

**FALLA DEL SERVICIO HOSPITALARIO - Obligación de seguridad. Pacientes / RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA - Eventos adversos / PRESTACION DEL SERVICIO PUBLICO SANITARIO Y HOSPITALARIO - Eventos adversos / EVENTO ADVERSO - Definición / ATENCION MEDICO ASISTENCIAL - Evento adverso. Noción / SERVICIO DE SALUD - Naturaleza. Finalidad / RESPONSABILIDAD POR EVENTOS ADVERSOS - Supuestos / SEGURIDAD HOSPITALARIA - Alcances / OBLIGACION DE SEGURIDAD - Hospitales en general / DAÑO ANTIJURIDICO - Eventos adversos**

El evento adverso ha sido entendido como aquel daño imputable a la administración por la atención en salud y/u hospitalaria, que no tiene su génesis u origen en la patología de base del paciente, y que puede desencadenar la responsabilidad de los prestadores del servicio de salud –entendidos en sentido genérico–, desde diversas esferas u órbitas legales. El servicio público sanitario y hospitalario no sólo está circunscrito a la prestación o suministro de los denominados “acto médico y/o paramédico”, es decir, la atención dirigida o encaminada a superar o aliviar una enfermedad a partir de la valoración de los síntomas y signos evidenciados con el objetivo de restablecer la salud del paciente, sino que comprende otra serie de obligaciones principales como la de seguridad, cuidado, vigilancia, protección y custodia de los usuarios. Los eventos adversos, como incumplimiento de la obligación de seguridad y vigilancia, se localizan en el campo de los actos extramédicos toda vez que es en este ámbito en que se pueden materializar los posibles riesgos o circunstancias que sean configurativas de eventos de responsabilidad de la administración sanitaria que no se relacionan con la patología de base; en consecuencia, el deber que se desprende de esa relación jurídica consiste en evitar o mitigar todo posible daño que pueda ser irrogado al paciente durante el período en que se encuentre sometido al cuidado del centro hospitalario. En esta oportunidad la Sala propugna por un conocimiento unívoco de la obligación de seguridad, sin que sea viable escindirla en los términos fijados por la Corte Suprema de Justicia, como quiera que la misma lleva aparejados deberes propios como los de custodia y vigilancia, sin que esta precisión se erija como óbice para el cumplimiento de los mandatos del artículo 7º de la Resolución No. 741 de 1997, del Ministerio de la Protección Social que establece el imperativo de las instituciones y empresas prestadoras de servicios de salud de establecer procedimientos y estándares especiales de seguridad para los usuarios de: i) sala de partos; ii) recién nacidos; iii) hospitales psiquiátricos; hogares geriátricos y iv) centros asistenciales para discapacitados, en garantía del principio de igualdad material reforzada a que hace referencia el inciso tercero del artículo 13 y el artículo 50 de la Carta Política. Así las cosas, debe precisarse que la obligación de seguridad es una sola y, por consiguiente, es comprensiva de diversas actividades como las de: protección, cuidado, vigilancia y custodia. De otro lado, el hecho de que el servicio de salud sea suministrado por clínicas psiquiátricas no muta o transforma la obligación de seguridad, puesto que todo centro hospitalario tiene como finalidad principal la protección de la integridad de sus pacientes. Los eventos adversos configuran daños antijurídicos que pueden ser imputados a las entidades de salud por el incumplimiento de las obligaciones de seguridad que son inherentes a la prestación del servicio público sanitario y hospitalario; esta prestación es de carácter principal y autónomo; se relaciona con la ejecución de los denominados actos extramédicos, esto es, con aquellas prestaciones que no tienen que ver con el tratamiento de patología de base, ni con la preparación o manejo posterior a la ejecución del acto médico, y comprende las actividades de vigilancia, custodia, cuidado y protección de los pacientes. La Sala precisará su tesis (contenida en la sentencia del 28 de septiembre de 2000, exp. 11405) en relación con la forma de resolver controversias originadas en la producción de situaciones que presupongan el

incumplimiento o desconocimiento a la obligación de seguridad, denominadas por la doctrina y ciencia médica como “eventos adversos”, toda vez que el matiz de la mencionada obligación dependiendo de si el establecimiento hospitalario es o no una institución especializada para enfermos mentales, deviene inapropiada, máxime si todos los centros hospitalarios están compelidos al cumplimiento de unos parámetros mínimos de seguridad del paciente, cuyo incumplimiento desencadena la responsabilidad patrimonial, al margen de si la prestación se relacionaba con el cuidado y vigilancia del enfermo. En efecto, la distinción jurisprudencial que se recoge en esta ocasión ha servido de base para que se entienda que la obligación de seguridad es disímil a la de cuidado y vigilancia, estando esta última sólo a cargo de los hospitales psiquiátricos, lo que, se itera, no resulta acorde con un juicio de razonabilidad y proporcionalidad. Así las cosas, un análisis apropiado de la obligación de seguridad permite entenderla como un concepto unívoco al que están obligados legal y reglamentariamente todas las instituciones de salud sin distinción alguna, y cuya inobservancia genera la imposición de sanciones y, consecuentemente, la declaratoria de responsabilidad patrimonial de los prestadores del servicio, lo que presupone un juicioso y estricto análisis de imputación fáctica, especialmente la ocurrencia o no de una causa extraña como quiera que la mayoría de esos daños tienen su génesis en circunstancias que, por lo general, resultaban previsibles y resistibles para las instituciones de salud (v.gr. el hecho de un tercero o el hecho exclusivo y determinante de la víctima), en cuyo caso se impondrá la declaratoria de responsabilidad de la administración sanitaria y hospitalaria.

**FUENTE FORMAL:** MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL - RESOLUCION N° 1446 DE 2006

**NOTA DE RELATORIA:** Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencias del 12 de septiembre de 1985, MP. Horacio Montoya Gil y de 1 de febrero de 1993, MP. Carlos Esteban Jaramillo Schloss. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 21 de enero de 1993, MP. Daniel Suárez Hernández; de 28 de septiembre de 2000, Rad. 13122, MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez; de 29 de septiembre de 2000, Rad. 11405, MP. Alier Eduardo Hernández Enríquez y de 8 de julio de 2009, Rad. 16639, MP. Enrique Gil Botero.

**FALLA DEL SERVICIO HOSPITALARIO - Obligación de seguridad. Inexistencia / SEGURIDAD HOSPITALARIA - Muerte violenta de paciente / MUERTE VIOLENTA DE PACIENTE HOSPITALIZADO - Evento adverso. Hecho de un tercero**

Heyner Hernández Acosta ingresó al Hospital San José de Buga, el 3 de diciembre de 1993, después de un atentado con arma de fuego que le causó heridas de consideración en el cuello, el móvil del atentado se desconoce. En la madrugada del 5 de diciembre siguiente, fue asesinado en una habitación del segundo piso del Hospital. No fue posible establecer cómo el autor o los autores del hecho penetraron hasta ese sitio y cometieron el delito. Está demostrado, además, que el atentado con arma de fuego fue reportado a la policía, por medio del agente de turno que se encontraba en el servicio de urgencias del hospital, al momento de ingresar el paciente. Por otra parte, se encuentra acreditado que el establecimiento hospitalario tenía una amplia protección a la hora en que se desarrollaron los hechos, toda vez que habían dispuestos guardias de seguridad no sólo en la entrada principal sino también en el servicio de urgencias; someter a la institución sanitaria a aumentar en el caso concreto el cuidado y la seguridad concretos del paciente sería desbordar la obligación de seguridad, para mutarla en

una de resultado lo que desconocería el principio de relatividad de la falla del servicio, máxime si el centro médico había dado parte de lo sucedido a la Policía Nacional, en quien se radicó el deber de protección en concreto. Si bien es claro que, luego de ser internado en el Hospital San José de Buga, Heyner Hernández Acosta, no contó con protección especial, ya fuera por el centro de salud o por la policía, no resulta suficiente para concluir que su muerte es imputable al hospital demandado, precisamente, porque la obligación de seguridad no tiene la condición de resultado y, por lo tanto, el hecho de que se contara con vigilancia en las tres entradas, que éstas se cerraran a las ocho de la noche, y que el servicio de urgencias tuviera protección durante las 24 horas. Como corolario de lo anterior, es posible afirmar que el hospital sí cumplió con la obligación de seguridad respecto del paciente internado, motivo por el que el daño no le deviene imputable. Conforme a lo anterior, se tiene que la muerte de Heyner Hernández Acosta fue causada por un tercero, extraño a la institución demandada, situación por demás imprevista e irresistible para el hospital demandado, puesto que éste cumplió con el estándar de protección y cuidado que se desprendía de la obligación de seguridad que se encuentra radicada en cabeza de todo centro hospitalario. Tampoco se tiene por demostrado que la acción de ese tercero fue facilitada por una acción u omisión de miembros de la entidad sanitaria demandada; tal situación no se presenta en este caso.

## **CONSEJO DE ESTADO**

### **SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO**

#### **SECCION TERCERA**

**Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO**

Bogotá, D.C., diecinueve (19) de agosto de dos mil nueve (2009)

**Radicación número: 76001-23-24-000-1995-00079-01(17733)**

**Actor: BLANCA EDILSA HERNANDEZ ACOSTA Y OTROS**

**Demandado: NACION-MINISTERIO DE MINISTERIO DE SALUD;  
DEPARTAMENTO DEL VALLE-SERVICIO SECCIONAL DE SALUD;  
HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**

**Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA**

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia de 29 de septiembre de 1999, proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, en la que se negaron las pretensiones de la demanda.

#### **I. Antecedentes**

1. En demanda presentada el 30 de noviembre de 1995, Blanca Edilsa Hernández Acosta; Martha Isabel Hernández Prado y Alfonso Hernández García, actuando en

nombre propio y en representación de su hija menor Sandra Milena Hernández Galeano, solicitaron que se declarara patrimonialmente responsables a la Nación - Ministerio de Salud-, Departamento del Valle -Servicio Seccional de Salud- y Hospital San José de Buga, por la muerte de su hijo y hermano Eyner Hernández Acosta, ocurrida el 5 de diciembre de 1993, cuando se encontraba internado en el último centro de salud referido, donde fue baleado lo que le produjo la muerte.

Como consecuencia de la anterior declaración pidieron que se condenara a la demandada, al pago por concepto de perjuicio moral, a la cantidad de 1.000 gramos de oro para cada una de sus hermanas y 2.000 gramos del mismo metal para su padre. Por perjuicios materiales, en la modalidad de lucro cesante, los ingresos dejados de percibir por su padre y hermana menor, cuya cuantía estimó en una suma superior a los \$40'000.000.oo.

Como fundamento de sus pretensiones narraron que, el 3 de diciembre de 1994, el joven Eyner Hernández Acosta fue lesionado gravemente, por disparos de arma de fuego, y con motivo de ello se le internó en el Hospital San José de Buga, Valle. Al día siguiente el herido fue visitado por sus familiares y amigos, a quienes manifestó que en el momento en que fue trasladado a la sala de cirugía, los médicos que lo atendieron le preguntaron si reconocía a los sujetos que lo agredieron, a lo que respondió afirmativamente. El 5 de diciembre, aproximadamente a las 2:30 de la mañana, unos individuos sin identificar ingresaron a la habitación donde se encontraba el paciente y descerrajaron en varias oportunidades contra su humanidad, a consecuencia de esto murió. En criterio de los demandantes, lo sucedido configuró una falla del servicio de vigilancia policiva, "pues no se le protegió la vida", lo mismo que haber permitido el ingreso de gente extraña, en horas de la madrugada, a la habitación del occiso, transgrediendo el horario de visitas reglamentadas por la institución demandada.

2. La demanda fue admitida el 19 de diciembre de 1995 y notificada en debida forma.

El Hospital San José de Buga, en la contestación de la demanda, manifestó que puso "al cuidado y atención del paciente todos los medios a su alcance para la recuperación de su salud", contando además con servicio de vigilancia adecuado a las necesidades del centro hospitalario. Esto es, un servicio contratado para el servicio de urgencias y otro interno prestado por personal del hospital, de la

misma manera, se contaba con la presencia permanente de la policía en las instalaciones del hospital. Al momento de los hechos, de las tres puertas de acceso, dos estaban cerradas y en una, la de urgencias, hacían presencia dos vigilantes de la empresa VIPORP Ltda. y un agente de la Policía Nacional, así mismo, un empleado del hospital estaba prestando el servicio de vigilancia internamente. De otra parte, se reportó a la policía el ingreso de Eyner Hernández Acosta con heridas de bala, quien lo recibió e hizo las anotaciones correspondientes. De acuerdo con lo descrito, las medidas de vigilancia y control eran proporcionales a la naturaleza del servicio de salud prestado por la entidad, y se cumplían con los requerimientos mínimos. Más allá, respecto de actividades que impliquen riesgo o especial vigilancia es función que “compete prestar al Estado por intermedio de las autoridades respectivas” (folio 111, cuaderno 1). Sí los familiares del occiso conocían de la situación de peligro en que se encontraba, debieron acudir a la autoridad para solicitar vigilancia especial. Lo anterior hacía responsable a los demandantes y a la policía por no haber dado aviso y no haber protegido al occiso, de manera inmediata, respectivamente. Así mismo, de llegarse a declarar la responsabilidad, ésta debía ser compartida con el Ministerio de Salud, dada la delegación en la prestación del servicio de salud. Adicionalmente, pidió que se negaran los perjuicios morales y materiales deprecados.

El Ministerio de Salud, en la contestación de la demandada, indicó que la ley 10 de 1990 reorganizó el sistema nacional de salud; que la salud es un servicio público a cargo de la Nación, en asocio con las entidades territoriales y que el Ministerio “es el ente rector de las políticas generales en materia de salud, más no una entidad prestadora de servicios de salud” (folio 62, cuaderno 1), por lo que propuso la excepción de ausencia de legitimación en la causa por pasiva. Agregó que no había obligación alguna de su parte, toda vez que el paciente estaba a cargo de un hospital privado, sin ningún vínculo con la entidad.

El Departamento del Valle del Cauca señaló que no le competía la prestación del servicio de salud ni los actos del Hospital San José de Buga. Al Departamento no se le había delegado las funciones de administrar la estructura física, de vigilancia o el personal del hospital. El Departamento no concurrió en la producción del daño, ni en la vigilancia del edificio: “No puede participar ni remotamente en tales decisiones, que son solo propias de la entidad moral Fundación Hospital San José” (folio 174, cuaderno 1). Alegó la falta de legitimación en la causa por pasiva.

3. El Ministerio de Salud llamó en garantía al Hospital San José de Buga. A su vez el Hospital San José de Buga llamó en garantía a la Nación –Ministerio de Defensa, Policía Nacional-. Los llamamientos fueron aceptados en auto del 5 de septiembre de 1996. Sin embargo, en proveído del 22 de noviembre de 1996, el llamamiento contra el hospital demandado fue revocado.

En la respuesta al llamamiento, la Policía Nacional adujo la causal de exoneración del hecho exclusivo de un tercero, y que se desconocía la manera como entraron al hospital los homicidas, además, nunca fue solicitada protección policiva.

4. Concluida la etapa probatoria, iniciada mediante auto del 10 de abril de 1997, y fracasada la conciliación, se corrió traslado para alegar de conclusión, el 31 de mayo de 1999.

La parte demandante señaló que, de acuerdo con las pruebas que obraban en el proceso, el homicida de Eyner Hernández burló los sistemas de vigilancia del hospital, ya que el servicio en los pisos no se hacía de forma permanente, por lo que los pacientes y enfermeras quedaban solos y expuestos a una inseguridad absoluta. La vigilancia solo se prestaba en la parte del frente del hospital, siendo deficiente en el resto, generando mayor temor en las noches; además, no existía un reglamento para los casos de ingreso de pacientes heridos respecto del servicio de vigilancia que se les debía brindar, y el permiso para los acompañantes, que se quedaban a dormir con los pacientes, era verbal. Tan es así, que el día de los hechos, los vigilantes aparecieron 20 minutos después del homicidio, a indagar qué había sucedido en el segundo piso. Así las cosas la entidad demandada y la llamada en garantía eran responsables de la falla del servicio por falta de vigilancia y seguridad, inherente a la hospitalización prestada en sus dependencias

El Hospital San José de Buga señaló que de declararse la falta de legitimación por pasiva con respecto al Ministerio de Salud, desaparecerían los fundamentos del fuero de atracción, toda vez que el hospital era una fundación sin ánimo de lucro, regulada por el derecho privado, por lo que el asunto era de competencia de la jurisdicción ordinaria o civil. En todo caso, lo dicho no era así, toda vez que de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política, a la base del sistema de prestación del servicio público de salud se encontraba el Ministerio de Salud. Respecto de la prueba recaudada en el proceso, señaló que ningún funcionario del

hospital estuvo enterado de que el paciente estuviera amenazado, tanto él como sus familiares tuvieron la oportunidad de solicitar vigilancia especial y no lo hicieron, lo que configuraba el hecho exclusivo o concurrente de la víctima.

El Ministerio de Salud recalcó en la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, respecto de lo cual señaló que de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política, artículos 4, 6 de la ley 10 de 1990, 2 de la ley 60 de 1993, el Ministerio es una entidad rectora y orientadora de las políticas generales en materia de salud y le corresponde la vigilancia y eventualmente la intervención, para casos excepcionales en que se haga indispensable, para la buena marcha del servicio. Así mismo, de acuerdo con el nivel de atención de cada centro hospitalario, será el departamento, distrito o municipio, del que dependa territorialmente, el encargado de velar por una adecuada, eficiente y continuada prestación del servicio de salud dentro de su área de influencia. Corolario de lo anterior, es que el ministerio no tiene injerencia alguna en la designación del personal que labora en los hospitales, como tampoco en los servicios seccionales.

El Departamento del Valle reiteró lo expuesto en la contestación de la demanda. Señaló que no era responsable a ningún título, toda vez que sus obligaciones, de acuerdo con el artículo 4° de la ley 10 de 1990, se limitaban a velar por el cumplimiento de las directrices científicas y técnicas, establecidas por el Ministerio de Salud, por parte de la entidades prestadoras del servicio de salud. Su prestación, por la Fundación Hospital San José de Buga era de su exclusiva competencia. La única relación del departamento con esa entidad prestadora de salud era respecto de contratos celebrados para el manejo de recursos del régimen subsidiado de salud.

## **II. Sentencia de primera instancia**

El Tribunal negó las pretensiones de la demanda. En primer lugar, señaló que en virtud del fuero de atracción podía conocer del asunto por cuanto fueron demandadas dos entidades públicas y una privada, el hospital San José de Buga. Respecto del caso concreto señaló que no se encontraba probada la falla del servicio, toda vez que la víctima y sus familiares omitieron informar oportunamente a las autoridades correspondientes y al hospital sobre el peligro que corría y las circunstancias en las que se encontraba, para que, de la misma forma, se procediera a brindarle protección especial.

### **III. El recurso de apelación**

1. La parte actora interpuso y sustentó el recurso de apelación contra la sentencia. En su criterio se configuró una falla en el servicio de seguridad y protección por omisión, en cuanto a que en la noche, cuando debían extremarse las medida de seguridad, los vigilantes permitieron la entrada de los homicidas y estos abandonaran la edificación de manera tranquila, pues no se conoció nada distinto a que se escucharon disparos y enseguida se encontró el cadáver baleado.

2. El recurso fue concedido el 1° de diciembre 1999, y admitido el 17 de febrero de 2000. Durante el traslado para alegar de conclusión, las partes y el Ministerio Público presentaron los escritos correspondientes. La parte actora, el Ministerio de Salud y Departamento del Valle reiteraron lo dicho en alegatos de primera instancia.

El apoderado del Hospital San José señaló que no se encontraba acreditada la solicitud de protección especial por parte del occiso o de los demandantes, además, el llamado a tomar esa medida era, en primer lugar, la policía. Agregó que era temerario, por parte del actor, especular sobre el comportamiento de los encargados de la vigilancia el día de los hechos.

La representante del Ministerio Público solicitó que se revocara la sentencia apelada, en su criterio no era suficiente que se acreditara la existencia de un sistema de vigilancia al momento de los hechos, sino además demostrar que funcionó adecuadamente, lo que no ocurrió en el *sub examine*; en efecto, el episodio aconteció en horas de la noche, en las que no se permitía el ingreso de personal al hospital, lo que demuestra una deficiencia en el servicio de vigilancia. Así mismo, solicitó la absolución de las entidades públicas demandadas y de la llamada en garantía.

### **IV. Consideraciones:**

Cumplidos los trámites propios de la segunda instancia, sin que exista causal alguna de nulidad que invalide lo actuado, procede la Sala a resolver el asunto



sometido a su consideración, a través del siguiente orden conceptual: 1) Responsabilidad de la administración pública por la ocurrencia de “Eventos Adversos” en el servicio hospitalario; 2) caso concreto, y 3) condena en costas.

## **1. Responsabilidad de la administración pública por la ocurrencia de “Eventos Adversos” en el servicio hospitalario**

El evento adverso ha sido entendido como aquel daño imputable a la administración por la atención en salud y/u hospitalaria, que no tiene su génesis u origen en la patología de base del paciente, y que puede desencadenar la responsabilidad de los prestadores del servicio de salud –entendidos en sentido genérico–, desde diversas esferas u órbitas legales<sup>1</sup>. Por su parte, el anexo técnico de la Resolución No. 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social lo define como:

“(…) las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. Por extensión, también aplicamos este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones arriba mencionadas.”

Ahora bien, desde la perspectiva de la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, vale la pena destacar que el servicio de salud ha sido definido como público esencial<sup>2</sup>, cuyo cumplimiento en cabeza de entidades

---

<sup>1</sup> Cf. Philippe Michel, Jean Luc Quenon, Anne Marie de Sarasqueta, Olivier Scemama “Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals” Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Seguridad del Paciente y Error en la Medicina [http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/articulos/Michel\\_comparision.pdf](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/articulos/Michel_comparision.pdf) En ese mismo sentido, DÍAZ VEGA, Ruth “Marco Legal del Evento Adverso”, Ministerio de la Protección Social.

“Respecto a la definición, vale la pena aclarar que como evento adverso se califica a las situaciones que terminan en daño no intencional al paciente, como consecuencia del cuidado proveniente o con ocasión de éste, más que como consecuencia de la enfermedad de base.” <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n4/v59n4a01.pdf>

<sup>2</sup> Al respecto consultar la sentencia de la Corte Constitucional C-559 de 1992, M.P. Simón Rodríguez Rodríguez y la providencia del Consejo de Estado – Sección Tercera de 20 de febrero de 1996, exp. 11.312, M.P. Daniel Suárez Hernández.

públicas o estatales se adelanta mediante el ejercicio de función administrativa, y atiende a la satisfacción del interés general, en la medida que sirve de presupuesto para el ejercicio pleno de otros derechos, especialmente, aquellos definidos como fundamentales, dada la condición de conexidad que se genera entre el primero y estos últimos.

Como se aprecia, el servicio público sanitario y hospitalario no sólo está circunscrito a la prestación o suministro de los denominados “acto médico y/o paramédico”, es decir, la atención dirigida o encaminada a superar o aliviar una enfermedad a partir de la valoración de los síntomas y signos evidenciados con el objetivo de restablecer la salud del paciente<sup>3</sup>, sino que comprende otra serie de obligaciones principales como la de seguridad, cuidado, vigilancia, protección y custodia de los usuarios. En ese orden de ideas, la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria y hospitalaria encuentra su fundamento en: el principio de la buena fe (art. 86 de la Constitución Política y 1603 del Código Civil), el principio del interés general que lleva implícito la prestación del servicio referido (arts. 1º y 49 C.P.), así como en los derechos de los consumidores y usuarios (Decreto 3466 de 1982).

El numeral 3 del artículo 3º del Decreto 1011 de 2006<sup>4</sup>, define la obligación de seguridad en la atención en salud como “...*el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de salud o mitigar sus consecuencias.*” Como se aprecia, esa obligación contiene diversas prestaciones, tales como la de establecer procesos, el diseño de instrumentos y el empleo de metodologías que tiendan a la reducción o mitigación de los riesgos que pueden desencadenar un evento adverso en relación con la atención de salud, y cuyo incumplimiento puede desencadenar la toma de medidas de precaución por las autoridades de inspección vigilancia y control, así como la imposición de las sanciones contenidas en los artículos 49 de la ley 10 de 1990<sup>5</sup>, y 577 de la ley 9 de 1979<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el estado completo de bienestar físico, psíquico, y social, no circunscrito a la ausencia de afecciones y enfermedades.” [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)

<sup>4</sup> “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

<sup>5</sup> “ARTICULO 49. Sanciones En desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, las autoridades competentes, según el caso, podrán imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción de cualquiera de las normas previstas en la presente ley, las siguientes sanciones:

Así las cosas, la obligación médico - hospitalaria tiene origen en diversos actos relacionados con el servicio de atención en salud, según los lineamientos del profesor José Manuel Fernández Hierro, citado por el tratadista Alberto Bueres, en los siguientes términos:

“(...) Savatier hablaba de actos médicos y de actos hospitalarios (que se correspondían, respectivamente, con los que en el párrafo anterior identificamos como médicos y paramédicos). Sin embargo, en los últimos años, Fernández Hierro ha ensayado una clasificación que parece más completa. De tal suerte, se distinguen estos supuestos:

“1. Actos puramente médicos.- que son los de profesión realizados por el facultativo;

“2.- Actos paramédicos.- que vienen a ser las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; por lo común, son llevadas a cabo por personal auxiliar para ejecutar órdenes del propio médico y para controlar al paciente (por ejemplo suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos –o proporcionarlos por vía oral–, controlar la tensión arterial, etcétera). También en esta categoría queda emplazada la obligación de seguridad que va referida al suministro de medicamentos en óptimas condiciones y el buen estado de salud en que deben encontrarse los instrumentos y aparatos médicos;

---

“a) Multas en cuantías hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;

“b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud, por un término hasta de seis meses;

“c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;

“d) Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud.”

“6 “Artículo 577º.- Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

“a. Amonestación;

“b. Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;

“c. Decomiso de productos;

“d. Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y

“e. Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

“3. Actos extramédicos.- están constituidos por los servicios de hostelería (alojamiento, manutención, etcétera), y por los que obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes.”<sup>7</sup>

“De todas formas, es bueno aclarar que la zona límite entre un acto médico y un acto paramédico constituye una *quaestio facti*, de donde la clasificación mencionada es de cierto modo elástica e indefinida. La palabra para es un prefijo que significa “junto a”, “al lado de” o “a un lado de”, vale decir que lo paramédico concerniría a los servicios que se prestan junto a los médicos o al lado (o a un lado) de ellos. La latitud de la expresión paramédico podría depender en ciertos casos no sólo de los hechos sino también de las interpretaciones.

“Comoquiera que sea, nos parece que la clasificación tripartita de Fernández Hierro, más allá de cualquier dificultad –que, por lo demás, siempre va a presentar toda división de especies– es completa y entonces merece ser aceptada.”<sup>8</sup>

Por lo tanto, los eventos adversos, como incumplimiento de la obligación de seguridad y vigilancia, se localizan en el campo de los actos extramédicos toda vez que es en este ámbito en que se pueden materializar los posibles riesgos o circunstancias que sean configurativas de eventos de responsabilidad de la administración sanitaria que no se relacionan con la patología de base; en consecuencia, el deber que se desprende de esa relación jurídica consiste en evitar o mitigar todo posible daño que pueda ser irrogado al paciente durante el período en que se encuentre sometido al cuidado del centro hospitalario.

Así las cosas, tanto la doctrina como la jurisprudencia han deslindado la responsabilidad derivada de la falla (culpa) del servicio médico (errores médicos o paramédicos), de aquella que se relaciona con el desconocimiento del deber de protección y cuidado de los pacientes durante su permanencia en el establecimiento sanitario, precisamente por tener un fundamento o criterio obligacional disímil; el primero supone el desconocimiento a los parámetros de la *lex artis* y reglamentos científicos, mientras que el segundo está asociado al incumplimiento de un deber jurídico de garantizar la seguridad del paciente. Ahora bien, no supone lo anterior que la responsabilidad de la administración sanitaria se torne objetiva en el segundo supuesto, como quiera la jurisprudencia de esta Sala ha sido enfática en precisar que la medicina no puede ser considerada una actividad riesgosa, salvo aquellos eventos en los que se empleen aparatos,

---

<sup>7</sup> FERNÁNDEZ Hierro, Responsabilidad civil médico – sanitaria, Ed. Aranzandi, Pamplona, ps. 174 y 175.

<sup>8</sup> BUERES, Alberto J. “Responsabilidad de los Médicos”, Ed. Hammurabi, Tomo I, pág. 424 y 425.

instrumentos o elementos que conlleven un riesgo para los pacientes, único escenario en que será viable aplicar el título de imputación –objetivo– de riesgo creado o riesgo álea.

Sobre el particular, esta Sección en reciente oportunidad puntualizó:

“De otro lado, la Sala no acoge el razonamiento trazado por el apoderado de los demandantes con el recurso de apelación, toda vez que la condición de conscripto del soldado Narváez Marriaga, no muta automáticamente el título de imputación en objetivo, máxime si la demanda tuvo como fundamento la falla en la prestación médica por parte de la entidad demandada, razón por la que, se insiste, el régimen aplicable a los asuntos de responsabilidad médico - sanitaria es el de falla, toda vez que resulta inadmisibles considerar la ciencia médica como riesgosa. Por consiguiente, sin importar que se pueda predicar en ciertos eventos en los que operen aligeramientos probatorios (v.gr. la regla *res ipsa loquitur*), lo cierto es que el título jurídico por excelencia para analizar y decidir la responsabilidad patrimonial de la administración pública sanitaria es el de falla del servicio, salvo aquellos supuestos en que el daño sea producto de un aparato o instrumento empleado por la ciencia médica que pueda ser catalogado como riesgoso o peligroso (*riesgo peligro o riesgo álea*)<sup>9</sup>, cuyo uso sea comúnmente aceptado y avalado para el diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades o patologías, como por ejemplo, entre otros, las herramientas de radiología, algunas placas de acero con polos a tierra, medios de contrastes, desfibriladores, etc., eventos estos últimos en que será posible desatar la controversia con aplicación del título objetivo del riesgo excepcional.”<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> “a. *Responsabilidad por riesgo-peligro.*

“Es la asociada tradicionalmente, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, con la idea de “actividades peligrosas” y, dentro de ella, quedan comprendidos tres supuestos diferenciables:

“a.1. Responsabilidad derivada del uso de *objetos peligrosos*, entre los cuales puede referirse (i) a las sustancias peligrosas —verbigracia, químicos o explosivos—; (ii) a instrumentos o artefactos peligrosos —caso de las armas de fuego o los vehículos automotores— o (iii) a las instalaciones peligrosas —como las redes de conducción de energía eléctrica o de gas domiciliario—.

“b. *Responsabilidad por riesgo álea.*

“Se trata de la asunción de riesgos derivados de la toma en consideración de la probabilidad de que cierto tipo de actividades o procedimientos pueden dar lugar, quizás con la ineludible mediación del azar o de otro tipo de factores imprevisibles, a la producción de daños sin que medie asomo alguno de culpa. En la jurisprudencia francesa se ha reconocido la responsabilidad del Estado en esta suerte de casos cuando se emplean, por parte de la Administración, métodos científicos cuyas consecuencias dañosas aún no son del todo conocidas o cuando, a pesar de ser conocidas, resultan de muy excepcional ocurrencia, en definitiva, cuando se está en presencia del denominado “*riesgo estadístico*.” Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 16530, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

<sup>10</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 22 de julio de 2009, exp. 18069, M.P. Enrique Gil Botero.

En ese orden, la responsabilidad extracontractual del Estado que se genera a partir de la ocurrencia de efectos adversos, esto es, la trasgresión del principio de seguridad en sentido amplio o lato, es decir, contentivo de las obligaciones de cuidado, vigilancia, protección, entre otras, tendrá como referente la falla del servicio, razón por la que siempre será imprescindible constatar, en el caso concreto, si el daño tuvo origen en la violación al deber objetivo de cuidado, es decir, provino de una negligencia, impericia, imprudencia o una violación de reglamentos por parte del personal administrativo de la clínica o del hospital respectivo.

Por su parte, la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia ha delimitado la obligación de seguridad en los términos que se transcriben a continuación:

“1. Siguiendo de cerca la jurisprudencia sentada por los tribunales franceses desde los primeros años del presente siglo..., hoy en día se tiene por admitido en nuestro medio que en un buen número de contratos... ha de entenderse incluida la llamada “obligación de seguridad” para preservar a las personas interesadas o a sus pertenencias de los daños que la misma ejecución del contrato celebrado pueda ocasionarles, obligación que en pocas palabras cabe definírsela diciendo que es aquella en virtud de la cual una de las partes... se compromete a devolver sanos y salvos - ya sea a la persona del otro contratante o sus bienes - al concluir el cometido..., **pudiendo tal obligación ser asumida en forma expresa , venir impuesta por la ley en circunstancias especiales o, en fin, surgir virtualmente del contenido propio del pacto a través de su entendimiento integral...** Y uno de los eventos en que hay lugar a reconocerle vigencia a este crédito a la seguridad de las personas, como algo que le atañe al vínculo “...en condiciones normales de contratación...”, es precisamente el de la prestación de servicios asistenciales por entes hospitalarios de cualquier clase...

“2. En el mismo orden de ideas y **tratándose de enfermos mentales internados en casas de salud, asilos de residencias de reposo y demás organismos asistenciales especializados en suministrar los cuidados adecuados para esta clase de padecimientos, ninguna duda queda de que estas entidades, a la par de las obligaciones atinentes a las prestaciones médicas propiamente dichas, contraen así mismo una obligación sobreentendida de seguridad junto con el deber de custodia que a ella le es consustancial, obligación que naturalmente no requiere de estipulación expresa, tampoco de advertencias explícitas de los interesados acerca de la necesidad de cumplirla a cabalidad,** y cuyo objeto no es otro que el de vigilar al paciente con el grado de diligencia que demanden las circunstancias, determinadas ellas en principio por la clase de enfermedad que sufre y las manifestaciones que ofrece, y así poder

evitar que experimente daño alguno mientras permanezca en las instalaciones del establecimiento...”.<sup>11</sup> (Negrillas adicionales).

De otro lado, en cuanto concierne al alcance de la obligación de seguridad del paciente, encaminada a prevenir la producción de eventos adversos, se tiene que, a diferencia de lo sostenido por la Corte Suprema de Justicia, la misma contiene los deberes de vigilancia y protección, sin que sea dable desligar esas actividades del contenido prestacional, toda vez que están coligados de forma inescindible. En efecto, en providencia del 12 de septiembre de 1985, señaló la Sala de Casación Civil y Agraria lo siguiente:

“2. Si en orden a determinar el contenido de las obligaciones originadas en los contratos de hospitalización, se examina esta clase de acuerdos a la luz de las previsiones del artículo 1501 del Código Civil, resulta necesario admitir que de él, al igual que en los demás contratos, surgen para la entidad asistencial obligaciones que pertenecen a la naturaleza misma del acuerdo, que hacen parte suya en condiciones normales de contratación, tales como las de suministrar habitación y alimentos al enfermo, lo mismo que las drogas que le prescriban los facultativos, la de un debido control y la atención por parte de los médicos residentes y enfermeras del establecimiento, que para excluirlas válidamente se debería pactar en contrario con tal que no se desnaturalice el contrato. **Dentro de este mismo género de obligaciones es indispensable también incluir la llamada por la doctrina obligación de seguridad, en este caso de seguridad personal del enfermo, que impone al centro asistencial la de tomar las medidas necesarias para que el paciente no sufra algún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento del contrato.**

“Además de esas obligaciones, pueden distinguirse en el contrato de hospitalización otras que no son de la esencia ni le pertenecen por su naturaleza, sino que requieren de estipulaciones especiales, como los servicios de laboratorio, Rayos X, enfermera permanente, custodia y vigilancia especial, acompañante, etc. Se trataría en este caso de estipulaciones que, al decir de la doctrina de los autores, imprimen a los efectos jurídicos propios del contrato una dirección diferente a la establecida por las normas subsidiarias del derecho, por ejemplo agravando o atenuando la responsabilidad del deudor, señalando plazos o condiciones, etc.

“3. En armonía con lo dicho se tiene que, en virtud del contrato de hospitalización, el establecimiento asume frente al enfermo una obligación de seguridad que le impone la de evitar que le ocurran accidentes con motivo o con ocasión del cumplimiento del contrato, **obligación que comprende también la de “custodia y vigilancia” si se trata de establecimientos para enfermos con afecciones mentales, pues en tal caso además del tratamiento se busca la propia seguridad personal. De tal suerte que si trata de hospitales**

---

<sup>11</sup> Sentencia del 1º de febrero de 1993, M.P. Carlos Esteban Jaramillo Schloss.

**o clínicas que prestan servicios generales, distintos de los psiquiátricos, y por causa de la clase de padecimientos que presenta el enfermo, éste requiere de una enfermera permanente o de una “custodia y vigilancia” especial, el contrato de hospitalización requerirá de una estipulación expresa respecto de la prestación de ese servicio, por cuanto en tal caso no sería de su naturaleza.**

“Naturalmente, en la práctica pueden presentarse situaciones que no correspondan exactamente a las planteadas, verbigracia que a un alienado, dada la urgencia del caso, se le tenga que hospitalizar en un establecimiento de servicios generales o que habiendo ingresado a él una persona para recibir los servicios que ordinariamente ofrece, durante el tratamiento presente síntomas o anomalías o perturbaciones mentales que requerirían, entonces, de cuidados especiales. En tales eventos, la solución exigirá de considerandos también particulares de acuerdo con todas las circunstancias del caso...”<sup>12</sup> (Destacado fuera del texto original).

Como se aprecia, en esta última providencia el tribunal de casación dividió o seccionó la “obligación de seguridad” de la de “vigilancia y cuidado”, para enfatizar que la primera debe ser suministrada de manera general por cualquier establecimiento de salud, mientras que la segunda requiere de convención expresa tratándose de los centros hospitalarios generales, y sólo se entenderá pactada cuando el servicio sea prestado por centros psiquiátricos o geriátricos. En ese mismo sentido se pronunció esta Corporación en sentencia del 28 de septiembre de 2000<sup>13</sup>, oportunidad en la que se precisó que tratándose de centros de tratamiento psiquiátrico la obligación de cuidado y vigilancia se hacía extensiva a los mismos pacientes, por cuanto pueden irrogar lesiones a otros pacientes o, inclusive, a ellos mismos.

*A contrario sensu*, en esta oportunidad la Sala propugna por un conocimiento unívoco de la obligación de seguridad, sin que sea viable escindirla en los términos fijados por la Corte Suprema de Justicia, como quiera que la misma lleva aparejados deberes propios como los de custodia y vigilancia, sin que esta precisión se erija como óbice para el cumplimiento de los mandatos del artículo 7º de la Resolución No. 741 de 1997<sup>14</sup>, del Ministerio de la Protección Social que establece el imperativo de las instituciones y empresas prestadoras de servicios de salud de establecer procedimientos y estándares especiales de seguridad para

---

<sup>12</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria, sentencia del 12 de septiembre de 1985, M.P. Horacio Montoya Gil.

<sup>13</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de septiembre de 2000, exp. 13122, M.P. Alier E. Hernández Enriquez.

<sup>14</sup> “Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud.”



los usuarios de: i) sala de partos; ii) recién nacidos; iii) hospitales psiquiátricos; hogares geriátricos y iv) centros asistenciales para discapacitados, en garantía del principio de igualdad material reforzada a que hace referencia el inciso tercero del artículo 13 y el artículo 50 de la Carta Política<sup>15</sup>.

Así las cosas, debe precisarse que la obligación de seguridad es una sola y, por consiguiente, es comprensiva de diversas actividades como las de: protección, cuidado, vigilancia y custodia, circunstancia por la que todas las instituciones de prestación de servicios de salud deberán contar con la infraestructura necesaria en lo que se refiere a iluminación, señalización, accesos, ventanas, techos, paredes, muros, zonas verdes y demás instalaciones relacionadas con el servicio público de salud. De otra parte, los establecimientos hospitalarios deberán adoptar todas las medidas que minimicen los riesgos de robo de menores y de agresiones a los pacientes por terceros (arts. 3º y 4º Resolución 741 de 1997). De otro lado, el hecho de que el servicio de salud sea suministrado por clínicas psiquiátricas no muta o transforma la obligación de seguridad, puesto que todo centro hospitalario tiene como finalidad principal la protección de la integridad de sus pacientes.

En otros términos, los elementos y el régimen de responsabilidad aplicable en estas circunstancias no se altera dependiendo de que el centro asistencial sea de atención general o de atención psiquiátrica, sino que la diferencia se concreta en el análisis de una eventual causa extraña, específicamente con el hecho exclusivo de la víctima. Lo anterior toda vez que para un centro hospitalario general no resulta previsible que uno de sus pacientes se cause a sí mismo un daño, mientras que por el contrario, en los centros de atención psiquiátrica o mental la autodeterminación del paciente no podrá servir para efectos de desvirtuar la imputación fáctica en la producción del daño. Por lo tanto, como lo ha reconocido la jurisprudencia de esta Sala, la obligación no será de resultado y el título de imputación seguirá siendo el de falla del servicio, razón para reforzar la idea de entender la obligación de seguridad como un todo, que requiere un especial análisis frente a la eventual acreditación de la causa extraña, concretamente, con la previsibilidad y resistibilidad en la producción del daño.

---

<sup>15</sup> "Artículo 13.- (...) El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan."

"Artículo 50.- Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia."

En relación con el citado planteamiento, la Sección sostuvo:

**“No comparte la Sala los razonamientos del Tribunal al reducir el planteamiento de la controversia a una falla en la prestación del servicio de vigilancia por parte de la Policía Nacional. La solución en este caso no puede ser tan simplista, ni limitada, **por cuanto desde el momento mismo del ingreso del paciente al hospital, este centro adquiere diversos compromisos y obligaciones frente al usuario. Deberá además de realizar las diligencias y procedimientos inherentes a la recuperación del enfermo, suministrarle techo y alojamiento, auxilios médico - quirúrgicos, tranquilidad, condiciones ambientales adecuadas y en casos especiales para poder cumplir sus obligaciones hacia el paciente o pariente, deberá tomar también algunas medidas especiales, por ejemplo: en la atención y custodia de un menor; en los tratamientos de personas mentalmente afectadas; en aquellos casos en los que por su propia naturaleza implican algún riesgo personal del paciente, etc., situaciones en las que la administración del establecimiento hospitalario deberá extremar las medidas de control, protección, atención y vigilancia de estos pacientes, sin que ello implique la necesidad de integrar un cuerpo armado para la custodia de cada centro hospitalario oficial.****

**“Se trata de que frente a este tipo de situaciones la persona que sea internada en un hospital público cuente con las más elementales medidas de seguridad,** que permitan evitar situaciones como la que originó el sub judice o como la relacionada en el caso de secuestro de una menor en el mismo Hospital Regional de Sincelejo, relatado en aclaración de voto que hicieron dos magistrados.

“De la prueba testimonial recaudada deduce la Sala que sí se presentó una falta del servicio a cargo del Hospital Regional de Sincelejo. Al parecer los controles reglamentarios para vigilar el ingreso y salida de personal ajeno al del centro hospitalario, sólo existe en las normas de reglamento, pero no tiene la debida aplicación en la práctica. De ahí que en el proceso se mencione la ausencia de personal oportuno durante la emergencia, se evidencia la falta de control y atención que permitió atar y encerrar a la acompañante de la víctima sin que nadie del hospital se diera cuenta de lo sucedido, sin contar con la demora en obtener el ingreso a la habitación para rescatar a la acompañante y para hallar muerto al enfermo.”<sup>16</sup> (Negrillas adicionales).

En una providencia más reciente, la Corporación enfatizó acerca de la imposibilidad de entender este tipo de obligaciones como de resultado, así:

---

<sup>16</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 21 de enero de 1993, M.P. Daniel Suárez Hernández.

“Es necesario, de cualquier modo, estudiar siempre el caso concreto a fin de establecer si el hospital ha incurrido en la violación de estos deberes especiales y si a su incumplimiento puede imputarse el daño sufrido por el paciente. En efecto, considera la Sala que tales deberes de seguridad, en cuanto se refieren al control y vigilancia necesarios para evitar la acción de terceros, no pueden dar lugar al surgimiento de obligaciones de resultado.”<sup>17</sup>

Desde esa panorámica, resulta pertinente señalar que los eventos adversos producidos en la prestación del servicio de salud constituyen una problemática de la responsabilidad que encuentra su sede de estudio en la imputación fáctica del daño, motivo por el que resulta de suma importancia la aplicación de los criterios normativos y jurídicos trazados por la teoría de la imputación objetiva que sirven para establecer cuándo, desde el plano fáctico o material, una lesión antijurídica es atribuible a determinada persona o sujeto de derecho<sup>18</sup>. Así las cosas, la valoración de la imputación fáctica del daño, con su correlativo negativo, esto es, la acreditación de una causa extraña será un elemento decisivo para establecer, en cada caso concreto, si es posible abordar la imputación de segundo nivel, es decir, si se transgredió la obligación de seguridad (*imputatio iure*).

---

<sup>17</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 29 de septiembre de 2000, exp. 11405, M.P. Alier E. Hernández Enriquez. De otro lado, vale la pena aclarar que de manera reciente el Consejo de Estado enfatizó en la necesidad de recoger, al menos en el campo médico – sanitario, la distinción entre obligaciones de medio y de resultados, por resultar poco pertinente y útil para delimitar el contenido de la prestación en cada caso concreto. En efecto, sobre el particular se puntualizó: “En ese orden de ideas, el estudio de la obligación médica supone el abandono de la clasificación de “medios” y “resultados”, puesto que deviene equívoca para los propósitos de su valoración, como quiera que, tal y como lo sostiene el profesor Ricardo Lorenzetti, “el resultado no es ajeno a la obligación, aunque en algunos casos se lo garantice y en otros no. Por ello, en el contrato médico hay una pretensión curativa; de lo contrario y según Zannoni, “deberíamos llamar a la medicina el arte de cuidar y no arte de curar.”

“En consecuencia, al margen de la malograda distinción entre obligaciones de medios y de resultado, es claro que el deber del médico con el paciente conlleva implícita la prestación de brindar y suministrar todos y cada uno de los mecanismos, instrumentos y procedimientos dirigidos a obtener la recuperación del paciente; no obstante, esta alta exigencia a la que se encuentran compelidos los galenos, es evidente que ello no arriba a predicar la necesidad de obtener un resultado específico en todos los casos, lo cual tornaría imposible el ejercicio de la medicina, puesto que, se reitera, hasta el momento no puede ser entendida como una ciencia exacta.” Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 8 de julio de 2009, exp. 16639, M.P. Enrique Gil Botero.

<sup>18</sup> “Estima la Sala que la conducta médica a asumir por las entidades prestadoras de servicios de salud y los médicos tratantes, debe tener identidad con la patología a tratar, deber ser integral en relación con el tratamiento y la dolencia misma, y sobre todo debe ser oportuna, como quiera que frente al enfermo, aquellos tienen una posición de garante...” Ver: sentencia del 30 de julio de 2008, exp. 16483, M.P. Enrique Gil Botero, y sentencia del 1º de octubre de 2008, exp. 27268, M.P. Enrique Gil Botero.

“En ese orden de ideas, el principio de confianza legítima en materia de la prestación del servicio médico - hospitalario se torna más exigente, como quiera que los parámetros científicos, profesionales y técnicos que rodean el ejercicio de la medicina se relacionan con el bien jurídico base y fundamento de los demás intereses jurídicos, esto es, la vida y, por conexidad, la salud.” Ver: sentencia del 20 de mayo de 2009, exp. 16701, M.P. Enrique Gil Botero.

En consecuencia, no es apropiado entender como un elemento de la naturaleza la obligación de seguridad, mientras que las obligaciones de custodia y vigilancia sean definidas como deberes accesorios que requieren convención expresa de las partes, puesto que esta visión aparte de hender la obligación, crea una divergencia entre el plano contractual y extracontractual de la responsabilidad que es inadmisibile.

Como corolario de lo anterior, se enfatiza que, al menos desde el ámbito de la responsabilidad patrimonial del Estado, la que tradicionalmente ha sido catalogada como extracontractual por llevar implícita la prestación de un servicio público, es evidente que esa delimitación de la obligación de seguridad –en sentido genérico– deviene improcedente y, consecuentemente, todas las instituciones prestadoras están compelidas al cumplimiento de las disposiciones que regulan el contenido material de esa prestación (v.gr. Resolución 741 de 1997), como quiera que el estricto acatamiento de esos estándares de custodia y protección del paciente (sea o no psiquiátrico) se concatenan con el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (conocido por su sigla SOGCS) a que hace referencia el Decreto 1011 de 2006.

Así mismo, se hace claridad en que los daños derivados de: infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, constituyen lesiones antijurídicas que se analizan dentro de los actos médicos y/o paramédicos, y que, por consiguiente, se rigen por protocolos científicos y por la *lex artis*; en consecuencia, si bien gravitan de manera cercana a la obligación de seguridad hospitalaria, no pueden vincularse con la misma, motivo por el que en su producción no resulta apropiado hacer referencia técnicamente a la generación de un evento adverso. Por el contrario, aquéllos constituyen daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados –y así ha sido aceptado por la mayoría de la doctrina y jurisprudencia extranjeras–<sup>19</sup> desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera

---

<sup>19</sup> PUIGPELAT, Oriol Mir “Responsabilidad objetiva vs. Funcionamiento anormal en la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (y no sanitaria)”, Conferencia impartida el 28 de noviembre de 2007 en el marco de las Jornadas Hispano – Mexicanas sobre el derecho a la salud y la responsabilidad patrimonial sanitaria. Ver igualmente: REGAÑON GARCÍA – ALCALÁ, Calixto Díaz “Responsabilidad objetiva y nexos causal en el ámbito sanitario”, Ed. Comares, Granada, 2006.

diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias.

Por lo tanto, los eventos adversos configuran daños antijurídicos que pueden ser imputados a las entidades de salud por el incumplimiento de las obligaciones de seguridad que son inherentes a la prestación del servicio público sanitario y hospitalario; esta prestación es de carácter principal y autónomo; se relaciona con la ejecución de los denominados actos extramédicos, esto es, con aquellas prestaciones que no tienen que ver con el tratamiento de patología de base, ni con la preparación o manejo posterior a la ejecución del acto médico, y comprende las actividades de vigilancia, custodia, cuidado y protección de los pacientes.

De otro lado, el contenido y alcance de la obligación de seguridad para la prevención de eventos adversos, no está ligada con el origen de la prestación médico - asistencial, es decir, poco importa si se le analiza desde la perspectiva contractual o extracontractual, las prestaciones que de aquella se desprenden serán siempre las mismas, sin que sea un criterio a ser definido como elemento de la naturaleza o accidental de un negocio jurídico.

Así las cosas, la Sala precisará su tesis<sup>20</sup> en relación con la forma de resolver controversias originadas en la producción de situaciones que presupongan el incumplimiento o desconocimiento a la obligación de seguridad, denominadas por la doctrina y ciencia médica como “eventos adversos”, toda vez que el matiz de la mencionada obligación dependiendo de si el establecimiento hospitalario es o no una institución especializada para enfermos mentales, deviene inapropiada, máxime si todos los centros hospitalarios están compelidos al cumplimiento de unos parámetros mínimos de seguridad del paciente, cuyo incumplimiento desencadena la responsabilidad patrimonial, al margen de si la prestación se relacionaba con el cuidado y vigilancia del enfermo. En efecto, la distinción jurisprudencial que se recoge en esta ocasión ha servido de base para que se entienda que la obligación de seguridad es disímil a la de cuidado y vigilancia, estando esta última sólo a cargo de los hospitales psiquiátricos, lo que, se itera, no resulta acorde con un juicio de razonabilidad y proporcionalidad.

---

<sup>20</sup> Contendida en la sentencia del 28 de septiembre de 2000, exp. 11405, M.P. Alier E. Hernández Enríquez.

Así las cosas, un análisis apropiado de la obligación de seguridad permite entenderla como un concepto unívoco al que están obligados legal y reglamentariamente todas las instituciones de salud sin distinción alguna, y cuya inobservancia genera la imposición de sanciones y, consecuentemente, la declaratoria de responsabilidad patrimonial de los prestadores del servicio, lo que presupone un juicioso y estricto análisis de imputación fáctica, especialmente la ocurrencia o no de una causa extraña como quiera que la mayoría de esos daños tienen su génesis en circunstancias que, por lo general, resultaban previsibles y resistibles para las instituciones de salud (v.gr. el hecho de un tercero o el hecho exclusivo y determinante de la víctima), en cuyo caso se impondrá la declaratoria de responsabilidad de la administración sanitaria y hospitalaria.

## **2. Caso concreto**

El 5 de noviembre de 1993, en la ciudad de Buga, en las instalaciones del Hospital San José, falleció Heyner Hernández Acosta, a consecuencia de heridas causadas por proyectil de arma de fuego: “el descrito como # 5, produce lesiones mortales, con daño en pulmones y corazón, se produce hemótorax severo de 2.000 cc. lo que le produce la muerte” (folio 26, cuaderno 3); de acuerdo con el registro civil de defunción de la notaria segunda de esa población, la historia clínica del hospital mencionado, el acta de levantamiento de cadáver, el informe de la Subsjin de Buga y el acta de necropsia (folios 3, 23 a 36, cuaderno 1, folios 10 a 17, 25 a 27, cuaderno 3 ).

El occiso había ingresado al nosocomio mencionado, el 3 de diciembre anterior, a eso de las 11:30 de la noche, por el servicio de urgencias, en la historia clínica se anotó: “Hace poco es atacado con arma de fuego, recibió heridas en cuello y mandíbula”, en la madrugada del día siguiente fue llevado a cirugía, permaneció hospitalizado y el 5 de diciembre a las 2:50 de la mañana “desde la estación de enfermería se escuchan detonaciones y llamado de pacientes... viene los vigilantes y encuentran al paciente en el piso... MD [médico] de turno confirma la muerte”, “paciente fallece por heridas de arma de fuego” (folios 23, 26 y 31, 104 y 105, cuaderno 1).

En el libro del Segundo Distrito de Buga, Departamento de Policía Valle, destinado a “los casos de sangre en urgencias del Hospital San José de Buga”, a las 11 de la noche del 4 de diciembre, se consignó:

“Herido de bala - a esta hora llegó por su propios medios. El señor Einer [ilegible] Hernández Acosta... presenta (sic) impacto por arma de fuego no especificada en región cervical con orificio de entrada y de salida, hechos ocurridos en la galería se desconocen (sic) los móviles y agresores, no hay más datos” (folio 84, cuaderno 1).

En el mismo documento, el 5 de diciembre a las 2:45 de la mañana, se registró:

“Anotación - a esta hora se escucharon varias detonaciones al parecer (sic) arma de fuego y salí para verificar cuando llamaron del 2° piso que un agente para el 2° piso rápido subí con el doctor de turno de urgencias doctor William Guzmán y nos encontramos con que habían matado un paciente de este piso de nombre José Eyner Hernández Acosta. Hay mismo baje a la Sala de urgencias y llamé a la central pidiendo apollo (sic) y a la inspectora para el respectivo levantamiento. Llegaron los agentes del F2 y después la inspectora, quienes se hicieron cargo del caso” (folios 86 y 87, cuaderno 1).

El anterior informe fue elaborado por el agente de turno Ospina Martínez.

Sobre la manera cómo ocurrieron los hechos, la doctora María Fernanda Cruz Urrea, médica de turno en el servicio quirúrgico del centro hospitalario declaró, que el hecho ocurrió en la madrugada del 5 de diciembre, después de terminar la ronda de medicamentos y chequeo del estado de los pacientes, en una habitación de tres camas, ocupadas por otros dos pacientes, manifestó:

“... llegamos a la estación de enfermería, nos disponíamos a consignar las respectivas notas en la historia clínica cuando se oyeron varios disparos, y quedamos como petrificados porque el susto fue bastante grande, y la momento subió una gran cantidad de gente al bloque quirúrgico, incluyendo obviamente al personal de seguridad, y lo que pude verificar como médico en ese momento era que el paciente había fallecido, había sido pues abaleado... la persona [el homicida] burló el sistema de vigilancia, pero yo no me explico en qué momento. No sabría decir cómo ingresó el homicida al hospital” (folio 49, cuaderno 2).

La auxiliar de enfermería Luz Marina Guerrero, sobre el mismo hecho, relató:

“... Así transcurrió la noche cuando a la madrugada se escucharon unos disparos, nosotros estábamos en la estación de enfermería, estábamos Alicia Blanco y yo, acabábamos de salir de ese cuarto cuando oímos los disparos, y por la gritería de los dos pacientes que estaban con el muerto, uno de ellos pedía auxilio para que fuéramos al cuarto con esos disparos quien se arrima allá. Eso fue a la madrugada, más o menos de dos a dos y media a tres de la mañana. Ya empezó a llegar todo el mundo, médicos, vigilantes, los demás pacientes que estaban allí, y ya había fallecido” (folio 51, cuaderno 2).

La auxiliar de enfermería María Alicia Blanco Valdés, narró:

“... Luz Marina y yo estábamos de turno en el segundo piso en sala de quirúrgicas, todo transcurrió en el turno dentro de lo normal, y por ahí a las tres de la mañana estábamos en el cuarto de servicio, o sea la estación de enfermería estábamos tomándonos un tinto cuando oímos un estruendo, un ruido muy fuerte, nos asustamos mucho cuando oímos unos disparos y nosotras nos quedamos ahí cuando después un paciente de un cubículo gritaba “enfermera, enfermera”, pero nosotras no salimos del susto, aterradísimas, todo esta tan tranquilo cuando oímos eso, yo me puse muy mal. Después un paciente jovencito que había entrado a las once de la noche se fue hasta la estación de enfermería y nos llamaba, y nos decía que fuéramos a la pieza, pero nosotras no fuimos y nos decía que mataron a un muchacho allí, nos decía; nos quedamos ahí un buen rato cuando empezaron a subir las compañeras de los otros pisos, y así fue apareciendo gente hasta llegaron de la policía o la permanencia, no sé, hicieron el levantamiento y se llevaron el cadáver para la sala de velación. El estruendo fue porque al parecer, no se sabe cómo sería, pero cuando quedó la pieza que se llevaron el cadáver, estaba el soporte del suero en el piso supongo que el estruendo fue eso. Eso fue todo así tan rápido” (folio 54, cuaderno 2).

El vigilante Héctor Jaime Guevara, vigilante de la empresa Vipor, narró lo siguiente:

“... nos tocaba recorrido a todo el hospital por la parte de adentro, desde las dieciocho horas y entregué turno a las seis de la mañana del día siguiente. Todo fue aparentemente normal hasta la hora en sucedió el hecho, yo me encontraba por los lados de la consulta externa, en el primer piso, cerca a la entrada, por donde quedan los consultorios de atención a pacientes, cuando escuché unos ruidos, pero no se sabía si era pólvora o tiros, para uno identificar porque estábamos en diciembre, cuando salí hacía el lado de los ascensores fue que ya escuché la gritería y vi la carrera de las enfermeras, y pregunté y me dijeron que habían escuchado unos tiros en el segundo piso, entonces apresuradamente subí las gradas y le pregunté a una enfermera que había sucedido la cual me dijo que habían matado a un paciente, y al dirigirme a la sala que me indicaba la enfermera encontré al paciente en el suelo y casi inmediatamente llegó la policía y tomo los datos por ejemplo a mí, el nombre... que yo recuerde si fui el primero de vigilancia en llegar al sitio. No encontré a nadie extraño en el camino. Mí recorrido fue el normal, desde la consulta externa subiendo por las gradas que quedan al lado del ascensor... El caso mío bajé del segundo piso buscando los extremos, por ejemplo la zona verde buscando se veía y no se veía nada, llegó la policía y me tomó los datos, siempre pierde tiempo uno. Mis compañeros también buscaron y la policía también lo hizo” (folios 59 y 60, cuaderno 2).

El vigilante Freddy Bedoya, empleado del hospital demandado, relató:



“... yo venía de la caldera, por ese pasillo o sea del primer piso en la parte de atrás oí como una papeletas o algo así, pero pensé que era por la parte de afuera, de pronto oigo gritos y cosas en el segundo piso y subí, ya estaba el señor muerto y gritaban las enfermeras, no me doy cuenta de nada más, llegaron los inspectores a hacer el levantamiento. Hay varias escaleras una por la entrada y otra por la parte de atrás, yo subí por la principal, la que queda al lado del ascensor. Yo venía del lado de la caldera que queda hacía el anfiteatro. La escalera de atrás queda por la parte de patios, yo venía hacía la parte de la entrada... Las enfermeras [estaban] por el pasillo. Los otros compañeros de vigilancia ya habían llegado. Lógicamente subimos al tercer piso y por los lados del patio con el fin de buscar a ver qué encontrábamos, no vimos nada... por ahí unos cinco minutos [tardó en llegar al sitio]. Yo esta por ahí a unos 80 metros, por ahí una cuadra. Yo venía lento y corrí cuando oí la gritería de las enfermeras” (folio 62, cuaderno 2).

Sobre las condiciones de seguridad del hospital, la citada doctora Cruz Urrea señaló:

“... en ningún momento fui informada por el paciente que requiriera protección, nosotros contamos en la institución con un servicio de vigilancia que es de la siguiente manera: en la puerta de urgencias, que esa noche era el agente Ospina, una persona de la vigilancia del hospital, o sea un empleado de base del hospital, y para las rondas que se hacen a través de la institución con otro vigilante de personal de base del hospital y dos funcionarios de la vigilancia privada, ellos hacen rondas pasando por los diferentes sitios de la áreas de hospitalización en un promedio de 15 a 20 minutos entre cada ronda, porque la institución tiene un área grande y eso es lo que demoran aproximadamente. La vigilancia privada es prestada por Vipor... (folio 49, cuaderno 2).

“Cuando una persona ingresa por la puerta de urgencias lo hace con el visto bueno del sistema de seguridad ya descrito, debe recorrer una pasillo de aproximadamente unos 20 metros para llegar a una puerta que le permite el acceso a las escaleras o al ascensor, una vez está en el segundo piso debe recorrer otro pasillo de por ahí unos 15 metros para encontrar la estación de enfermería del bloque quirúrgico. Además partiendo de la puerta inicialmente descrita, haciendo uso de los pasillos del primer piso que conducen al área de medicina interna, encuentra otra escalera y en el servicio de ginecoobstetricia, al fondo de la construcción encuentra otra escalera, hay tres escaleras y un ascensor, desde el primer piso, pasando el pasillo de urgencias. Quien se movilice por esos pasillos y esas escaleras se encuentra con el personal de vigilancia que efectúa la ronda, son tres personas, dos de seguridad privada y uno de base del hospital... La parte posterior [del hospital] tiene una tapias, nunca las he medido, yo como empleada del hospital me siento segura” (folio 51, cuaderno 2).

“Yo quisiera añadir el conocimiento que tengo de que cuando llega un paciente herido por bala a la institución se hace un reporte inmediatamente a las autoridades y muchos pacientes que han solicitado protección porque creen que han sido víctimas de un atentado han gozado de ese sistema adicional de vigilancia, pero ese paciente en ningún momento lo solicitó, ni su familia lo solicitó... Si él [el paciente] hubiera querido si [solicitar el

servicio de vigilancia], porque estaba consciente y tenía expresión oral... Si hubieran querido [los familiares del paciente], también [podían solicitar el servicio de vigilancia], pero durante mi turno ningún familiar estuvo cerca de él" (folio 49, cuaderno 2).

Sobre el mismo punto la enfermera Guerrero, ya citada, señaló:

"La familia o el propio paciente es el que solicita protección cuando sabía que está amenazado porque le queda muy difícil [al hospital] saber quién necesita protección. Uno ve policía cuando el agente lo requiere... Por lo general se ve es policía cuando los pacientes están amenazados" (folio 5, cuaderno 2).

"En el hospital hay cuatro vigilantes más la policía de turno en urgencia. Son dos vigilantes del hospital y dos de una compañía de vigilancia. Un vigilante permanece en urgencias y los otros tres dando ronda constante. El policía permanece en urgencias, siempre hay un policía allí... Ellos [los vigilantes] requisan a la gente, que me allá dado cuenta no retienen armas. El agente de policía es el que reporta los casos de los pacientes heridos que ingresan al hospital ya sea por accidente o por arma. El no tiene control sobre el ingreso de personal, cuando hay algún problema a la entrada, él interviene si se le pide que lo haga... Ellos están pasando constantemente, por ahí veinte, quince minutos o media hora... No, el ingreso al hospital a altas horas de la noche es solo por urgencias y hay restricción, es la única entrada de noche" (folios 51 y 52, cuaderno 2).

Acerca del mismo tópico, la enfermera Blanco Valdés, anotó:

"Los vigilantes también llegaron, por ahí a los 20 minutos, llegaron como casi todos iguales, yo no recuerdo muy bien, porque era tanto el susto. En ese momento había dos por el hospital y dos de la compañía Vipor. Había un policía, el agente Ospina, el puesto de él siempre ha sido en urgencias. Lo recuerdo porque yo lo vi cuando se subió, y como era el que más tiempo permanecía en el hospital ya yo lo conocía. La función de los vigilantes es vigilar las puertas, revisar los pisos, estar pendientes de todo hasta de prendida de las luces... Yo he visto a veces agentes de la policía como vigilancia especial, del personal del hospital no. Ni este señor ni ninguno de los otros pacientes tenía vigilancia esa noche" (folios 54 y 55, cuaderno 2).

El vigilante del hospital César Enrique Cruz Cuellar informó:

"Si contaba con servicio de vigilancia [el hospital], uno en urgencias, uno en la puerta principal y dos adentro a toda hora, ese servicio de vigilancia lo prestaban dos empleados del hospital y dos de Vipor vigilancia privada... [puertas de acceso], tres puertas, puerta principal, consulta externa y urgencias, la puerta principal está abierta hasta los ocho de la noche, la puerta de consulta externa desde la cinco de la mañana a cinco de la tarde y las puertas de urgencias las 24 horas. PREGUNTADO: ¿Después de las diez de la noche por qué (sic) parte del hospital se ingresa al hospital? CONTESTÓ: Únicamente por la puerta de urgencias... Hay un vigilante del hospital... Después de esa hora, se siguen dando rondas, ya somos tres... Se hacen cada quince o veinte minutos cada uno por su lado. Cada uno de

los vigilantes tiene un revólver... PREGUNTADO: ¿Qué tan seguras son las paredes que dan al exterior del hospital? CONTESTÓ: Son paredes que tienen una altura de cinco o seis metros de altura (sic)... el procedimiento a seguir en cuanto a vigilancia es si el paciente pide protección de la policía inmediatamente si no hay policía por ahí lo llaman o en muchos casos el paciente dice que no, si se presenta un caso entonces se llama al comando informándoles que ha llegado un herido o que hubo un accidente en tal parte entonces ellos acuden a ella” (folio 56, cuaderno 2).

El citado vigilante Guevara, indicó:

“Por la Vipor éramos dos vigilantes, lo que no recuerdo es si eran dos o era uno vigilantes (sic) por el hospital. Que yo recuerde en la puerta de urgencias, el agente que permanece allí, en esa época también un agente de servicio... En esa época que me tocó a mí había que recorrer toda la parte interna del hospital, se hacía el recorrido normal, ha habido reloj, pero no recuerdo si en ese tiempo no recuerdo si lo hubo. La misión del agente, me imagino porque no lo sé, llega un herido a urgencias y le toman los datos, no sé si hacían informe sobre ello... uno esporádicamente salía a dar vueltas por la parte exterior, pero la vigilancia era interna... [sobre la facilidad de acceso al hospital en la madrugada] No, porque la puerta principal queda cerrada, lo único es la atención que prestan por urgencias... los únicos que entran en la noche son los que van a solicitar una consulta por urgencias [sobre el acceso desde urgencias al sitio del hecho] Hay pasillo, hay gradas o el ascensor, hay otras gradas por medicina interna. Es posible eludir la vigilancia, si la persona busca la forma de ocultarse sí. De todos modos por esos pasillos hay recorrido de vigilancia... A las ocho de la noche pasa uno sacando la gente de visita y quedan en pensionados un acompañante por paciente. A la hora de la visita desde que no haya una orden del médico no se restringe la entrada de personal... No sé [la protección de la policía] porque casi por lo general los familiares solicitan es a la policía y ve uno el servicio de la policía es allí... [Sobre requisas para encontrar armas] No, claro que si se ve sí, pero de requisar la persona como hace la policía no... La paredes [exteriores] tienen una altura normal, altas. Que yo me dé cuenta hasta ahora no ha llegado a ocurrir que alguien las salte... En caso de la empresa mía estamos dotados de un revólver y doce cartuchos para cada uno. Los del hospital están armados, he visto el revólver pero no sé cuantos cartuchos les darán. Es todo... No uno siempre termina su recorrido, no se encontraba con el otro, o si pasaba era esporádicamente, el recorrido es indeterminado, en ese tiempo, de pronto uno iba bajando y se encontraba con el que iba subiendo... Si, había [comunicaciones], hubo en un tiempo, no recuerdo si para la época de los hechos lo había, hace tiempo de eso que no recuerdo” (folios 59, 60 y 61, cuaderno 2).

El ya mencionado vigilante Freddy Bedoya, señaló:

“Habíamos tres. Vigilábamos la estructura física del hospital y los enseres. Yo marcaba el reloj, en la caldera había una llave y en ese momento venía de allá. Había llaver (sic), como veinte regadas en todo el hospital. Yo solo tenía reloj... En ese momento cada noche era uno de los de planta y dos del Vipor. En urgencias siempre ha existido un agente de la policía, la principal función de ellos es tomar los caso de sangre, heridos que lleguen allá, ellos tiene una minuta allí, un libro donde anotan, además cuando es grave la cuestión llaman al cuartel a pedir refuerzos, que se trate de

heridos, ellos conocen los caso de sangre. Ellos me refiero a los policías colaboran con la vigilancia pero no es labor de ellos... El servicio de urgencias [en la noche] entra el paciente, uno o dos acompañantes según la gravedad del caso, pero solo al servicio de urgencias, lo que pasa es que al entrar al pasar la portería eso se sale de las manos del vigilante. El vigilante tiene que vigilar es la puerta, si entran con un herido y entran dos personas con él... Yo si creo que es posible llegar al segundo piso sin ser detectado... Un revólver que nos dan a cada uno y los de la vigilancia privada tiene cada uno un revólver, equipos de comunicación no teníamos... No la presta [vigilancia especial]. Eso es competencia de la policía. Yo creo que eso lo manda del comando a petición de la familia yo no sé si el hospital hace eso, yo creo que eso es competencia de la policía... Más que todo nosotros requisamos los bolsos y particularmente el ingreso de alimentos. El vigilante es quien ejerce ese control; cuando de pronto nosotros detectamos que alguien lleva arma de fuego o corto punzante, se le comunica al agente de la policía porque él es el encargado de esas cosas. Nosotros no tenemos autorización para retener esa armas” (folio 63, cuaderno 2).

El mismo declarante hizo referencia a la dificultad de acceder a las instalaciones por las paredes exteriores y a los permisos de los acompañantes de quedarse en la noche, con permiso de enfermería. Así como a las puertas de acceso a la edificación.

En el mismo sentido de las anteriores, la declaración de Aníbal Mayor Gordillo, jefe de servicios generales del hospital demandado (folios 65 a 68, cuaderno 2).

Sobre la presencia de la policía en el servicio de urgencias, la doctora Cruz Urrea indicó:

“Pues la presencia del agente de policía yo la considero vital para la seguridad de nosotros, precisamente por su obligación de seleccionar el ingreso de personas a la institución ejerciendo su autoridad, necesaria en los casos en que el paciente llega con una gran cantidad de familiares... Si hace control [el agente de policía] porque se reportaban accidentes de tránsito, heridas por bala, efectuando así una clasificación de las personas que ingresan para poder reportar, o mejor, certificarle a las autoridades de ese motivo, los casos que tendrían que investigar posteriormente, reconstruir los hechos en los caso de accidente de tránsito, homicidio, ellos efectúan ese control” (folio 50, cuaderno 1).

El ya citado vigilante Cruz Cuellar, indicó:

“Cuando el servicio lo hay, ese policía toma los datos al paciente al cual han herido, ya sea en accidente o lo que sea, hace un reporte de lo que sucedió, enseguida se comunica a la central y da aviso y entonces ya ellos van a mirar el caso y siguen la investigación ellos, existe un libro donde se siguen todos estos casos... En urgencia únicamente” (folio 56, cuaderno 2).

Al momento de los hechos se encontraba vigente un contrato de prestación de servicios de vigilancia entre el hospital demandado y la empresa Vigilancia VIPORB S en C., destinado al servicio de urgencias, todo los días de la semana, por 12 horas nocturnas, se pagaban en total 3 vigilantes de esa empresa y había 4 de la planta de personal del hospital (folios 95 a 103, cuaderno 1, 70 a 77, cuaderno 2).

Sobre la situación de peligro de la víctima durante la hospitalización, la declarante Luz Mila Galeano Cuartas, esposa del demandante Alfonso Hernández, señaló:

“A él lo hirieron en el mes de diciembre de 1993, el 3, lo hirieron aquí en Buga, en la calle a él lo habían invitado a una reunión, como siempre a fines de semana, y cuando nos avisaron de que a él lo habían herido, entonces al amanecer fui yo a visitarlo al hospital en la hora de visita, las heridas fueron por la nuca, cuando fui allá le pregunté que como le pasó, y me dijo no, pues me hirieron, lo único que sí me dijo que allí en el hospital le habían preguntado quien lo habían herido y él dijo que sí sabía, pero a mí no me dijo nada, yo me demoré poco, porque salí a comprarle cosa de aseo... Ya fue hasta el otro día, que llamaron al amanecer, que lo habían matado, ya a esa hora de la madrugada que iba a verlo, tenía que esperara a que amaneciera... PREGUNTADO:... quiere usted decir que habían personas que con anterioridad al ingreso del señor Hernández al hospital, estaban tratando de atentar contra su vida. CONTESTÓ: Yo no le sé decir, sólo lo que él me contó que él sabía quien lo había herido pero a mí no me lo dijo” (folio 5, cuaderno 3)

Dorias Acosta de Marín, tía del occiso, afirmó que lo había visitado en el hospital y éste le manifestó:

“No, lo único que me manifestó fue que me manifestó fue que el médico que lo había atendido le había preguntado si sabía quien lo había herido y él respondió que sí, y no se supo más, no me lo dijo a mí, se lo manifestó al médico... no supe si el le dio algún nombre al médico... En ningún momento me dí cuenta que él estaba amenazado. Yo tampoco creí que estaba amenazado, ni su familia” (folio 6 y 7, cuaderno 3).

De acuerdo con lo anterior, se concluye que Heyner Hernández Acosta ingresó al Hospital San José de Buga, el 3 de diciembre de 1993, después de un atentado con arma de fuego que le causó heridas de consideración en el cuello, el móvil del atentado se desconoce. En la madrugada del 5 de diciembre siguiente, fue asesinado en una habitación del segundo piso del Hospital. Su muerte se produjo por un hemotórax severo, como consecuencia de los disparos recibidos. No fue

posible establecer cómo el autor o los autores del hecho penetraron hasta ese sitio y cometieron el delito.

Está demostrado, además, que el atentado con arma de fuego fue reportado a la policía, por medio del agente de turno que se encontraba en el servicio de urgencias del hospital, al momento de ingresar el paciente. Por otra parte, se encuentra acreditado que el establecimiento hospitalario tenía una amplia protección a la hora en que se desarrollaron los hechos, toda vez que habían dispuestos guardias de seguridad no sólo en la entrada principal sino también en el servicio de urgencias; someter a la institución sanitaria a aumentar en el caso concreto el cuidado y la seguridad concretos del paciente sería desbordar la obligación de seguridad, para mutarla en una de resultado lo que desconocería el principio de relatividad de la falla del servicio, máxime si el centro médico había dado parte de lo sucedido a la Policía Nacional, en quien se radicó el deber de protección en concreto.

Si bien es claro que, luego de ser internado en el Hospital San José de Buga, Heyner Hernández Acosta, no contó con protección especial, ya fuera por el centro de salud o por la policía, no resulta suficiente para concluir que su muerte es imputable al hospital demandado, precisamente, porque la obligación de seguridad no tiene la condición de resultado y, por lo tanto, el hecho de que se contara con vigilancia en las tres entradas, que éstas se cerraran a las ocho de la noche, y que el servicio de urgencias tuviera protección durante las 24 horas. Como corolario de lo anterior, es posible afirmar que el hospital sí cumplió con la obligación de seguridad respecto del paciente internado, motivo por el que el daño no le deviene imputable.

Conforme a lo anterior, se tiene que la muerte de Heyner Hernández Acosta fue causada por un tercero, extraño a la institución demandada, situación por demás imprevista e irresistible para el hospital demandado, puesto que éste cumplió con el estándar de protección y cuidado que se desprendía de la obligación de seguridad que se encuentra radicada en cabeza de todo centro hospitalario. Tampoco se tiene por demostrado que la acción de ese tercero fue facilitada por una acción u omisión de miembros de la entidad sanitaria demandada; tal situación no se presenta en este caso.

La Sala concluye, entonces, que es necesario confirmar la sentencia apelada, para absolver a las entidades demandadas, concretamente al Ministerio de la Protección Social, y al Servicio Seccional de Salud del Departamento del Valle del Cauca por falta de legitimación en la causa por pasiva y, de otro lado, al Hospital San José de Buga por ausencia de imputación fáctica como quiera que el hecho deviene de un tercero. Por último, en cuanto concierne al llamamiento en garantía que efectuó el mencionado centro clínico a la Policía Nacional, vinculación aceptada por el *a quo* mediante auto del 5 de septiembre de 1996, la Sala absolverá a esta última institución, toda vez que, contrario a lo precisado por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, entre el establecimiento hospitalario y la Policía Nacional no existía vínculo contractual o legal que diera sustrato o fundamento a esa pretensión. Así las cosas, se absolverá a la llamada en garantía por inexistencia del soporte legal o contractual existente entre el llamante y el llamado, en los términos exigidos por el artículo 54 del C.P.C.<sup>21</sup>

### **3. Condena en costas**

Toda vez que no se evidencia temeridad, ni mala fe de las partes y, así mismo, como quiera que la providencia apelada será modificada en virtud del recurso de alzada interpuesto por la parte actora, la Sala se abstendrá de condenar en costas de conformidad con lo reglado en el artículo 171 del C.C.A., modificado por el artículo 55 de la ley 446 de 1998.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

### **FALLA:**

---

<sup>21</sup> Sobre el particular, la Sala ha precisado: “Se tiene, entonces, que si bien, la remisión que para efectos del trámite se hace en la parte final del artículo 57 del C.P.C., ella está referida tan solo a los artículos 55 y 56 del mismo código, y la exigencia contenida en el inciso segundo del artículo 54 *ibidem*, es igualmente predicable para el caso del llamamiento en garantía y no exclusivo para la figura de la denuncia del pleito allí regulada...” Consejo de Estado, Sección Tercera, auto del 3 de septiembre de 2008, exp. 34498, así como los autos proferidos en los expedientes 15871 de 1999 y 17969 de 2000.

**PRIMERO.- CONFÍRMASE** la sentencia de 29 de septiembre de 1999, proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, en la que se negaron las pretensiones de la demanda.

**SEGUNDO.-** Ejecutoriada esta providencia, **DEVUÉLVASE** el proceso al tribunal de origen.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR**

**ENRIQUE GIL BOTERO**

**MAURICIO FAJARDO GÓMEZ**

**RAMIRO SAAVEDRA BECERRA**