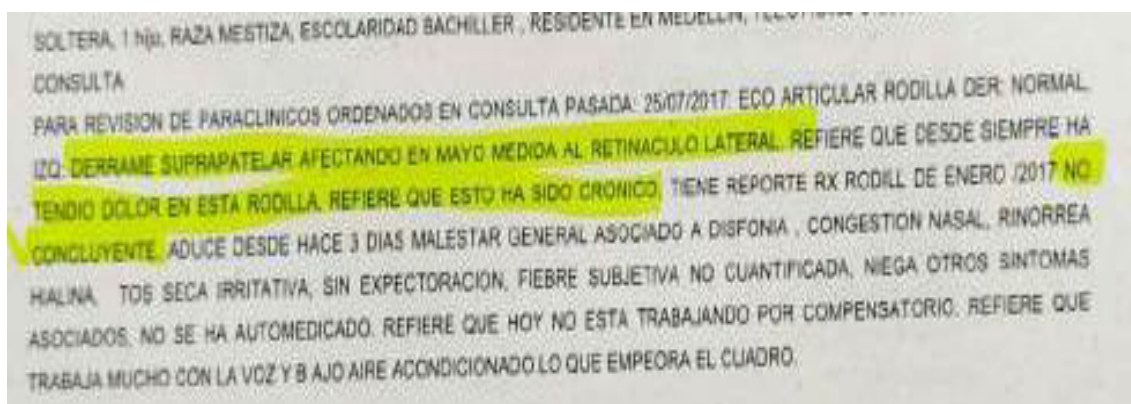
cirugías en la rodilla izquierda de la paciente, **a una conducta culposa de Sinergia IPS**, veamos por qué:

Se itera que, para la calenda del **03 de enero de 2017** la señora Valencia Osorio llegó a consultar por primera vez a dicha entidad de baja complejidad, por dolor en su rodilla, momento en el cual inició por parte del médico general la exploración clínica asociada a la anamnesis, examen físico y plan de manejo. De dicha entrevista médico-paciente el galeno destaca en el historial clínico “**antecedentes patológicos**” y “**esguince de rótula**”, lo que provocó la siguiente anotación para la creación de su historial clínico “...paciente con cuadro de **5 días con dolor en rodillas con predominio derecho**, el cual inició gradualmente, de fuerte intensidad actualmente, que se exacerba con la actividad física, con edema sin eritema, con crépitos (ruidos), **en manejo con analgésico, no recuerda cual, una crema caliente y un vendaje...**” (cfr. p. 117, pdf. 02)

Seguidamente, en la fase del examen físico, concretamente en el músculo esquelético anotó el galeno tratante “*extremidades eutróficas, sin edema, pulsos presentes, buen llenado capilar.* **Dolor a la palpación de rodillas con crépitos bilaterales, con dolor con la flexión forzada de la rodilla derecha**” (cfr. p. 118 pdf. 02); hallazgos que, sin dudarlo por dicho galeno, asociados a los antecedentes patológicos sugerentes de una enfermedad, condujeron al médico general a ordenar de inmediato estudios de “**radiografía de omoplato**” y “**ecografía articular**”, para indagar sobre el alcance del desgaste articular que **hasta ese momento era desconocido**, incluso por la paciente.

En efecto, los resultados de la radiografía se obtuvieron para el día **15 de enero de 2017**, es decir, 12 días después y, con base en ellos, anotó el galeno tratante que se podría “**considerar diagnóstico de patela alta bilateral predominio derecho...**” (cfr. p. 120 pdf. 02). De otro lado, la lectura de la ecografía articular de rodilla, analizada por el radiólogo Jesús Ignacio Salcedo se vino a conocer en **julio 25 de 2017** evidenciando un “...derrame suprapatelar afectando en mayo medida al retináculo lateral. Se sugiere a criterio del médico tratante continuar con el **protocolo de mayor complejidad...**” (cfr. p. 120 pdf. 02)

Para el **04 de agosto de 2017**, se revisaron dichos exámenes en la IPS Sinergia:



SOLTERA, 1 hijo, RAZA MESTIZA, ESCOLARIDAD BACHILLER, RESIDENTE EN MEDELLIN, 15/07/2017
CONSULTA
PARA REVISION DE PARACLINICOS ORDENADOS EN CONSULTA PASADA: 25/07/2017. ECO ARTICULAR RODILLA DER: NORMAL.
IZQ. DERRAME SUPRAPATELAR AFECTANDO EN MAYO MEDIDA AL RETINACULO LATERAL. REFIERE QUE DESDE SIEMPRE HA
TENIDO DOLOR EN ESTA RODILLA. REFIERE QUE ESTO HA SIDO CRONICO. TIENE REPORTE RX RODILL DE ENERO /2017 NO
CONCLUYENTE. ADUCE DESDE HACE 3 DIAS MALESTAR GENERAL ASOCIADO A DISFONIA, CONGESTION NASAL, RINORREA
HALINA, TOS SECA IRRITATIVA, SIN EXPECTORACION, FIEBRE SUBJETIVA NO CUANTIFICADA, NIEGA OTROS SINTOMAS
ASOCIADOS. NO SE HA AUTOMEDICADO. REFIERE QUE HOY NO ESTA TRABAJANDO POR COMPENSATORIO. REFIERE QUE
TRABAJA MUCHO CON LA VOZ Y B AJO AIRE ACONDICIONADO LO QUE EMPEORA EL CUADRO.

Nótese cómo a partir de allí la paciente expresó que “*siempre ha tenido dolor en esta rodilla, refiere que esto ha sido crónico*”, lo que, sumado a los resultados de imagenología, produjo que el médico tratante adscrito a **Sinergia IPS** estableciera como plan de atención lo siguiente “*en el momento sin signos de inestabilidad articular, pero por cronicidad del dolor se considera valoración prioritaria por ortopedista para definir conducta...*” (cfr. p. 128 pdf. 02).

Esta consulta especializada por ortopedia y traumatología se obtuvo para ese mismo **31 de agosto de 2017**, a través del centro de atención Promedan Salud donde los rx mostraron una “*osteoartrosis incipiente, lateralización de rótulas, subluxación*” a partir de lo cual se estableció como plan de atención “*TAC SIMPLE AXIALES DE COMPARATIVAS A 20°, TERAPIA FÍSICA 10 SESIONES, FORTALECIMIENTO DEL VASTO MEDIAL OBLICUO, REVALORACIÓN POR ORTOPEDIA CON RESULTADOS*” ...” (cfr. p. 129 pdf. 02).

La lectura del TAC de Rótula ordenado por el ortopedista, fue realizado por la radióloga Margarita María Ortiz Marulanda el **28 de noviembre de 2017**, arrojando como conclusiones “*aumento del ángulo de inclinación patelar en forma bilateral con subluxación lateral de la rótula hallazgo que **predispone una luxación recidivante. Signos de condromalacia patelar bilateral grado IV de la faceta lateral de ambas rótulas***” (cfr. p. 133 pdf. 02). Con base en lo anterior, asistió a consulta de control por ortopedia en Promedan Salud, donde el especialista insistió en que requería valorar la integridad ligamentaria “*MOTIVO POR EL CUAL SOLICITO RMN RODILLA IZQUIERDA POR ORTOPEDIA CON RESULTADOS*” (cfr. p. 134 pdf. 02)

Este examen fue realizado el **28 de febrero de 2018** y el médico radiólogo observó “*Patela alta asociado a lesión condral grado IV de la faceta medial y lateral de la patela. Signos del maltraking patelar. Escaso derrame articular*” (cfr. p. 137 pdf. 02). Las siguientes interconsultas, de **marzo y julio del año 2018**, son por control en la especialidad de ortopedia en el centro Promedan Salud, allí el especialista, tras confirmar el diagnóstico de condromalacia de la rótula y luxación recidivante de rótula

izquierda **requirió tratamiento quirúrgico** “*PARA RECONSTRUCCIÓN DEL PATELOFEMORAL IZQ. CON ALOINJERTO DE PERONERO, MAS RELAXACIÓN DE RÓTULA CON OSTEOTOMÍA, MAS CONDROPLASTIA PATELAR...CLÍNICA LAS VEGAS POR USO DE ALOINJERTO DR. EDGAR PULIDO...*”

En efecto, a la clínica las Vegas llegó la paciente el **07 de noviembre de 2019** y, ese mismo día, fue llevado a cabo el procedimiento quirúrgico (cfr. p. 145 pdf. 02), de allí en adelante, en dicho centro hospitalario, se ejecutó toda la atención posquirúrgica, retiro de puntos, fisioterapia y cita de control con rx, que generaron las respectivas incapacidades.

Para **enero del año 2020**, al término de la primera incapacidad postquirúrgica, es donde regresa la paciente a **Sinergia IPS** y durante ese primer trimestre de 2020, la atención de esta última se centró en prorrogar las incapacidades de la paciente, alternándose la atención con el Centro Nacional de Medicina Laboral Noroccidente, entidad esta última que luego de la revisión de diagnósticos y antecedentes de la paciente señala “*se hacen pertinentes las incapacidades de acuerdo a que aún media tratamiento médico especializado, pueden ser dadas por médicos generales o especialistas. **Se necesita de forma urgente la valoración por ortopedia para definir pronóstico y manejo de su patología...***” (cfr. p. 134 pdf. 02)

Del **20 de marzo de 2020**, en adelante, la conducta de la **IPS Sinergia**, además de brindar prórrogas de las incapacidades por teleorientación -tras el surgimiento de la pandemia-, se centró en reproducir la nota de urgencia de valoración por especialista en ortopedia requerida para la paciente, que vino a

realizarse el **01 de junio de 2020**, donde el mismo especialista que realizó la primera intervención quirúrgica, Dr. Alfonso Pulido, encontró una paciente “*con rigidez articular de rodilla izq. Requiere liberación de adherencias por artroscopia. Plan de manejo: se solicita **autorización de cirugía** (división de cápsula, sinovectomía total por artroscopia, extracción de mos de tibia)*” (cfr. p. 212, pdf. 02).

El **04 de julio de 2020** volvió a consultar con la **IPS Sinergia**, buscando la prórroga de la incapacidad, por lo que la conducta de esta entidad se centró en autorizar las prórrogas, resaltando que la paciente estaba en espera de que la **EPS Coomeva autorizara la cirugía**, permiso que vino a darse en **septiembre de 2020**, para realizarse en octubre de 2020, siendo luego reprogramada para **noviembre 7 de 2020** (cfr. p. 268 pdf. 02) y, llevada a cabo el **12 de noviembre de 2020** (cfr. p. 274 pdf. 02).

Al igual que en enero de 2020, para **enero del año 2021**, al término de la incapacidad postquirúrgica, la paciente regresa a la IPS Sinergia y durante ese primer trimestre de 2021, la atención de esta última se centró nuevamente en prorrogar las incapacidades de la paciente y, en señalar que también “*estaba a la espera de valoración de medicina laboral la cual cancelaron y está pendiente la reasignación...*” (cfr. p. 307 pdf. 02), situación que vino a ocurrir el **09 de marzo de 2021**, en donde el Centro Regional de Medicina Laboral, luego de valorar nuevamente los antecedentes de la paciente, da cuenta **del pronóstico no favorable de segmento de rodilla izquierda**.

En ese mismo mes de marzo, se presenta nuevamente la paciente a varias consultas en **Sinergia IPS**, para prorrogar la incapacidad y el historial clínico advierte que se está a la espera de la autorización de terapias para cumplir el plan de atención posquirúrgico y proceder a la nueva valoración por la especialidad de ortopedia, lo que vino a ocurrir el **07 de abril de 2021** (cfr. p. 333 pdf. 02) en donde el Dr. Alfonso Pulido, revisó un paraclínico realizado de forma particular por la paciente el 10 de marzo de 2021 (cfr. p. 347 pdf. 02), estudio que concluyó:

CONCLUSIÓN:
Cambios postquirúrgicos de osteotomía de reposicionamiento de la tuberosidad tibial anterior en el momento sin aparente consolidación completa.
Cambios postquirúrgicos de plicatura del ligamento patelofemoral medial y liberación del retináculo lateral de la rótula.
Edema del ligamento patelofemoral medial.
Cambios degenerativos patelofemorales.
Patela alta con condromalacia grado 4 y lesión condral grado 3 del surco troclear.
Material de osteosíntesis en la metáfisis distal del fémur a correlacionar con antecedentes.
Disminución en el tamaño del borde libre del cuerpo del menisco lateral, correlacionar con antecedentes quirúrgicos (meniscectomía parcial?).
Lesión osteocondral del cóndilo femoral lateral.
Tendinosis del tendón patelar.
Edema de la grasa de Hoffa y derrame articular.

Con fundamento en lo anterior, el **26 de abril de 2021**, advirtió el ortopedista Dr. Alfonso Pulido, que la paciente padecía de “*artrosis patelo femoral izq.*”, motivo por el cual requirió un TAC dinámico de rótulas, firmó órdenes de remisión a la clínica del dolor, además, solicitó autorización para una **nueva intervención quirúrgica**: “*se solicita autorización de osteotomía de tibia con fijación interna, aplicación de injerto osteocondrial, chondrofiller, sinovectomía de rodilla izq./ artrosis patelo femoral izq*” (cfr. p. 335 pdf. 02).

De igual manera advirtió que debía darse “*prioridad a la autorización de cirugía por sintomatología y limitación funcional de*

la paciente, debe suspender fisioterapia hasta que se realice la cirugía” (cfr. p. 337 pdf. 02). Luego de esta fecha, la atención de la **IPS Sinergia** se reduce nuevamente a la prórroga de incapacidades y advertir de la programación de la cirugía por parte de la EPS, la que, según se narra en la demanda, no había sido autorizado a la fecha de su presentación el **01 marzo de 2022**.

Partiendo entonces del estudio de todo este contexto clínico de la paciente **Valencia Osorio**, no se observa la forma en que la intervención de la **IPS Sinergia** pudo influir en su actual diagnóstico, sobre todo, porque se pudo establecer que ese padecimiento no fue desarrollado de forma espontánea, sino que obedeció a un proceso de desgaste natural de rodilla que ocurre a lo largo de los años para llegar al grado IV que es el más severo, nótese cómo el mismo perito experto en valoración del daño corporal que trajo como prueba la parte demandante, señala que *“es inexplicable cómo en la gravedad y clasificación de **una condromalacia no se adviertan desde las primeras consultas en años 2011, 2012, 2013 y hasta 2016** grado o clasificación de la misma, es más, el diagnóstico de condromalacia solo se viene a establecer a finales de 2017, **no es coherente con el proceso natural de deterioro de una rodilla, que acorde con su presentación clínica pasa de una grado 1 inicial a un grado 4 (el más severo) algo que pudo detectarse en sus estadios iniciales y no dejarle llegar a su grado más severo...”** (cfr. p. 419 pdf. 02)*

Lo que se logra inferir de esta literalidad, es que en parte alguna se compromete el experto en valoración corporal a dictaminar que el progreso y deterioro de las articulaciones de la

rodilla, tuvo como causa la demora en la atención suministrada **a partir del año 2017** en adelante y, por ende, atribuible a la **IPS Sinergia**.

Ciertamente, el experto concluyó que “...hubo demoras no explicables de atención médica, remisión a especialista, tardanza para ordenar exámenes de tac o resonancia de rodilla...” y que “pasó mucho tiempo para que la enfermedad se diagnosticase”, pero toma como referencia temporal el año **2011 en adelante**, cuando la paciente consultó por “lateralización de rótula en su rodilla izquierda” en la **Unidad Básica de Atención de Belén** (cfr. p. 99 pdf. 02).

Es del caso, entonces, precisar que los hechos que originaron la demanda, por lo menos, en contra de **Sinergia IPS**, no tuvieron un proceso de etiología desde el año 2011 –como erradamente lo convalidó el señor juez en su sentencia- pues, si bien en el escrito genitor se omitió fijar un marco temporal en que se pudo haber brindado una atención defectuosa a la paciente en aquella IPS, no obstante, la historia clínica aportada, suplió esa falencia, para ubicar el litigio al menos frente a la IPS Sinergia en el **año 2017**, específicamente, en el mes de enero. Por esta línea temporal, entonces, en forma alguna es dable indagar y proveer sobre el marco temporal aplicado en la sentencia, en la que se afirma que desde el año 2011 ya la paciente venía con síntomas de la enfermedad en su rodilla, enfermedad que desde ese entonces no había sido diagnosticada, valiéndose del historial de atenciones que narró el actor en su demanda y respaldado por el dictamen pericial y, sobre todo, de las dudas de la demandante en su interrogatorio sobre la IPS en que fue atendida. Pero, bien miradas las cosas, ello no pasa de ser una frágil **insinuación**

acerca de que la enfermedad perduró 6 años sin ser detectada por los galenos de la **IPS Sinergia**.

Por eso, es antinómico que el *a quo* comparta la conclusión del dictamen pericial, donde el experto señala que durante años se realizó un **“manejo conservador”** y **no quirúrgico** como era lo mandatorio, lo que según expone permitió el progreso de la enfermedad durante los años **“2011 a 2016”**, sin ponderar el dispensador de justicia -como ya lo había admitido-, que la atención inició en **Sinergia IPS** en **enero de 2017**, lo que traduce lógicamente no solo que la paciente venía siendo atendida en otra IPS, sino que ese espacio temporal escapaba de la **órbita del objeto prestacional** atribuible a aquella **IPS Sinergia**.

Además, la atención en **Sinergia IPS** fue coherente con la sintomatología que en ese momento presentaba la paciente y con su capacidad institucional, pues, precisamente, fue el médico general de la **IPS Sinergia** y no otro, el único que al valorarla encontró *“Dolor a la palpación de rodillas con crépitos bilaterales, con dolor con la flexión forzada de la rodilla derecha”* (cfr. p. 118 pdf. 02), que lo condujo a ordenar estudios de *“radiografía de omoplato”* y *“ecografía articular”*, **con la finalidad de obtener un diagnóstico certero con un especialista en ortopedia**.

En este punto, entiende el señor juez de primer grado que existieron *“otras cuestiones que también entorpecieron su proceso para la determinación de la patología”*, como, por ejemplo, *“el mal agendamiento del que fue objeto el 19 de marzo de 2021 (folio 312 del pdf 02); cancelaciones de citas sin reprogramaciones (folio 60 del pdf 48) y; protocolos administrativos que le impedían, por un lado, a la accionante, acceder a los servicios de salud y, por otro,*

a los médicos prescribir el mejor tratamiento para la paciente...”; sin embargo, había que parar mientes por el *a quo* en que el mal agendamiento en nada influyó en una mala o tardía atención de la paciente, pues si bien es cierto el historial clínico consigna “*paciente mal agendada*”, no obstante, la teleconsulta se llevó a feliz término ese mismo 19 de marzo, se prorrogó la respectiva incapacidad por 8 días y se dio la indicación de ser valorada por ortopedia y definir conducta médica (cfr. p. 321 pdf. 02).

Lo demás, como la misma sentencia lo expresa, obedeció a demoras en protocolos administrativos atribuibles única y exclusivamente a la EPS Coomeva, en relación con sus obligaciones contractuales para con su afiliada, tema sobre el cual se volverá a renglón seguido. Por ahora, la pregunta que surge es si la sentencia calificó la demora de seis (6) meses para valorar los resultados de la ecografía articular como una *dilación* imputable a la **IPS Sinergia**, tampoco tuvo en cuenta que requería de autorización de la EPS Coomeva y que, como ya vimos, debido a la tardanza de la EPS para ordenar la práctica de la ecografía articular, ocasionó que apenas viniera a practicarse en **julio 25 de 2017**, mientras que, para el **04 de agosto de 2017**, es decir, 10 días después de practicada dicha ecografía, ya estaba en revisión en la IPS y fue donde se consignó la nota prioritaria dirigida a la EPS para la valoración por la especialidad de ortopedia.

Tampoco el dictamen expuso los beneficios para la salud de la paciente que la práctica inmediata de ese examen diagnóstico hubiere tenido, como no podía hacerlo, dado que, para **enero de 2017**, incluso, antes de ser examinada por el médico general de la **Sinergia IPS**, ya la enfermedad había progresado a *estadio IV*,

lo que explica por qué el trabajo pericial recrimine que el avance de la enfermedad se permitiera desde años anteriores al 2017, al no tratarse por la especialidad de ortopedia desde el inicio de la manifestación del desgaste articular en los primeros años, de modo que: **“Si en los 2 primeros años, 2011, 2012, 2013, no hubo una mejora sustancial de su cuadro clínico, exigía valoración por ortopedia. De haberse evaluado por este especialista con seguridad no se hubiera tardado tanto para establecer un diagnóstico concreto y temprano de su real condición acorde con estudios de imágenes de mayor sensibilidad para tejidos blandos de la misma (Eco, TAC y Resonancia)”** (cfr. p. 420 pdf. 02).

Por eso, no podía pasarse a concluir que, de haberse practicado el examen diagnóstico inmediatamente y sin auscultar sobre el motivo del dolor y el posible compromiso articular de las rodillas por el médico general de la **IPS Sinergia en enero del año 2017**, el resultado habría sido otro, **pues hay todo un largo trecho científico de por medio que la prueba no recorrió para llegar a esa conclusión**, por consiguiente, no es posible que el Tribunal se arrogue facultades científicas o haga surgir indicios indefendibles, para llegar a conclusiones o inferencias de responsabilidad que la prueba no refleja. Ni si quiera, por aplicación del principio de **res ipsa loquitur**.

En ese sentido, la consecuencia de la fallida demostración de la relación causal propia de la responsabilidad civil demandada, conlleva la absolución de **Sinergia IPS** de la pretensión indemnizatoria y, por ende, pierden legitimidad las desavenencias que dicen las aseguradoras llamadas en garantía **Chubb Seguros Colombia S.A. y Axa Colpatria Seguros S.A.**

aquí recurrentes, les produjo la decisión del funcionario, por evidente sustracción de materia.

8. Sobre la responsabilidad de la EPS Coomeva En liquidación.

Por este flanco, advierte inicialmente la aseguradora **Seguros Confianza S.A.**, en calidad de llamada en garantía, que las EPS tienen unas funciones plenamente descritas en la ley 100 de 1993, que en ningún momento fueron incumplidas o desacatadas conforme los hechos por los que se promueve este litigio.

Bien, no existe duda alguna que la actora **Licet Margoth Valencia Osorio** estuvo afiliada a **Coomeva EPS** por lo menos desde el año 2011 y como tal, entre 2011 a 2016 fue atendida con terapias y medicamentos -manejo conservador- en diversas IPS hasta que, en **enero de 2017**, por virtud de la atención en **Sinergia IPS** fue sugerido el diagnóstico de daño articular en la rodilla izquierda y, posteriormente, estando por fuera del marco prestacional de esta IPS, el **16 de julio de 2018**, a través de la especialidad de ortopedia, surgió la necesidad del procedimiento quirúrgico para su tratamiento, el cual vino a ejecutarse en **noviembre de 2019**, punto en el cual el experto señala que: ***“...hubo un retraso en la atención quirúrgica no sustentable medicamente de 16 meses. La tardanza quirúrgica por situaciones que no quedan claras, se interpretan como posibles de origen administrativas, lo cual no es el deber ser de la atención a los pacientes con criterios de calidad y seguridad de la atención”*** (cfr. p. 420 pdf. 02).

Más adelante se le indaga al experto que, como quiera que no bastaron las 30 sesiones de terapia posteriores a la primera cirugía “¿considera que el tiempo entre la solicitud médica de realización de la segunda cirugía y la realización de la misma fue prudente? O ¿pudo este intervalo de tiempo continuar afectando el estado de salud de la paciente?” a lo que contestó “desde el 1/06/2020 hasta el momento de la segunda cirugía, esto fue el 12/11/2020 – Procedimiento de artroscopia con sinovectomía de rodilla total (tricompartimental), **transcurrieron 5 meses 11 días**, se **considera prolongado**, además de **la falta de oportunidad ante la insistencia del ortopedista tratante**. El dolor asociado y las dificultades de la realización de las terapias confluyeron para que esa rodilla de pegar aún más (sic), perdiendo el eje de flexión...”.

Aquí sí se hace evidente una atención deficiente que, a voces del mismo experto, contribuyó al incremento de las complicaciones del evento agudo de “condromalacia patelar bilateral **grado IV**” y “luxación” sufrido por la paciente, por el tardío protocolo de atención brindado a la señora Valencia Osorio, lo que estructura un incumplimiento de la *lex artis* o buen hacer médico.

En este sentido, continúa el experto “Los 16 meses transcurridos entre 16/07/2018 en que se solicita autorización quirúrgica en clínica las Vegas y su realización el día 7/11/2019 **demuestran un peor resultado**. Para llegar a un estadio 3 de lesión condral y una condromalacia grado 4, **sin detectar a tiempo los estados iniciales de la enfermedad hizo que se perdiera tiempo valioso para su recuperación.... No hubo una atención oportuna**, en especial antes de que se declarase

la pandemia por el Covid 19, esto es **no había razones para la no atención oportuna por el cirujano ortopedista, la realización de la cirugía, el plan de terapia física posterior a la segunda cirugía, el seguimiento de la condición por medicina laboral, la calificación por la AFP...Los errores técnicos que se observan en la atención es la ausencia de un buen programa de rehabilitación física posterior a la misma en frecuencia, oportunidad y trabajo en equipo entre el ortopedista, su eps, el área de terapia física. No es comprensible que se esgrima por el prestador, problemas de convenio/contratación (generalmente por falta de pago) de la EPS...**" (cfr. p. 422 pdf. 02)

Por consiguiente, mientras la enfermedad progresaba, con aumento en la frecuencia de las consultas y el fuerte dolor que se irradiaba en toda la estructura articular de la rótula izquierda de la paciente, la EPS solo indica que dio la autorización requerida, pero no se excusa de la prolongación y no ejecución del tratamiento quirúrgico en la oportunidad requerida para el padecimiento. Por eso, la Corte Suprema de Justicia, en estos casos de demoras injustificadas en la atención, ha insistido en que **"el tratamiento debe comenzar a la brevedad que las circunstancias lo reclamen, tanto más en cuanto su eficacia dependa de la prontitud con la que actúe sobre la persona"**⁷

Recuérdese además que la vinculación del usuario a las EPS se hace a través de un contrato, mismo que no puede terminarse en forma unilateral por parte de la EPS (artículo 183) en cuyo objeto aquella entidad le garantiza la prestación del servicio de

⁷ CSJ. Sentencia del 8 de agosto de 2011 con ponencia del Magistrado doctor Pedro Octavio Munar Cadena.

salud, pero no cualquiera, sino la que el conocimiento del hombre, la ciencia y la técnica han alcanzado como óptima, por lo tanto, las EPS son responsables por cualquier incumplimiento de su deber de garantizar la calidad y eficiencia o **retardo culposo** de los servicios de salud, como se dijo, **sin que importe para ello si lo prestan directamente** o por intermedio de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que hacen parte de su red de servicios o de profesionales de la medicina vinculados a estas. En consecuencia, si la deficiente prestación del servicio de salud causa daño al paciente o a sus familiares, **la EPS está obligada a indemnizarlo, como que es ella principalmente la que ha contraído la obligación de la prestación del servicio a sus afiliados.**

Acorde a lo anterior, mal podría entonces hallarse acreditada una causa extraña, siendo que la exigencia de papelería es el único material probatorio que tiene la EPS para fundamentarla. De suerte que, los argumentos ofrecidos por la aseguradora llamada en garantía, no tienen los ribetes necesarios para enervar la responsabilidad atribuida en la demanda a su asegurada y, en tales términos, se confirmará la sentencia impugnada.

9. Sobre el llamamiento en garantía a Seguros Confianza S.A. y la afectación de las pólizas 001060, 001136 y 001197 de responsabilidad civil profesional médica, contratadas por Coomeva EPS.

Por este sendero, recalca la aseguradora que no hay lugar a afectar las pólizas expedidas por falta de cobertura temporal, en tanto que la modalidad de la misma es “*por ocurrencia*” y para el

caso en particular los hechos que se discuten dentro proceso de responsabilidad acaecieron desde el año 2011.

Al respecto, vemos cómo la sentencia expone que las pólizas 001060, 001136 y 001197 a cargo de Seguros Confianza S.A en favor de Coomeva EPS, con **vigencia del 2016 al 2019**, “*resultan válidas*” para el asunto “...*teniendo en cuenta que los hechos que se reclaman, tuvieron ocurrencia desde el año 2011 en adelante*...” (cfr. p. 26 pdf. 87), pero dejó de lado importantes razonamientos acerca de la cobertura temporal de la póliza, como con acierto lo reclama la compañía aseguradora.

La pregunta que se quedó sin responder por parte del funcionario es si ¿se configuró el siniestro durante la vigencia del contrato de seguro? La tesis de la Sala es que sí y, por tanto, en este punto deberá confirmarse la sentencia.

Es que según el momento en que se origina la obligación del asegurador de indemnizar al beneficiario por el acaecimiento del siniestro, éste se clasifica por ocurrencia, por descubrimiento y por reclamación, eventos que se pueden definir así:

POR OCURRENCIA: “*En las pólizas que establecen el siniestro por ocurrencia, se mira el momento mismo en que ocurre el hecho externo que... debe cuadrar totalmente con el amparo consignado en la póliza. Este hecho objetivo y simplemente considerado, se constituye para todos los efectos del contrato de seguro, en el siniestro que da origen al nacimiento de la obligación del asegurador de indemnizar.*”

POR DESCUBRIMIENTO: “Ocurre que en algunos ramos de seguro, como el de la infidelidad y riesgos financieros y en el ramo de manejo, en los que se amparan las conductas fraudulentas cometidas por los empleados en contra del asegurado, como pueden ser los hurtos continuados, desfalcos, fraudes por computador, etc. no es posible determinar con exactitud el momento en que estos ocurrieron, a más de ser un tipo de delitos que no se dan instantáneamente, sino que se prolongan... lo que conlleva a muchas dificultades frente al seguro, ya que es posible que a pesar de que la defraudación se esté cometiendo, no se entere' o tarde tiempo en tener el conocimiento de la defraudación en su contra, lo que implica múltiples dificultades para el asegurador en la demostración de la pérdida y la cuantía, e igual también para la aseguradora, por la dificultad en establecer a qué póliza afecta el siniestro, a qué vigencia, e inclusive a qué asegurador o reasegurador cuando ha habido cambio de este durante el tiempo en que venía haciéndose la defraudación...”.

POR RECLAMACIÓN: “En el ramo de la responsabilidad civil, donde se ampara el patrimonio del asegurado cuando este infiere un daño que deba reparar a un tercero o víctima surgió con la Ley 389 de 1997, la posibilidad de que se asegure el que este tercero o víctima le reclame al asegurado la indemnización de los perjuicios causados. En este evento se mira, no ya cuando ocurrió el hecho, sino el momento en que le es reclamada judicial o extrajudicialmente al asegurador, la indemnización por los daños causados”⁸.

⁸ Las citas son de Amador Rosas, Fernando (2007), “El siniestro. Algunos aspectos técnicos y jurídicos”, en Seguros. Temas esenciales, Universidad de La Sabana y ECOE, Bogotá.

En este particular, las pólizas vinculadas al proceso tenían las siguientes vigencias pactadas:

i) Póliza 03RC001060:

ITEM	BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS									
	DIRECCIÓN:									
	VIGENCIA							CIUDAD		
	DD MM AAAA			DD MM AAAA				ANTERIOR		VALOR A
	DESDE 01 10 2016			HASTA 01 10 2017						ESTA M
	INTERMEDIARIO				COASEGURO					
	%	NOMBRE			COMPAÑIA			%		
	100.00			DELIMA MARSH S.A. CORR						

ii) Póliza 03RC001136:

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS										C.C. O NIT		
DIRECCIÓN: 0										CIUDAD: 0		
VIGENCIA										VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA				DD MM AAAA				ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		
DESDE 25 10 2017				HASTA 25 10 2018								
INTERMEDIARIO				COASEGURO								
%	NOMBRE			COMPAÑIA				%			TRM	MOTIVO
100.00	DELIMA MARSH S.A. CORR										PRIMA	PERCENTUAL
											CARGOS DE EMISIÓN	PERCENTUAL
											IVA	PERCENTUAL

iii) Póliza 03RC001197

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS									
DIRECCIÓN: 0									
VIGENCIA									
DD MM AAAA				DD MM AAAA				ANTERIOR	
DESDE 25 10 2018				HASTA 25 10 2019					
INTERMEDIARIO				COASEGURO					
%	NOMBRE			COMPAÑIA				%	
100.00	DELIMA MARSH S.A. CORR								

Al confrontar entonces todo el contexto fáctico hasta aquí dilucidado con el tejido contractual aseguraticio, correspondía considerar que el artículo 1073 del Código de Comercio **obliga a la aseguradora a responder si el siniestro iniciado en vigencia del seguro** finalmente consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, entiéndase interés asegurado, **así esto suceda con posterioridad al término del seguro** y, a contrario sensu, la

compañía **no debe responder** cuando el siniestro se **inicia antes** y continúa después que **los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del asegurador**, como claramente lo consagra el inciso segundo de la norma en cita, todo, en razón a que, en sana lógica, el riesgo en este último caso no existiría, pues no se podría hablar de riesgo frente a un fenómeno ya cumplido.

Contrario entonces a lo que discute la aseguradora recurrente, la causa que configuró la **ocurrencia del siniestro** no es la fecha en que se estructuró la pérdida de capacidad laboral el **26 de abril de 2021** ni tampoco desde 2011, como lo malentendió el funcionario de primer grado, pues, más allá que, desde esta última anualidad, cuando la enfermedad estuvo en sus “*estadios iniciales*”, no se hubiera detectado por las IPS entonces tratantes la necesidad de un tratamiento **quirúrgico**, ahora lo que se enrostra a la EPS Coomeva en liquidación, es que, ordenadas cada una de las cirugías por la especialidad de ortopedia: en **julio de 2018** la primera; **01 de junio de 2020** la segunda y, el **26 de abril de 2021** la tercera, debió la EPS Coomeva autorizar y disponer de inmediato la práctica de cada uno de esos procedimientos cuanto antes y no ponerse en esa especie de rifirrafe con la paciente, acerca de si las autorizaba o no, según se registra en la historia clínica, pues, las discusiones de tipo administrativo debían ceder el paso ante la necesidad de la práctica de la cirugía, que a no dudarlo y dado el tiempo transcurrido del diagnóstico de la patología, se hacía más que evidente la prioridad del tratamiento quirúrgico y de los resultados y ello, fue un factor contribuyente o causal en el resultado, sin contar con que, a la fecha de la sentencia, no se había autorizado el tercer procedimiento quirúrgico ordenado por el ortopedista.

Todo este acontecer se erige como percutor del **fenómeno constitutivo del siniestro** previsto en el contrato de seguro de responsabilidad civil profesional médica y es detectable en un espacio temporal específico como lo es **julio de 2018 en adelante**, calenda para la cual estaban vigentes las pólizas **03RC001136** y **03RC001197**, cuyo objeto se estableció para “...INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE EN VIRTUD DE LA **RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL** Y EXTRA CONTRACTUAL EN QUE PUDIERE INCURRIR, **DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD...**” bajo la “MODALIDAD: OCURRENCIA”, no obstante haberse vencido el contrato de seguro.

En consecuencia, es claro que aquí confluyen los requisitos para afectar las pólizas mencionadas, como son: **i)** la existencia de un contrato de seguro que sin ambages ampare la responsabilidad del asegurado, en este caso, tanto la contractual como la extracontractual, para que de ahí surja la obligación de indemnización para la compañía de seguros; **ii)** la responsabilidad del asegurado y, **iii)** el daño y su cuantificación.

Por modo que no hay obstáculo para concluir que la aseguradora debe asumir con cargo a la afectación del 100% de las **pólizas**, la indemnización por los daños materiales e inmateriales, hasta el monto pactado, con el respectivo deducible del 10% para el amparo de “*responsabilidad civil profesional*” (cfr. p. 64 y 73 pdf. 31), dichas pólizas tienen un monto de cobertura suficiente para responder por el valor total de los daños

demostrados y tasados, sin que se advierta la posibilidad de exceder los límites de cobertura y demás términos y condiciones del contrato de seguro.

Aquí, reclama la aseguradora recurrente que las pólizas expedidas por Seguros Confianza operan en exceso de las pólizas propias que debían tener contratadas las IPS y los médicos adscritos a **Coomeva EPS**, pero se olvida que el evento afectado es el directo, sistémico y derivado de la “**ACTIVIDAD COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**”, en consecuencia, no hay lugar a cavilar sobre la posible afectación de un límite primario a cargo de otra póliza distinta, para habilitar la operancia del amparo previsto en las pólizas **03RC001136** y **03RC001197** contratadas por **Coomeva EPS** en los términos señalados.

Además, la compañía aseguradora deberá responder por el pago de las agencias en derecho y costas del proceso, los que se entienden cubiertos por la póliza aún en exceso del monto o valor del riesgo asegurado (art. 1128 código de comercio).

10. Actualización de la condena impuesta en la sentencia.

Por, último, en estricta aplicación del art. 283 del CGP, inciso segundo se deberá “...*extender la condena en concreto hasta la fecha de la sentencia de segunda instancia, aun cuando la parte beneficiada con ella no hubiese apelado...*”.

El señor Juez tomó como base la suma de **\$1.035.000** dado que es el valor indicado por Famicrédito Colombia S.A., en la certificación laboral expedida el **21 de junio de 2021** respecto de su empleada Licet Margoth Valencia Osorio, quien se desempeñaba como Analista de crédito en la entidad desde el año 2014 (folio 477 del pdf 02), suma que por virtud de la aplicación de cálculos actuariales vigentes a través de la indexación equivalen a **\$1.526.279** mensuales.

Establecido de esa manera el ingreso salarial que percibía el activo procesal por el desarrollo de su actividad como analista de crédito, quiere decir que dada la disminución en la habilidad para trabajar, la actora tuvo una pérdida económica en concreto de **\$811.827**, que corresponde al **53.19%** de la totalidad de lo probado como ingresos mensuales, que multiplicados por los **62 meses** transcurridos desde que se calificó la pérdida de capacidad laboral (abril de 2021) hasta la fecha de esta sentencia (junio de 2026), aplicando la respectiva formula que se simboliza así:

$$VA = LCM \times Sn.$$

Donde,

VA =Valor actual a la fecha de la liquidación.

LCM =Lucro cesante mensual.

Sn = Valor acumulado de una renta periódica de 1 peso que se paga n veces, a una tasa de interés i por período.

i= interés puro o técnico

$$Sn = \frac{(1 + i)^n - 1}{i}$$

Siendo,

i = interés legal (6% anual)

n = número de pagos

entonces,

$$\text{\$811.827} = \frac{(1 + 0.004867)^{62} - 1}{0.004867}$$

Luego,

$$VA = LCM \times S_n$$

Arrojaría el siguiente valor:

VA= **\\$811.827** x **72,16**= **\\$58.581.436**, por concepto de **lucro cesante pasado**

10.1 Lucro cesante futuro.

Esa última suma mensual, que al tiempo de la liquidación equivale a **\\$811.827**, se usará para calcular el concepto futuro. Se partirá desde la fecha de esta sentencia, que es el hito temporal hasta donde tasó el lucro cesante consolidado, fecha para la cual la actora Licet Margoth Valencia cuenta con 35 años de edad⁹, luego, de acuerdo con la resolución número 0110 del 2014, emitida por la Superintendencia financiera, su expectativa de vida es de 49 años, equivalentes a **588 meses**, por liquidar.

Se toma la erogación porcentual de **\\$811.827**, descontando una tasa de interés puro del 6%, de acuerdo con el número de mesadas a indemnizar: $VA = LCM \times Ra$.

⁹ Nació el 20 de octubre de 1990 (cfr. p. 62 pdf. 02)

Donde,

VA = Valor actual del lucro cesante futuro

PCM = Pérdida cesante mensual

Ra = descuento anual

$$Ra = \frac{(1 + i)^n - 1}{i (1+i)^n}$$

$$VA = \$811.827 \times \frac{(1 + 0.004867\%)^{588} - 1}{0.004867\% (1 + 0.004867\%)^{588}}$$

VA = **\$811.827 x 193,638= \$157.200.556**, por concepto de **lucro cesante futuro**

Los perjuicios extrapatrimoniales al estar tasados en salarios vigentes, excluye la aplicación de otro tipo de *index*.

11. Costas.

Las de segunda instancia, quedan a cargo de la compañía aseguradora Seguros Confianza S.A., a favor de la parte demandante, tras la resolución desfavorable de su recurso, sin que haya lugar a costas en favor de las llamadas en garantía **Chubb Seguros Colombia S.A. y Axa Colpatria Seguros S.A.** aquí recurrentes, puesto que, a pesar de la prosperidad de su recurso, no obstante, no fue la demandante quien las llamó en garantía; además, que la IPS que las llamó salió absuelta en segunda instancia.

Las de ambas instancias se imponen a la parte demandante a favor de **Sinergia IPS**, tras la prosperidad del recurso y, por ende, frente al decaimiento de las pretensiones en su contra.

Así, sin necesidad de más consideraciones, la **Sala Cuarta de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

III. Falla:

Primero. De la sentencia del pasado **22 de julio de 2025** proferida por el Juzgado Veinte Civil del Circuito de Oralidad de Medellín:

i) Se **Revocan Parcialmente** los numerales “**Primero**”, “**Segundo**”, “**Tercero**”, “**Cuarto**” “**Quinto**” y “**Sexto**” de la parte resolutive, para, en su lugar, absolver de las pretensiones a **Sinergia Global en Salud S.A.S (Sinergia IPS)** y, por contragolpe, a las aseguradoras llamadas en garantía **Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb Seguros Colombia S.A. y Allianz Seguros S.A.**, lo anterior, de conformidad con las consideraciones en que está sustentada esta providencia.

ii) El numeral “**Tercero**” se modifica para actualizar las condenas impuestas a favor de la señora **Licet Margoth Valencia Osorio**, las cuales quedan así: **\$58.581.436**, por concepto de **lucro cesante pasado** y, la suma de **\$157.200.556**, por concepto de **lucro cesante futuro**.

Los perjuicios extrapatrimoniales al estar tasados en salarios vigentes, excluye la aplicación de otro tipo de *index*.

Segundo. Se condena en costas de **ambas instancias** a la parte demandante en favor de **Sinergia Global en Salud S.A.S.**

(Sinergia IPS) tras la prosperidad del recurso y, por ende, el decaimiento de las pretensiones en su contra. Para el efecto, tásense las agencias en derecho de primera instancia por el funcionario. Las de segunda instancia serán fijadas en su momento por el Magistrado sustanciador.

Se condena en costas de **segunda instancia** a la compañía aseguradora **Seguros Confianza S.A.**, a favor de la parte demandante, tras la resolución desfavorable de su recurso. Para el efecto, las agencias en derecho serán fijadas en su momento por el Magistrado sustanciador.

Tercero. Cumplida la ritualidad secretarial de rigor, devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y DEVUÉLVASE

JULIÁN VALENCIA CASTAÑO
Magistrado

PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
Magistrada

BENJAMIN DE J. YEPES PUERTA
Magistrado

Firmado Por:

Julian Valencia Castaño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Benjamin De Jesus Yepes Puerta
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Piedad Cecilia Velez Gaviria
Magistrada
Sala 002 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

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: **17d46023e29e6d2e1316c9c6fac3884a7a6367c00308fa9a8067722ded6d6954**

Documento generado en 15/07/2026 11:30:08 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>