

**RESPONSABILIDAD MEDICA - Jurisdicción. Competencia /
RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA - Jurisdicción. Competencia /
JURISDICCION CONTENCIOSA ADMINISTRATIVA - Responsabilidad médica
y hospitalaria / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL - Jurisdicción.
Competencia**

Con la expedición de la ley 712 de 2001, se radicó en cabeza de la Jurisdicción Ordinaria Laboral el conocimiento de todo lo relacionado con el Sistema de Seguridad Social Integral, concretamente en cuanto se refiere a las posibles controversias que se presenten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras. Como se aprecia, la competencia asignada en el numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001, a efectos de clarificar y deslindar los asuntos de que conoce la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo en dichos aspectos, implica trazar un parangón entre las normas de competencia que gobiernan a esta última, frente a las que regulan la Jurisdicción Ordinaria. (...) el propio artículo 82 del citado estatuto normativo, determina que las reglas de competencias establecidas en las leyes 142 de 1994 y 712 de 2001, se mantienen vigentes, circunstancia por la cual, debe partirse del supuesto según el cual no es posible que exista una derogación expresa o tácita por parte de la ley 1107 de 2001, frente a los preceptos procesales fijados con la ley 712 ibídem. En ese orden de ideas, se torna imperativo, a efectos de delimitar el alcance de los postulados del numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001, comprender lo que se entiende por “controversias referentes al sistema de seguridad social integral”, con el fin de precisar si todas los litigios relacionados con la responsabilidad de la administración sanitaria o médica, son de competencia de esta jurisdicción o, si por el contrario, deben ser desatados por la laboral ordinaria. El anterior planteamiento se constituye en imperativo, máxime si se tiene en cuenta la última posición jurisprudencial adoptada a partir de febrero del año en curso por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, en relación con la materia objeto de análisis. De la simple lectura de los apartes trascritos -y principalmente del párrafo subrayado-, se deduce que Jurisdicción Ordinaria Laboral asumiría el conocimiento de todos los litigios y controversias en las que intervenga la administración sanitaria, hospitalaria o médica (independientemente a la naturaleza de la entidad que preste el servicio, esto es, privada o pública), en la medida que los mismos pertenecerían a la órbita del sistema de seguridad social integral, motivo por el cual todo tipo de reclamación judicial que se refiera a pensiones, salud o riesgos profesionales, debería ser, en principio, de conocimiento exclusivo de la Jurisdicción Ordinaria, en su especialidad laboral, se repite, sin importar la naturaleza de la relación jurídica o los actos que se controviertan (numeral 4 art. 2º ley 712 de 2001). Nota de Relatoría: Ver auto de 3 de agosto de 2006, exp. 32328, M.P. Alier E. Hernández Enríquez; de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, sentencia de 13 de febrero de 2007, rad. 29519, M.P. Carlos Isaac Nader.
FF: LEY 712 DE 2001, NUMERAL 4 DEL ARTICULO 2

**FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO - Sistema de seguridad
social integral. Jurisdicción contenciosa administrativa /
RESPONSABILIDAD MEDICA - Sistema de seguridad social integral.
Jurisdicción contenciosa administrativa / SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
INTEGRAL - Responsabilidad por falla en la prestación del servicio**

En cuanto concierne a dicha posición hermenéutica, (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, sentencia de 13 de febrero de 2007, rad. 29519, M.P. Carlos Isaac Nader.) en materia de competencia para conocer de los eventos de responsabilidad por fallas en la prestación médico - asistencial oficial, esta

Corporación procede a señalar los motivos por los cuales se separa, con absoluta consideración, del razonamiento delineado: (...) Lo anterior, no supone entonces, que toda falla o incumplimiento obligacional relacionado con la prestación del servicio médico y/o hospitalario, tenga un origen en el sistema de seguridad social integral, como quiera que es posible que el mismo -en su especialidad salud o riesgos profesionales- haya actuado perfectamente, bien en cuanto a la prestación y suministro del servicio esencial (oportunidad y eficiencia), pero no así en lo que concierne a la entidad hospitalaria o a uno de sus agentes (público o privado) que puede haber cometido una falla en la prestación concreta del servicio, caso en el cual la relación entre el paciente y la entidad prestadora (v.gr. IPS), se muestre ajena al sistema de seguridad social integral y, por lo tanto, debe ser regulada por las normas y principios que gobiernan la responsabilidad patrimonial extracontractual, bien sea del orden civil o estatal. Así las cosas, con el anterior planteamiento no sólo se reconoce la diferencia que existe entre una y otra relación jurídica sustancial, sino que también se respeta la especialidad del juez natural, esto es la competencia que le asiste a los órganos de cierre, es decir tanto al Consejo de Estado en relación con la responsabilidad médico - asistencial oficial (art. 82 C.C.A.) en sus especialidades contractual y extracontractual, como la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia en eventos de responsabilidad médico asistencial contractuales y extracontractuales del orden privado. Entonces, es claro que si la controversia suscitada tiene que ver con el sistema de seguridad social integral contenido en la ley 100 de 1993 y sus modificaciones, (salud, pensiones y/o riesgos profesionales), sin importar cual es la naturaleza de la relación jurídica (afiliado, beneficiario o usuario) y de los actos jurídicos (de prestación, de asignación, de reconocimiento, entre otros), será imperativo acudir a la Jurisdicción Ordinaria Laboral, para que se desate el respectivo proceso a fin de que se valoren las pretensiones y se establezca el fundamento fáctico y jurídico de las mismas. Nota de Relatoría: Ver sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, sentencia de 13 de febrero de 2007, rad. 29519, M.P. Carlos Isaac Nader
FF: LEY 100 DE 1993; CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO ARTICULO 82

ACCION DE REPARACION DIRECTA - Término de caducidad. Cómputo / FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Término de caducidad. Cómputo

En el presente caso el daño reclamado está vinculado a la falla en la que, supuestamente, incurrió el Hospital San Vicente de Paúl en la prestación del servicio de salud, entre el nueve y 15 de diciembre de 1992, y que condujo a la muerte de Oscar Antonio Hernández, el 25 de junio de 1993. La demanda fue presentada el 12 de diciembre de 1994, cuando no habían transcurrido los dos años que prevé la ley para el ejercicio oportuno de la acción de reparación directa, contados a partir del día en que cesó la atención por parte del hospital demandado. Aunque podría contarse, también, a partir de la muerte del afectado, toda vez que es ese el daño cuya indemnización se reclama.

FF: CODIGO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO ARTICULO 136, MODIFICADO POR LA LEY 446 DE 1998 ARTICULO 44

CAUSAL EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD - Hecho exclusivo de la víctima. Interrupción voluntaria del tratamiento médico / HECHO EXCLUSIVO DE LA VICTIMA - Causal eximente de imputación. Interrupción voluntaria del tratamiento médico / IMPUTACION - Causal eximente. Hecho exclusivo de la víctima / CAUSAL EXIMENTE DE IMPUTACION - Hecho exclusivo de la víctima. Interrupción voluntaria del tratamiento médico

Se encuentra establecido que Oscar Hernández estuvo internado entre el nueve y el 15 de diciembre de 1992 en el Hospital San Vicente de Paúl de Palmira, a causa de una infección urinaria y una litiasis, tratamiento que cesó por el retiro voluntario del paciente del centro de salud. Al día siguiente, mediante escanografía le fue diagnosticado un empiema epidural, el 18 de diciembre siguiente fue internado en el Hospital Universitario del Valle, en el cual permaneció hasta el 27 de enero de 1993, cuando nuevamente se retiró de manera voluntaria. Falleció el 25 de junio siguiente, la causa principal de la muerte fue la última enfermedad mencionada. De los hechos probados en el proceso se deduce claramente que, en el presente caso, se configuró la causal eximente de imputación del hecho exclusivo de la víctima, toda vez que el daño por el que se demanda se originó en la interrupción del tratamiento médico, en dos ocasiones, por voluntad del propio paciente. La Sala concluye, entonces, que la muerte de Oscar Hernández no es imputable a la entidad demandada, toda vez que el empiema epidural, causa principal de su deceso, se vio agravado por el abandono del tratamiento médico que estaba recibiendo, lo que configura un hecho exclusivo de la víctima. Así las cosas, para la Sala se presenta una clara ausencia o imposibilidad de imputación, como quiera que el daño no es atribuible a conducta alguna de la administración pública, esto es, no le es imputable al Estado, toda vez que la culpa de la víctima constituye un eximente de imputación en los términos de análisis del artículo 90 de la Constitución Política. Por las anteriores razones, se revocará la sentencia apelada y en su lugar se negaran las pretensiones de la demanda.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION TERCERA

Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO

Bogotá, D. C, diecinueve (19) de septiembre de dos mil siete (2007)

Radicación número: 76001-23-31-000-1994-00916-01(16010)

Actor: MARIA EDILMA GUTIERREZ Y OTROS

Demandado: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PALMIRA

Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia del cinco de junio de 1998, proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, en la que se decidió lo siguiente:

“1. Declarar como no probadas las excepciones propuestas por la parte demandada.

“2. Declarar administrativamente responsable al Hospital San Vicente de Paúl de Palmira (Valle) de la totalidad de los daños ocasionados a los demandantes, como consecuencia de la muerte del señor Oscar Antonio Hernández Correa, acaecida el 25 de junio de 1993.

“3. Como consecuencia de la declaración anterior, condénase al Hospital San Vicente de Paúl de Palmira (Valle), a pagar por concepto de perjuicios subjetivos a la señora María Edilma Gutiérrez Martínez, en su carácter de esposa el equivalente a mil gramos oro; para los menores Yenifer Hernández Gutiérrez, Yeison Hernández Gutiérrez y Julieth Hernández Gutiérrez en su condición de hijos, por este mismo concepto el equivalente a un (1000) mil gramos de oro para cada uno.

“Los anteriores valores se tasarán según certificado del Banco de la República, sobre el precio del oro a la fecha de ejecutoria de esta sentencia.

“4. Igualmente condénase al Hospital San Vicente de Paúl de Palmira (V) a pagar a la señora María Gutiérrez Martínez por concepto de lucro cesante la suma de veinte millones ciento treinta y ocho mil doscientos treinta y siete pesos con 28/100 (\$20'138.237.28) y a los menores Yulieth Hernández Gutiérrez la suma de cuatro millones ciento treinta y cuatro mil doscientos ocho pesos con veintiocho centavos (\$4'134,208.28); Yenifer Hernández Gutiérrez, cuatro millones cuatrocientos sesenta y nueve mil cuatrocientos setenta pesos M/Cte (\$4.469.470) y para Yeison Hernández Gutiérrez, tres millones quinientos ochenta y un mil cincuenta y ocho pesos con 12/100 ctv (\$3'581.058.12).

“5. Esta condena se cumplirá en los términos previstos en los artículos 176 y 177 del C. C. A.

“6. Expídanse copias para el cumplimiento de lo aquí resuelto a la parte demandante.

“7. Si no fuere apelada consúltese con el superior.

“8. No se accede a las demás pretensiones de la demanda” (folios 127 a 129, cuaderno principal).

I. Antecedentes:

1. Mediante demanda presentada el 12 de diciembre de 1994, María Edilma Gutiérrez, en nombre propio y en representación de sus hijos menores Yeison, Yulieth y Jennifer Hernández Gutiérrez solicitó que se declarara patrimonialmente responsable al Hospital San Vicente de Paúl, de la ciudad de Palmira, por la indebida atención médica brindada por la entidad, y a consecuencia de la cual murió el esposo y padre, respectivamente, Oscar Antonio Hernández, el 25 de junio de 1993.

Como consecuencia de la anterior declaración pidió que se condenara al demandado a pagar, por daño moral, la suma equivalente en pesos a 1000 gramos de oro, a cada uno de los demandantes. Por concepto de perjuicios materiales, en la modalidad de daño emergente, la suma de \$5'400.000.00, a la esposa del occiso. Por lo mismo, en la modalidad de lucro cesante, \$6'593.664.00, para la conyuge y \$4'833.112.00, \$4'657.722.00 y 5'268.311.00, para Yeison, Julieth y Jennifer Hernández Gutiérrez, respectivamente.

En respaldo de sus pretensiones, los demandantes narraron que en la madrugada del nueve de diciembre del año 1992, Oscar Antonio Hernández sintió un intenso dolor en la parte baja de la espalda, motivo por el cual se dirigió al Hospital San Vicente de Paúl, en compañía de su madre y de su esposa. Los médicos diagnosticaron una infección alta, tratándolo con medicamentos para esa dolencia, pero la situación persistió. El 12 de diciembre siguiente, no había ninguna mejoría, además del dolor, presentó dificultad para caminar, los médicos de turno informaron que se trataba de cálculos renales. Al día siguiente, la complicación aumentó, pues los miembros inferiores no le respondían y no podía ponerse de pie, los galenos señalaron que era efecto de la droga y que debía seguirse con el mismo manejo. El 15 de diciembre lo retiraron del centro hospitalario:

“(…) los familiares del señor Oscar Antonio Hernández en una situación desesperada al ver que no le respondían sus piernas y que no presentaba ninguna clase de mejoría sino que se agravaba cada día más optaron por sacarlo de ese centro, para recluirlo en otro donde le prestasen mejor atención dadas las circunstancias en las que se encontraba. Postrado en una silla de ruedas y sin los medios económicos suficientes lo trasladaron a un centro asistencial de la ciudad de Cali denominado Grupo Escanográfico del Sur, dicho traslado se efectuó el 16 de diciembre de 1992, en este centro se le practicaron varios exámenes ordenados por la clínica Santa María de la ciudad de Cali, uno de ellos denominado escanografía de columna dorsal, donde el doctor Nelson Acosta hace el análisis del paciente tal como se anexara (sic) en la presente demanda y el diagnóstico entregado no se relaciona en nada, con el tratamiento a nivel renal que se le venía practicando en el centro San Vicente de Paúl” (folio 32, cuaderno principal).

Posteriormente fue remitido al Hospital Universitario Evaristo García, en el que estuvo internado entre el 20 diciembre de 1992 y enero de 1993, no determinó el día, durante ese lapso no tuvo ninguna clase de recuperación, por el contrario, su situación se agravó “y de aquí se ordenó que se regresara a la casa” (folio 32, cuaderno principal), sus familiares siguieron suministrándole los medicamentos

prescritos, la condición del paciente no varió hasta su muerte, ocurrida el 25 de junio de 1993.

Según la demanda, la falla del servicio, imputable al hospital demandado, consistió en no haber diagnosticado a tiempo la causa de la incapacidad en los miembros inferiores del paciente, que lo postraron en una silla de ruedas y que, finalmente, terminó con su fallecimiento, seis meses después de la atención inicial.

2. La demanda fue admitida el 16 de enero de 1995 y fue notificada en debida forma.

El Hospital San Vicente de Paúl reconoció que el paciente estuvo internado en dicho centro, entre el nueve y el 15 de diciembre de 1992, tiempo durante el cual respondió satisfactoriamente al tratamiento. Sin embargo, sus familiares lo retiraron de manera voluntaria para trasladarlo a la ciudad de Cali, por lo que, su fallecimiento, seis meses después, no tenía ninguna relación causal con el servicio prestado. Agregó que el poder del apoderado de la parte demandante no había sido presentado personalmente y que la acción había caducado, ya que, desde el inicio de la atención, nueve de diciembre de 1992, hasta la presentación de la demanda, 12 de diciembre de 1994, habían transcurrido más de dos años.

3. Terminada la etapa probatoria, iniciada mediante auto de 17 de agosto de 1995, y fracasada la audiencia de conciliación, se corrió traslado para alegar.

La parte actora enfatizó la conducta omisiva del hospital. Primero, al no tomar en cuenta los antecedentes médicos del afectado, quien, en 1986, había sufrido una caída que le causó la fractura de la vértebra T 10, que fue atendida en el mismo centro. Segundo, por no prestar atención a los familiares, que durante varios días, informaron al personal médico de los problemas que el paciente estaba presentando en los miembros inferiores. Solo ordenaron el examen adecuado, urografía excretora, el 14 de diciembre de 1992, cuando fue retirado voluntariamente.

El demandado señaló que el paciente presentaba un cuadro clínico complejo, pero con su retiro voluntario quedó interrumpido el tratamiento médico, lo que eximía de toda responsabilidad a la entidad.

El representante del Ministerio Público solicitó que se negaran las pretensiones de la demanda. En su criterio, en el presente caso, se configuraba el hecho exclusivo de la víctima, toda vez que ésta se retiró del tratamiento de manera voluntaria, a pesar de las advertencias de los médicos, y falleció seis meses después de la atención realizada en el Hospital San Vicente de Paúl. El tratamiento estuvo acorde con las dolencias que presentaba el paciente, una infección provocada por cálculos renales, como los demuestran los exámenes de laboratorio y la ecografía que obra en la historia clínica.

II. Sentencia de primera instancia

El tribunal accedió a las pretensiones de la demanda, en los términos transcritos al inicio de esta providencia. El *a quo* consideró adecuado el tratamiento dado al paciente en cuanto al diagnóstico y atención de una litiasis renal. Sin embargo, no pasó lo mismo con el empiema epidural que para la época de la hospitalización ya presentaba, lo que configuraba una falla en el servicio.

Respecto de la caducidad alegada, determinó que no hubo lugar a su configuración, toda vez que el servicio médico había culminado el 15 de diciembre de 1992 y la demanda fue presentada el 12 de diciembre de 1994, es decir, antes del vencimiento del término de los dos años para el ejercicio de la acción de reparación directa.

En cuanto a la falta de presentación personal del poder, otorgado al apoderado de la parte demandante, señaló que tal afirmación no era cierta, ya que hecha ante el notario primero de Palmira, donde se realizó el reconocimiento de firma correspondiente.

III. Recurso de apelación

1. El demandado interpuso y sustentó recurso de apelación contra la anterior providencia. Insistió en que el poder de la parte actora no había sido autenticado. También reiteró su parecer sobre la caducidad de la acción, ya que el término debía empezar a contarse desde el nueve de diciembre de 1992, cuando entró el paciente al hospital, no desde el 15 de diciembre cuando lo abandonó.

No existía relación causal entre la muerte del paciente y el tratamiento adecuado y oportuno que brindó el hospital, toda vez que este abandonó esa atención de manera voluntaria y murió seis meses.

2. El recurso fue concedido el 13 de noviembre de 1998 y admitido el 24 de marzo de 1999. En el traslado para presentar alegatos de conclusión y concepto, las partes y el Ministerio Público guardaron silencio.

3. El doctor Ramiro Saavedra Becerra, miembro de la Sección Tercera del Consejo de Estado, se declaró impedido por haber suscrito la sentencia de primera instancia. El impedimento fue aceptado mediante auto del 11 de octubre de 2006.

II. CONSIDERACIONES

1. Jurisdicción y competencia aplicable a los eventos de responsabilidad médica y hospitalaria en materia contencioso administrativa

Antes de abordar el estudio de fondo del asunto, es imprescindible analizar si se tiene la jurisdicción y competencia para resolver el litigio planteado en la demanda; lo anterior, como quiera que de conformidad con la coexistencia de diversos ordenamientos jurídicos que regulan la materia, eventualmente, se podría llegar a discutir la potestad con que cuenta la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo para resolver controversias como las que, en el *sub exámine*, se ventilan.

En efecto, con la expedición de la ley 712 de 2001,¹ se radicó en cabeza de la Jurisdicción Ordinaria Laboral el conocimiento de todo lo relacionado con el Sistema de Seguridad Social Integral, concretamente en cuanto se refiere a las posibles controversias que se presenten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras.

Señala específicamente el numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001, lo siguiente:

“La jurisdicción ordinaria, en sus especialidades laboral y de seguridad social conoce de:

“(…) 4. Las controversias referentes al sistema de seguridad social integral que se suscriben entre los afiliados, beneficiarios y usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, cualquiera que sea la naturaleza de la relación jurídica y de los actos jurídicos que se controviertan.

“(…)”

En relación con el contenido y alcance de la anterior disposición, desde el punto de vista contractual, esta Sección ha puntualizado:

“En ese contexto, corresponde determinar a la Sala si las conciliaciones en las que participa una empresa social del Estado, son asuntos cuya controversia, de suscitarse, sería de conocimiento de la jurisdicción ordinaria de conformidad con lo establecido en el numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001, *“por la cual se reforma el Código Procesal del Trabajo”*

“(…) Bajo los anteriores parámetros, es claro que los litigios que se presenten entre las partes que integran el Sistema General de Seguridad Social Integral, en cualquiera de sus materias, esto es, pensiones, salud y riesgos profesionales son competencia de la jurisdicción ordinaria².

“De otra parte, es relevante indicar que, independientemente de que el régimen de contratación de las mencionadas entidades sea el de derecho privado, tal y como lo establece el artículo 195 de la ley 100 de 1993, para efectos de determinar la jurisdicción y competencia para el conocimiento de los conflictos o litigios derivados de dichos negocios jurídicos, lo importante es establecer si el contrato celebrado por la empresa social del estado se enmarca o no dentro de los postulados del artículo 2 de la ley 712 de 2001.

¹ Mediante la cual se reformó el Código Procesal del Trabajo y la Seguridad Social.

² El numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001 fue declarado exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C-1027 de 2002, M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

“Así las cosas es necesario hacer la siguiente distinción en materia contractual:

“a) Los contratos celebrados por E.S.E.´s, cualquiera que sea su naturaleza, celebrados bajo el amparo normativo de los principios y preceptos que conforman el Sistema Integral de Seguridad Social: En este evento el juez competente, de acuerdo con la ley 712 de 2001, será el de la jurisdicción ordinaria.

“b) Los contratos suscritos por E.S.E.´s, formalizados con arreglo a principios y preceptos distintos a los que integran el Sistema Integral de Seguridad Social: En esta circunstancia el juez competente será el contencioso administrativo de acuerdo con lo preceptuado en el numeral 5 del artículo 132 del C.C.A., modificado por el artículo 40 de la ley 446 de 1998, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 38 y 83 de la ley 489 de 1998.

“Como se observa, al ser las Empresas Sociales del Estado “E.S.E.” entidades públicas, el conocimiento de sus contratos, actos o controversias, por regla general, corresponde a la jurisdicción contencioso administrativa, salvo que se trate de litigios derivados del Sistema General Integral de Seguridad Social, en cuyo caso serán de competencia de la jurisdicción ordinaria, según la regla procesal del numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001.

“Así las cosas, los anteriores lineamientos son los que permitirán, en cada caso en concreto, determinar la jurisdicción y competencia para conocer de las controversias contractuales en las que intervenga una Empresa Social del Estado y, por consiguiente, en el evento de celebrar algún tipo de acuerdo conciliatorio, establecer si requiere aprobación del juez contencioso administrativo”³ (negritas adicionales de la Sala).

Como se aprecia, la competencia asignada en el numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001, a efectos de clarificar y deslindar los asuntos de que conoce la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo en dichos aspectos, implica trazar un parangón entre las normas de competencia que gobiernan a esta última, frente a las que regulan la Jurisdicción Ordinaria.

Sobre el particular, la ley 1107 de 2006, que modificó el artículo 82 del Código Contencioso Administrativo, preceptúa:

“Artículo 1º. El artículo 82 del Código Contencioso Administrativo modificado por el artículo 30 de la Ley 446 de 1998, quedaría así:

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, auto de 3 de agosto de 2006, exp. 32328, M.P. Alir E. Hernández Enríquez.

“Artículo 82. Objeto de la jurisdicción de lo contencioso administrativo. La jurisdicción de lo contencioso administrativo está instituida para juzgar las controversias y litigios originados en la actividad de las entidades públicas incluidas las sociedades de economía mixta con capital público superior al 50% y de las personas privadas que desempeñen funciones propias de los distintos órganos del Estado. Se ejerce por el Consejo de Estado, los tribunales administrativos y los juzgados administrativos de conformidad con la Constitución y la ley.

“Esta jurisdicción podrá juzgar, inclusive, las controversias que se originen en actos políticos o de Gobierno.

“La jurisdicción de lo contencioso administrativo no juzga las decisiones proferidas en juicios de policía regulados especialmente por la ley. Las decisiones jurisdiccionales adoptadas por las Salas Jurisdiccionales Disciplinarias del Consejo Superior de la Judicatura y de los Consejos Seccionales de la Judicatura, no tendrán control jurisdiccional”.

“Artículo 2°. Derógase el artículo 30 de la Ley 446 de 1998 y las demás normas que le sean contrarias.

“Parágrafo. Sin perjuicio de lo previsto en el presente artículo, se mantiene la vigencia en materia de competencia, de las Leyes 142 de 1994, 689 de 2001 y 712 de 2001.

“Artículo 3°. La presente ley tiene vigencia a partir de su promulgación.” (negritas adicionales).⁴

De allí que, el propio artículo 82 del citado estatuto normativo, determina que las reglas de competencias establecidas en las leyes 142 de 1994 y 712 de 2001, se mantienen vigentes, circunstancia por la cual, debe partirse del supuesto según el cual no es posible que exista una derogación expresa o tácita por parte de la ley 1107 de 2001, frente a los preceptos procesales fijados con la ley 712 *ibídem*.

En ese orden de ideas, se torna imperativo, a efectos de delimitar el alcance de los postulados del numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001, comprender lo que se entiende por *“controversias referentes al sistema de seguridad social integral”*, con el fin de precisar si todas los litigios relacionados con la responsabilidad de la administración sanitaria o médica, son de competencia de esta jurisdicción o, si por el contrario, deben ser desatados por la laboral ordinaria.

⁴ Con el fin de estudiar las transformaciones conceptuales generadas con la expedición del nuevo texto del artículo 82 del C.C.A., resulta pertinente consultar: Consejo de Estado, Sección Tercera, auto de 8 de febrero de 2007, exp. 30.903, M.P. Enrique Gil Botero.

El anterior planteamiento se constituye en imperativo, máxime si se tiene en cuenta la última posición jurisprudencial adoptada a partir de febrero del año en curso por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, en relación con la materia objeto de análisis.⁵

En el referido pronunciamiento, el máximo tribunal de casación manifestó:

“Al margen del anterior resultado, considera la Corte necesario expresar su opinión acerca de la competencia de esta jurisdicción para conocer asuntos como el aquí tratado, pues si bien los jueces de instancia asumieron el conocimiento del mismo sin titubeos, es indudable que existen inquietudes y dudas sobre esta trascendental materia en la comunidad jurídica nacional que reclaman un pronunciamiento de esta Corporación.

“Hay que empezar destacando que el numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001 atribuyó a esta jurisdicción el conocimiento de las controversias referentes al sistema de seguridad social integral que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, cualquiera que sea la naturaleza de la relación jurídica y de los actos jurídicos materia de discusión.

“En orden a desentrañar el alcance de la disposición legal trascrita es menester indagar en primer lugar cuál fue la idea del legislador cuando aludió a la expresión “*controversias referentes al sistema de seguridad social integral*” y específicamente delimitar el concepto de sistema de seguridad social integral, para lo cual es necesario precisar que por tal debe entenderse, en sentido amplio conforme lo define el preámbulo de la ley 100 de 1993 “*el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad*”

“En términos más puntuales el artículo 1º ibídem es enfático al establecer que el sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a **garantizar la cobertura de las prestaciones económicas, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley**, u otras que se incorporen normativamente en el futuro (resalta la Sala); y los artículos 6º y 7º siguen esta misma línea al disponer como objetivos del sistema el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud en los términos previstos en esa ley.

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, sentencia de 13 de febrero de 2007, rad. 29519, M.P. Carlos Isaac Nader.

“Aflora pues de lo anotado que el sistema comprende, entre otras cosas, un conjunto de prestaciones -económicas o de salud- concebidas a favor de determinados sujetos (afiliados o beneficiarios), con cargo a determinadas entidades o personas, y con un específico y predeterminado contenido material, lo mismo que el señalamiento de una serie de requisitos y condiciones, también establecidos previamente, que hacen posible el nacimiento y subsiguiente reclamación de cada una de las prestaciones reconocidas por el sistema.

“Dentro de un marco general el artículo 49 de la Constitución de 1991 delineó el espectro prestacional antes citado, sobre todo en el campo de la salud, al garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma.

“De forma más concreta el literal c) del artículo 156 de la Ley 100 preceptúa que *“todos los afiliados al sistema de seguridad social integral en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el plan obligatorio de salud”*. El contenido de este plan aparece consignado en el artículo 162 ídem y como parámetros generales señala que debe permitir *“la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”*.

“Desde el punto de vista ontológico, entonces, la definición de sistema de seguridad social integral lleva a concluir que el mismo está asociado inicialmente y tiene que ver con la satisfacción de unas obligaciones prestacionales a cargo de las entidades señaladas por la ley como responsables de su asunción, las cuales, bueno es precisarlo, no se reducen a las contempladas en las normas ya enunciadas sino que incluyen las establecidas en los artículos 159, 163 y 208 de la Ley 100, sin dejar de lado las prestaciones económicas contempladas en los artículos 206 y 207 íbidem, entre otras.

“Además de las prestaciones reseñadas, las normas también prevén que la seguridad social integral implica la existencia de unos *“procedimientos”* (ver preámbulo de la Ley 100), y que el mismo debe prestarse con sujeción al principio de eficiencia, que es definido como *“la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente (artículo 2 literal a íbidem).”*

“En el campo de los procedimientos cobra especial importancia lo prescrito en los numerales 3 y 9 del artículo 153 ejúsdem en cuanto a que la atención en salud debe ser prestada *“en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia...”* y que el sistema controlará los servicios *“para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de*

acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”.

“Se sigue de lo discurrido que el denominado sistema de seguridad social integral surgido de la ley 100 de 1993 no puede circunscribirse al establecimiento de unas prestaciones de carácter asistencial o económico, sino que incluye adicionalmente un conjunto de obligaciones específicas, actividades, prácticas, fórmulas, actitudes métodos y procedimientos dentro de los que debe desenvolverse la prestación, elementos que cobran especial importancia en el terreno de la salud dada la complejidad de este servicio y los valores y bienes que allí están en juego.

“Bajo esos parámetros y acorde con la definición que viene de hacerse, ninguna duda queda de que aquellos conflictos derivados de los perjuicios que sufran las personas debido a la falta de atención médica cuando ella es obligatoria, a defectos o insuficiencia en la misma, a la aplicación de tratamientos alejados o ajenos a los estándares y practicas profesionales usuales, o la negativa de la EPS de autorizar la realización de medios diagnósticos o terapéuticos autorizados por el médico tratante, entre otros, constituyen controversias que tienen que ver con la seguridad social integral en tanto entrañan fallas, carencias o deficiencias en la observancia de las obligaciones y deberes que la ley ha impuesto a las entidades administradoras o prestadoras de servicios de salud, y por lo mismo el conocimiento de ellos corresponde a esta jurisdicción.

“Reiteradamente ha manifestado esta Corporación que la portentosa labor transformadora que llevó los profundos cambios sustantivos en la concepción, definición, naturaleza, cobertura y filosofía de la seguridad social integral que se dejaron anotados fue complementada por el legislador cuando optó por propiciar también cambios significativos en materia procesal, cuya máxima expresión se encuentra en la ley 712 de 2001 que introdujo la innovación competencial que se anotó líneas arriba, mandato normativo que no hace ningún tipo de excepción y que denota más bien el interés de otorgar una competencia integral y omnicomprensiva y especializar un sector de la jurisdicción ordinaria para conocer de todos los asuntos atinentes a la referida materia, como lo reafirman las demás expresiones utilizadas en la ley, en especial cuando se refiere a que tal competencia no atiende la naturaleza de la entidad demandada ni el carácter de la relación jurídica, o sea que estas cuestiones que antes eran conocidas por diversas jurisdicciones dependiendo del tipo de entidad que causaba el perjuicio (oficial o particular), a partir de la expedición de la ley comentada se unifican en la especialidad laboral de la jurisdicción ordinaria a la cual, para reafirmar lo que viene diciéndose, se le agregó el título “y de la seguridad social”, expresión que no es un simple ornamento retórico sino que refleja fielmente el replanteamiento y los nuevos designios que se trazaron en este ámbito.

“Además del elemento objetivo que se dejó analizado, la ley también fijó un componente subjetivo para la determinación de la competencia consistente en que los conflictos deben suscitarse

“entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras”. En lo que tiene que ver con el campo de la salud es sabido que los afiliados pueden pertenecer al régimen contributivo o al subsidiado (artículo 157, Ley 100); que los beneficiarios son aquellas personas pertenecientes al núcleo familiar del afiliado señaladas en el artículo 163 ibídem; que las entidades administradoras del sistema son básicamente las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y que al lado de éstas se encuentran las que prestan directamente los servicios de atención de salud (IPS), de modo que en las diferencias de seguridad social que se susciten ante esta jurisdicción deben aparecer como sujetos procesales o como víctima o causante del perjuicio alguna de las personas naturales o jurídicas señaladas.

“Se desprende de lo discurrido que, a juicio de esta Sala, atinaron los jueces de instancia cuando decidieron tramitar y fallar este asunto.” (negritas y cursiva del texto original - subrayado de la Sala).

De la simple lectura de los apartes transcritos -y principalmente del párrafo subrayado-, se deduce que Jurisdicción Ordinaria Laboral asumiría el conocimiento de todos los litigios y controversias en las que intervenga la administración sanitaria, hospitalaria o médica (independientemente a la naturaleza de la entidad que preste el servicio, esto es, privada o pública), en la medida que los mismos pertenecerían a la órbita del sistema de seguridad social integral, motivo por el cual todo tipo de reclamación judicial que se refiera a pensiones, salud o riesgos profesionales, debería ser, en principio, de conocimiento exclusivo de la Jurisdicción Ordinaria, en su especialidad laboral, se repite, sin importar la naturaleza de la relación jurídica o los actos que se controviertan (numeral 4 art. 2º ley 712 de 2001).

Ahora bien, en cuanto concierne a dicha posición hermenéutica, en materia de competencia para conocer de los eventos de responsabilidad por fallas en la prestación médico - asistencial oficial, esta Corporación procede a señalar los motivos por los cuales se separa, con absoluta consideración, del razonamiento delineado:

1.1. Como bien lo pone de presente el profesor Gerardo Arenas Monsalve, el sistema general de seguridad social en salud tiene dos objetivos fundamentales desarrollados en la ley 100 de 1993: i) la regulación del servicio público esencial

de salud y, ii) la creación de condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.⁶

Por ende, como se aprecia, es posible que ciertos daños se enmarquen dentro del típico esquema de responsabilidad derivada de un conflicto relativo al sistema de seguridad social integral, como por ejemplo, el incumplimiento de obligaciones de atención por parte de la EPS encargada de prestar el servicio, falta de suministro de medicamentos, negativa al reconocimiento de una prestación social pensional, negativa al reconocimiento de una pensión del sistema de riesgos profesionales, entre otros.

Lo anterior, no supone entonces, que toda falla o incumplimiento obligacional relacionado con la prestación del servicio médico y/o hospitalario, tenga un origen en el sistema de seguridad social integral, como quiera que es posible que el mismo -en su especialidad salud o riesgos profesionales- haya actuado perfectamente, bien en cuanto a la prestación y suministro del servicio esencial (oportunidad y eficiencia), pero no así en lo que concierne a la entidad hospitalaria o a uno de sus agentes (público o privado) que puede haber cometido una falla en la prestación concreta del servicio, caso en el cual la relación entre el paciente y la entidad prestadora (v.gr. IPS), se muestre ajena al sistema de seguridad social integral y, por lo tanto, debe ser regulada por las normas y principios que gobiernan la responsabilidad patrimonial extracontractual, bien sea del orden civil o estatal.

Así las cosas, con el anterior planteamiento no sólo se reconoce la diferencia que existe entre una y otra relación jurídica sustancial, sino que también se respeta la especialidad del juez natural, esto es la competencia que le asiste a los órganos de cierre, es decir tanto al Consejo de Estado en relación con la responsabilidad médico - asistencial oficial (art. 82 C.C.A.) en sus especialidades contractual y extracontractual, como la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia en eventos de responsabilidad médico asistencial contractuales y extracontractuales del orden privado.

1.2. No se pretende, de ninguna manera, alterar el contenido de las relaciones derivadas del sistema de seguridad social integral, sino que, por el contrario, se

⁶ Cf. ARENAS Monsalve, Gerardo "El derecho colombiano de la seguridad social", Ed. Legis, Bogotá, 2ª edición, pág. 170.

busca garantizar la especialidad del juez respecto de cada una de las relaciones autónomas o independientes que pueden presentarse al seno de una determinada área, rama o estructura del derecho de la responsabilidad, garantizando de esta manera al demandante que pueda acudir a formular todas las pretensiones que, en su criterio, puedan llegar a ser discutidas en los diversos ámbitos de la responsabilidad, como por ejemplo: i) la que se puede reclamar frente a la EPS prestadora del servicio de salud perteneciente, por regla general, a la órbita del sistema de seguridad social integral en salud, ii) la que se puede deprecar frente a la institución que efectivamente suministra o brinda el servicio (v.gr. IPS) y, por último, iii) la que puede endilgarse al personal médico y hospitalario encargado de realizar las labores de diagnóstico, seguimiento, procedimiento, intervención y cuidados postoperatorios, por ejemplo.

1.3. Entonces, es claro que si la controversia suscitada tiene que ver con el sistema de seguridad social integral contenido en la ley 100 de 1993 y sus modificaciones, (salud, pensiones y/o riesgos profesionales), *sin importar cual es la naturaleza de la relación jurídica* (afiliado, beneficiario o usuario) *y de los actos jurídicos* (de prestación, de asignación, de reconocimiento, entre otros), será imperativo acudir a la Jurisdicción Ordinaria Laboral, para que se desate el respectivo proceso a fin de que se valoren las pretensiones y se establezca el fundamento fáctico y jurídico de las mismas.

1.4. La jurisprudencia trazada recientemente por esta misma Sala, cuando sobre la materia objeto de análisis -jurisdicción y competencia aplicables en eventos de responsabilidad médica-, y aunque circunscrito el estudio desde la óptica del acto jurídico, señaló:

“(…) Nótese como en la ley 712, al regular la competencia de la jurisdicción del trabajo, el legislador definió las materias que le corresponde conocer atendiendo a un factor material y así estableció que la jurisdicción ordinaria laboral es la competente para conocer de los actos jurídicos y por lo mismo no comprende los juicios derivados de la responsabilidad extracontractual de la administración que siguen de esta suerte siendo del conocimiento de la jurisdicción de lo contencioso administrativo.⁷

⁷ En el mismo sentido C-111 del 9 de febrero de 2000, M.P. Tafur Galvis y CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Laboral, Sentencia del 6 de septiembre de 1999, M.P. Herrera Vergara.

“(…) Por manera que los asuntos atinentes a responsabilidad extracontractual derivada de hechos jurídicos por parte de entidades estatales prestadoras de servicios de salud, no fueron asignados por el artículo 2º de la ley 712 a la jurisdicción ordinaria laboral, en cuanto que esta norma asignó a esta sólo las controversias derivadas de actos jurídicos, y por lo mismo excluyó aquellas derivadas de otras fuentes del daño, como son justamente los hechos, los cuales por lo mismo continuarán siendo de conocimiento de la jurisdicción en lo contencioso administrativo.

“(…) Por último la Sala destaca que la ley 1107 de 2006 en tanto preceptiva procesal es de aplicación general inmediata, conforme lo dispuesto por el artículo 40 de la ley 153 de 1887, según el cual *“[l]as leyes concernientes a la sustanciación y ritualidad de los juicios prevalecen sobre las anteriores desde el momento en que deben empezar a regir. Pero los términos que hubieren empezado a correr, y las actuaciones y diligencias que ya estuvieren iniciadas, se regirán por la ley vigente al tiempo de su iniciación.”*⁸ (subrayado y cursivas del texto original).

1.5. A similares conclusiones ha arribado la jurisprudencia de la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura, cuando ha resuelto conflictos de jurisdicción entre la Contencioso Administrativa y la Ordinaria.⁹

En efecto, en reciente oportunidad y con ocasión de resolver el conflicto de jurisdicción presentado entre el Juzgado Tercero Administrativo del Circuito de Pasto y el Segundo Laboral del Circuito de esa misma ciudad, esta alta Corporación asignó la competencia al primero de ellos, para conocer de una demanda de reparación directa (por presuntas fallas en la prestación del servicio médico) en contra de la ESE Rafael Núñez y el Instituto de Seguros Sociales, con fundamento en la siguiente argumentación:

“A juicio de la Sala, ni el juez del conflicto, ni tampoco aquél ante el cual el actor en ejercicio de su derecho de acción, ha presentado una demanda de reparación directa fundado en la teoría de la falla en el servicio y en concreta alusión al daño

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 26 de marzo de 2007, exp. 25.619, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁹ Artículo 256 numeral 6 de la Constitución Política y artículo 112 numeral 2 de la ley 270 de 1996. Esta última disposición establece que corresponde a la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura: “(…) 2. Dirimir los conflictos de competencia que ocurran entre las distintas jurisdicciones, y entre éstas y las autoridades administrativas a las cuales la ley haya atribuido funciones jurisdiccionales, salvo que los que se prevén en el artículo 114, numeral tercero, de esta ley y entre los consejos seccionales o entre dos salas de un mismo consejo seccional.”

antijurídico (Art. 90 de la C.P.), pueden desconocer o trocar sus pretensiones al ámbito de la ley 100 de 1993 o a otra distinta, pues es él, el dueño de la pretensión quien elige la vía una vez formula su demanda, tiene la carga de probar los hechos en que se funda y argumentar jurídicamente sus pretensiones, sin perjuicio, por supuesto, de las medidas de saneamiento a lugar, pero no al punto de querer desconocer el fundamento argumentativo de la demanda, como indudablemente de buena fe, lo ha propuesto el Juzgado Administrativo colisionado.

“En el caso presente, se insiste, el actor y su apoderado tuvieron a bien presentar una demanda de reparación directa, sobre la base de la responsabilidad por daño antijurídico del Estado, generado en hechos de la Administración, y a la luz de la teoría de la falla del servicio, indudablemente del resorte de la jurisdicción contenciosa en los términos de los Arts. 82 y 86 del C.C.A., y consecuentemente, el conflicto será dirimido asignándole la competencia a su representante.”¹⁰ (destaca la Sala).

1.6. En esa perspectiva, otro criterio hermenéutico limita la posibilidad con que cuenta el demandante de analizar y estructurar, con cierta autonomía, las pretensiones que puede formular en las respectivas ramas o campos del derecho, de conformidad con el marco normativo que le traza la legislación vigente en cada materia.

En efecto, no resulta jurídicamente viable que si el demandante pretende formular la responsabilidad por un hecho de la administración, se le coercione a entablar una demanda ordinaria laboral para discutir aspectos fácticos que se enmarcan, claramente, dentro de la órbita del daño antijurídico y las diversas formas de imputación del mismo, como elementos estructurales de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Estado.

Una interpretación de esa índole, restringe la posibilidad con que cuenta el demandante, de señalar y acudir a la jurisdicción que considere le debe resolver el litigio o la controversia que se pretende plantear con fundamento en el derecho de acción, con la salvedad de que esta libertad debe ejercerse con respeto de las disposiciones que gobiernan, dentro de cada jurisdicción, los parámetros técnicos

¹⁰ Consejo Superior de la Judicatura – Sala Jurisdiccional Disciplinaria, sentencia de 7 de febrero de 2007, exp. 110010102000 200700102, M.P. Temístocles Ortega Narváez. Igualmente se pueden consultar las siguientes providencias de esa misma Corporación, en idéntico sentido: sentencia de 16 de octubre de 2001, exp. 20021385 01/664-C, M.P. Guillermo Bueno Miranda y sentencia de 14 de diciembre de 2001, exp. 20010428 01/556-C, M.P. Guillermo Bueno Miranda.

para la formulación de las pretensiones deprecadas en la demanda, so pena de que el juez inadmita y, eventualmente, rechace la misma.

De otro lado, se tiene que se ha catalogado a los pacientes de hospitales públicos como usuarios de un servicio estatal con fundamento en el artículo 49 de la Constitución Política, e igualmente, los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre el tema (sentencias C-559 de 1992 y C-665 de 2000) reiteran la naturaleza mencionada en relación con la atención en salud a cargo del Estado, y a que el anormal funcionamiento de dicha prestación médica - hospitalaria genera responsabilidad extracontractual en los términos del artículo 90 de la Carta Política.¹¹

1.7. Al margen de todas las consideraciones sobre la materia, y que se han examinado in extenso en lo que respecta de manera puntual, en relación con la competencia en asuntos de este jaez, existe una proposición de naturaleza imperativa normativa frente a la cual no es factible realizar ningún tipo de sustracción y es la circunstancia ineludible de que el órgano competente para dirimir los conflictos de este orden conforme al ordenamiento jurídico, es el Consejo Superior de la Judicatura, en efecto así lo establecen los artículos 256 numeral 6 de la Constitución Política y 112 numeral 2 de la ley 270 de 1996; concretamente esta última disposición en cuanto preceptúa: “(...) 2. *Dirimir los conflictos de competencia que ocurran entre las distintas jurisdicciones, y entre éstas y las autoridades administrativas a las cuales la ley haya atribuido funciones jurisdiccionales, salvo que los que se prevén en el artículo 114, numeral tercero, de esta ley y entre los consejos seccionales o entre dos salas de un mismo*

¹¹ Sobre el particular, la doctrina ha puntualizado: “Posición que recoge el pensamiento doctrinario en la materia que para tal efecto ha catalogado a los pacientes de hospitales públicos como usuarios de un servicio estatal, relación extraña al contrato y la diferencia además de quien es usuario de una clínica privada que en principio se enmarca como una relación contractual. Se acudió también al artículo 49 de la Constitución Nacional que señala: “la atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios a cargo del Estado” (...) De allí que si asumido por el Estado el servicio público de salud y en desarrollo del mismo se causa un daño a un administrado, debe éste repararlo independientemente de que exista o no contrato previo, con fundamento además en la cláusula general de responsabilidad de la administración pública, art. 90 de la Constitución Política.” GIL Botero, Enrique “Responsabilidad Médica y Hospitalaria en el Derecho Público”, Revista No. 20 – octubre de 2006, Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado, Pág. 166.

consejo seccional.” Y esa Corporación ya se pronunció sobre la competencia en los asuntos materia de examen, conforme se ha destacado en esta providencia.

2. Caducidad y derecho de postulación

En el presente caso el daño reclamado está vinculado a la falla en la que, supuestamente, incurrió el Hospital San Vicente de Paúl en la prestación del servicio de salud, entre el nueve y 15 de diciembre de 1992, y que condujo a la muerte de Oscar Antonio Hernández, el 25 de junio de 1993. La demanda fue presentada el 12 de diciembre de 1994, cuando no habían transcurrido los dos años que prevé la ley¹² para el ejercicio oportuno de la acción de reparación directa, contados a partir del día en que cesó la atención por parte del hospital demandado. Aunque podría contarse, también, a partir de la muerte del afectado, toda vez que es ese el daño cuya indemnización se reclama.

En lo que respecta a la carencia del derecho de postulación del apoderado de la parte actora, la Sala observa que a folio uno del cuaderno principal obra el poder otorgado por la demandante María Edilma Gutiérrez, el cual fue presentado personalmente ante la notaría primera del Palmira, como lo acredita el reconocimiento de firma al anverso del mismo. Lo anterior en consonancia con lo dispuesto en los artículos 65 del C.P.C. y 142 del C.C.A.

3. El caso concreto

De acuerdo con los hechos de la demanda, la parte actora imputa la muerte de Oscar Antonio Hernández al Hospital San Vicente de Paúl, por la omisión de diagnóstico y consecuente falta de tratamiento de un empiema epidural¹³ que

¹² “Artículo 136 del C.C.A. Modificado Ley 446 de 1998, artículo 44. Caducidad de las acciones. (...)

“8. La de reparación directa caducará al vencimiento del plazo de dos (2) años, contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa o de ocurrida la ocupación temporal o permanente del inmueble de propiedad ajena por causa de trabajo público o por cualquiera otra causa.”

¹³ “Los empiemas epidurales espinales (EEE) están constituidos por material purulento situado en el espacio epidural espinal, que pueden estar localizados en uno o varios segmentos vertebrales o extenderse a la totalidad de la columna vertebral. Es una entidad poco frecuente. En la mayoría de las ocasiones, los enfermos requieren una actuación quirúrgica urgente para preservar la función neurológica en las extremidades...” M. Gelabert – González- García; J.M. Fernández – Villa; A.

padecía el paciente al momento de ingresar a ese centro; a pesar de los síntomas que presentaba y los reiterados llamados de atención de sus familiares al personal médico de esa institución. Sobre el asunto, en el proceso se encuentra probado lo siguiente:

3.1. El 25 de junio de 1993, en Palmira, falleció Oscar Antonio Hernández Correa. En el registro civil de defunción se precisan varias causas: “paro cardio respiratorio”, la inmediata; “sepsis generalizada” de dos meses de aparición, “escaras grado III, pélvicas” y “empiema epidural” de seis meses de ocurrencia, éste último causa principal del deceso (folio 22, cuaderno principal).

3.2. El nueve de diciembre de 1992, Oscar Antonio Hernández ingresó al Hospital San Vicente de Paúl, en la historia clínica se da cuenta de la siguiente evolución:

“9/XII/92

“3:00 h

“Edad: 25 años

“Paciente con 72 horas de evolución con fiebre alta no cuantificada, dolor lumbar derecho que se irradia al flanco por lo anterior consultó a md [médico] quien ordenó gentamicina de 160 mg por infección urinaria de los cuales se ha aplicado una ampolla.

“Ant: trauma cerrado de abdomen hace 5 años.

“Examen físico

“T: 39°C TA: FC: 100x1

Cabeza normal

Ojos: congestión conjuntival

ORL normal

Cardiopulmonar: Corazón rítmico

Pulmones limpios

“Abdomen: Puño percusión renal izquierda (+) dolor a la palpación del flanco izquierdo.

“Idx: 1 lx Urinaria alta

Cta: Hemograma, parcial de orina

Hemograma: leucocitosis

Parcial de Orina: Normal

“Nota: Se manejará como infección urinaria ya que ha venido recibiendo tratamiento con antibióticos.

[firma ilegible]

“9-XII-92

9:00 hrs

“Pte 25 años

Hoy 1er día Hosp.

“9:00. Idx: infección V urinaria alta.

“CH => Leucocitosis 15.300, N/79.

Pdeo => hematuria (venía recibiendo gentamicina).

PP /renal + derecho. Afebril, hidratado abdomen B/D P (+)

[firma ilegible].

“09 12 92

17:15

“MI E 25

“H.C. [ilegible]

Manifiesta dolor en flanco abdominal izq, ref. aparentemente, 1 trayecto, ureteral ipsolateral. Rs Is Positivos. t: 37.5°C.

Cardio respiratorio: Normal. [ilegible]

Abdomen: [ilegible]

No megalias

Pp cv + dolor a la palpación en trayecto ureteral izquierdo peristaltismo disminuido

CTA V.O.M. (ver órdenes médicas)

Idx I.T.U

Nefrolitiasis?

[firma ilegible]

[ilegible]

“Ecografía Renal: Litiasis renal derecha que no condiciona hidronefrosis

Paciente refiere menos dolor [ilegible]

“Dic 13/92

Paciente con [ilegible] litiasis renal derecha con ecografía renal con cálculo de 0,9 cm en ureter derecho [ilegible]

“Dic. 14/92

Paciente con litiasis renal derecha (eco) con infección sobreagregada, en tto con ampicilina 4 grs/d + buscapina c/8.

“Debe continuar igual manejo MD y seguir manejo x urología. Se traslada a Qcas. [quirúrgicas]

[firma ilegible] y sello de Carlos A. Aristizábal, medicina interna.

“Dic-14/92.

“Paciente que presenta dolor abdominal con distensión del mismo, se palpa vejiga, se ordena sonda vesical y SNG.

“La vesical drena ± 500 c de orina y la SNG presenta drenaje de líquido bilioso.

“Dic-15/92.

“Paciente quien continúa presentando dolor abdominal y manifiesta que no puede pararse. La sonda vesical drena 100 cc. SNG no drena. El paciente fue valorado por el doctor Cardona quien ordena urografía excretora y continuar igual manejo. Pero la familia pide y firma alta voluntaria” (folio 3 a 5, cuaderno 2) (se subraya).

En la parte de la historia correspondiente a ordenes médicas, el mismo día, se hace la anotación: “pcte firma Alta Voluntaria” (folio 7, cuaderno 2).

3.3. En otra parte de la historia clínica, de la que se puede deducir que son anotaciones de enfermería, solo se refieren al 14 de diciembre de 1992:

“7-7

“Pte afebril, duerme en intervalos manifiesta q’ no puede caminar solo porque tiene las rodillas “tiesas” sin embargo se levanto al baño, orinó esp. Y durmió a intervalos largos.

Firma ilegible.

“10:20

“Se paso a pte a quirúrgicas con placas [ilegible]” (folio 9, cuaderno 2) (original subrayado).

3.3. Al día siguiente de su retiro voluntario del hospital, el 16 de diciembre de 1992, en el Centro Médico San José de la ciudad de Cali, se le practicó un escanografía de columna dorsal, en donde se concluyó: “Por los hallazgos en pulmones y por la clínica sería de pensar como primera posibilidad que lo descrito a nivel de canal raquídeo sea un empiema epidural en los niveles mencionados” (folio 18, cuaderno principal).

3.4. Entre el 18 de diciembre de 1992 y el 27 de enero de 1993, Oscar Hernández fue atendido en el Hospital Universitario del Valle de la ciudad de Cali, de donde nuevamente se retiró voluntariamente. En la epicrisis de la historia clínica se dice:

“Paciente con historia clínica No. 1165364, de 25 años de edad, asintomático hasta el 4 de diciembre de 1992 cuando presenta cuadro de lumbalgia más fiebre alta no cuantificada más escalofríos, orina colúrica, se hospitaliza el 8 de diciembre de 1992, lo manejan con diagnóstico de urolitiasis, posteriormente presenta tos seca, adormecimiento y parestesias de miembros inferiores que progresa hasta paraplejía más retención urinaria. El 14 (sic) de diciembre de 1992 le toman CAT dorso lumbar que muestra empiema epidural. Ingresa al H.U.V el 18 de diciembre de 1992, febril, taquicárdico, taquipneico, séptico, con signos de dificultad respiratoria, soplo sistólico, GII/VI foco pulmonar y aórtico, signos de derrame y consolidación basal bilateral, paraplejia con anestesia desde T-10.

“Radiografías de tórax: infiltrados intersticiales más derrame pleural izquierdo. Toracentesis LDH mayor que 0.5 se le pasa tubo de tórax izquierdo. No es llevado a cirugía por neurocirugía, por presentar paraplejía mayor de 48 horas.

“El 24 de diciembre de 1992 se le retira tubo de tórax por CAT que muestra tabicamiento y derrame de campo pulmonar derecho. Se le realiza toracentesis dirigida obteniéndose más o menos 250 cc líquido seroganguinolento campo pulmonar derecho y escaso en campo pulmonar izquierdo. Se descarta posibilidad de toracotomía de limpieza.

“CAT de tórax (enero 1/93) muestra signos de consolidación. Como complicación presentó escara GIII que se sobre infectó aislándose acinetobacter A, Pseudomona. Se pasa Interconsulta a cirugía plástica, se le ha realizado curaciones por enfermería, pendiente nueva valoración para decidir hacer colgajos.

“Se le pasa interconsulta a ortopedia por gammagrafía de enero 18 de 1993 que muestra incremento de la captación a nivel de la captación a nivel de T11, 10, 9, 8 y persistencia de picos febriles y posibilidad de cirugía por osteomielitis.

“Antecedentes importantes: Esplenectomía.

“En su hospitalización, el 26 de enero de 1993 paciente refiere movimientos involuntarios en miembros inferiores ocasionales.

“Paciente continúa con incontinencia fecal y urinaria, picos febriles. Presión arterial: 110/70, FC: 80, FR: 20'. Foco pulmonar: hipoventilación basal bilateral, estertores CPI basales. Abdomen: Blando, depresible, cicatriz quirúrgica, no masas ni regalía. Presenta escaras sacras.

“SNC: Nivel de sensibilidad de T9, parapléjico, incontinencia de esfínteres, babinsky (-).

“A/P. Paciente hasta hoy recibiendo antibióticos (enero 25/93), continúa haciendo picos febriles. Se pasa interconsulta a ortopedia.

“Enero 26/93. Paciente refiere inapetencia para alimentos sólidos, incontinencia urinaria y fecal aún continúa haciendo picos febriles, diuresis abundante. Al examen físico sin cambios.

“Fue valorado por ortopedia, quienes sugieren aumentar nutrición, para acelerar proceso de cicatrización de escara. Desde el punto de vista de su proceso medular, consideran que debe verse nuevamente con CAT y valorar con docente para definir consulta. Se le deja dieta con hipercalóricos, hiperprotéicos.

“El 26 de enero de 1993 fue valorado en psiquiatría, ha presentado claros síntomas depresivos desde diciembre de 1992, al darse cuenta de la limitación para mover sus piernas. Llanto fácil, irritabilidad, inapetencia, ideas de minusvalía, desesperanza. Hay fantasías mal estructuradas acerca de la recuperación del movimiento de sus extremidades inferiores. Se le iniciará plan de terapia de apoyo, se le formula droga.

“Enero 27-93. NOTA DE ALTA VOLUNTARIA.

“Paciente que refiere desea irse para su casa a “reposar” y que en el momento no se dejará hacer ningún procedimiento o realizar cirugía. Se le explica la importancia de estar hospitalizado en aislamiento, los riesgos que corre al estar fuera del Hospital, por probabilidad de nueva sobreinfección de escara o de infección en otro sitio. Por su actual estado y la necesidad de continuar con tratamiento EV de antibiótico a pesar de lo cual se niega rotundamente. Al (sic) paciente firma alta voluntaria.

“Diagnóstico de salida:

“EMPIEMA EPIDURAL
“OSTEOMIELITIS VERTEBRAL
“SEPSIS POR ESTAFILOCOCO
“ESCAR (sic) SEVERA SOBREENFECTADA

“Recibió tratamiento médico” (folio 2, cuaderno 3) (original en mayúscula).

Obran dos informes de escanografías practicadas durante su permanencia en el hospital Universitario del Valle. La primera efectuada el 24 de diciembre de 1992:

“Se practicaron cortes de 12 mm de espesor con medio de contraste desde la base del cuello hasta los hemidiafragmas y se encontró:

“Estructuras mediastinales dentro de los límites normales, y no se ven masas ni adenopatías. Ambos pulmones muestran múltiples focos de infiltrados con zonas de condensación de localización periférica y se acompañan de derrames pleurales en ambos lados los cuales son en cantidad moderada y están tabicados. El tubo de tórax izquierdo tiene su extremo a nivel subhiliar y no drena el derrame ya que éste está tabicado la post. y lat., no haciendo contacto con dicho tubo. Se han formado adherencias y formaciones pseudonodulares subpleurales.” (folio 3, cuaderno 3).

En el realizado el primero de enero de 1993, se informa:

“Se realizaron cortes de 12mm. De espesor con medio de contraste desde las bases pulmonares hasta los hemidiafragmas, observándose:

“Las estructuras vasculares mediastinales y el corazón son de aspecto normal. Comparativamente con el estudio anterior del 24-XII-92 se observa que han desaparecido los focos de infiltrado localizados en ambos campos pulmonares principalmente, hacia apicales derecha, hay pequeños focos de condensación basal derecha, los cuales son de menor tamaño respecto del estudio anterior.

“Los derrames pleurales presentan menor tamaño, con disminución del que se visualizaba en la pared lateral y posterior izquierda, igualmente hay engrosamiento pleural hacia la parte posterior de ambos hemitórax. Lo anterior significa mejoría escanigráfica. Las estructuras óseas visualizadas no presentan alteraciones“(folio 3 cuaderno 3).

En la historia clínica, sobre el retiro del paciente dice:

"I-27/93
1:30 PM

"NOTA ALTA VOLUNTARIA

"Pte refiere que desea irse para su casa "a reposar" y que en el momento no se dejará hacer ningún procedimiento o realizar Qx [cirugía].

"Se le explica la importancia de estar hospitalizado en aislamiento. Los riesgos que corre estando fuera del hospital, por probabilidad de nueva sobreinfección de escara o de infección en otro sitio por su actual estado y la necesidad en tratamiento de EV de AB a pesar de lo cual se niega rotunda/ [mente].

"El paciente firma alta voluntaria" (folio 37, cuaderno 3).

3.5. Los allegados a Oscar Hernández declararon sobre el tiempo que estuvo internado en el hospital demandado. Edison Armilla, amigo y patrono del occiso, expresó:

"... me dijo que por favor hiciera algo por él que llevaba tres días en el hospital y ya no podía moverse pues no le respondían las piernas, como tengo personas conocidas en el hospital pregunté quien tenía la historia médica o quien era la enfermera jefe...me contestó que era un problema de riñones y que se le estaban haciendo unos exámenes..." (folio 8, cuaderno 3).

Noelia Mildred Correa, madre de Oscar Hernández, dijo:

"...los médicos lo vieron y dijeron que a mi hijo Oscar lo iban (sic) a dejar en observación porque él tenía una infección urinaria... como a los tres días de estar allí él salía al baño a bañarse y a realizar las necesidades fisiológicas y como a los tres días me manifestó que no podía caminar porque sentía los pies muy pesados para levantarse y salir al baño y entonces yo le pregunté a la enfermera que mi hijo Oscar Hernández tiene los pies pesados y no puede salir al baño y la enfermera me manifestó que eso era debido a la droga y que apenas dejara de aplicarle la droga él volvía a su normalidad y ya nosotros al otro día teníamos que coger y sacarlo a mi hijo Oscar y conseguimos una silla de ruedas para poderlo llevar al baño y yo cuando eso hablé con el dr cuyo nombre no lo recuerdo y le dije que mi hijo Oscar no se puede parar, el Dr me contestó que cuando le pasara el efecto de la droga él volvía a caminar y a los cuatro días después mi hijo Oscar no volvió a caminar y él siguió malo, pues lo teníamos que acompañar en las noches y ya entre más rato más malo entonces él me dijo que lo sacara del hospital..."(folio 58, cuaderno 3).

Oscar Hernández Osorio, padre del occiso, relató:

"... lo entramos al hospital San Vicente de Paúl caminando y por ahí a los tres o cuatro días ya que a él lo dejaron hospitalizado él vio que no podía caminar le fijo (sic) ala mamá que él estaba muy mal que no sentía mejoría ya que se encontraba peor, que bregara a sacarlo porque él se moría ahí

en el hospital, entonces mi señora hizo todas las vueltas...” (folio 61, cuaderno 3).

4.6. El personal del hospital también declaró en el proceso. El doctor Plutarco Zúñiga Clavijo, manifestó:

“El 11 y 13 tuve contacto con el paciente en el turno de la mañana, así como el día 14... En ningún momento el paciente, mientras estuvo en la sala de medicina interna, presentó déficit nerológico (sic); se encontraba con antiespasmódicos y analgésicos. Y el médico internista en ningún momento encontró hallazgos nerológicos (sic)... De acuerdo a las complicaciones... puede mejorara en un tiempo de cinco días, cuatro días, si no se presentan complicaciones; porque puede presentarse procesos obstructivos la infección sobre agregada de la vías urinarias secundarias y el antecedente de que el paciente se había esplenectomizado por un trauma de abdomen hacía más o menos cinco años hace que sean inmunodeprimidos... El día 14, en el servicio de quirúrgicas, se nota al examen físico en las notas clínicas que el paciente tenía dificultad para caminar y algo de parestesias, ese día los familiares firman la salida con acta voluntaria y no se puede continuar el estudio... Un dolor lumbar tiene múltiples etiologías y de acuerdo a los hallazgos clínicos se encamina en diagnostico presuntivo” (folios 60 y 61, cuaderno 4).

La doctora Amanda Castro, declaró lo siguiente:

“Manifieste al despacho en términos médicos si es posible de que simultáneamente una persona tenga problemas renales y al mismo tiempo padecer una infección de espina dorsal? CONTESTO: Pues esto es difícil de decir que si pueda tener concomitantemente aparte del problema renal otra patología, porque el cuadro clínico que presentaba en esos momento era de una litiasis renal... vuelvo a ratificar que el cuadro clínico, los exámenes de laboratorio, practicados en el hospital San Vicente de Paúl, daban una impresión diagnóstica de una litiasis renal. Me es imposible con el cuadro clínico y con esto diagnosticar algo diferente... [Contacto de la médica con el paciente] Una sola vez, el 12 de diciembre... En primer lugar si retomamos la historia clínica y las evoluciones realizadas por los diferentes médicos vemos que no se hace mención en ningún momento de problemas del paciente en miembros inferiores, salvo el día 15 cuando se encontraba en la sala de quirúrgica que el paciente manifiesta imposibilidad para ponerse de pie y ese mismo día abandonó el hospital” (folio 14, cuaderno 4).

El doctor Rubén Zarate Nieves, dijo:

“La sospecha de una patología de columna se da cuando ahí un cuadro clínico indicativo de ello. Y depende del tipo de patología que sea, porque hay gran variedad de ellas con cuadros clínicos que comparten muchos síntomas, entre ellos el dolor. Respecto de estos cuadros patológicos de columna con los cólicos renales puede haber un síntoma común que es el dolor en región lumbar... los procedimientos en medicina, como en cualquier ciencia, han de ser lógicos y secuenciales y teníamos un parcial de orina y una ecografía que mostraban la presencia de un cálculo, lo cual confirma el diagnóstico del cólico renal. Además entre los otros síntomas

del paciente, excepto el dolor lumbar, no había nada para pensar en patología de columna... Hay condiciones clínicas... que pueden existir cierto tiempo sin presentar síntoma alguna y de hecho el paciente durante su estadía en el hospital San Vicente de Paúl no manifestó tener síntomas específicos de patología en columna vertebral. Es posible que éstos hayan aparecido después... (folio 15, cuaderno 4).

El doctor Hermes Pinzón, manifestó:

“En el hospital durante sus pocos días de permanencia le diagnosticaron una infección urinaria y una litiasis renal, patologías comprobadas mediante exámenes de laboratorio; estas dos enfermedades fueron adecuadamente tratadas y todos los días evaluaron al paciente para comprobar su mejoría... el paciente estuvo atendido en forma adecuada, ya que con la valoración inicial sospecharon una litiasis renal y una infección urinaria, las cuales fueron confirmadas por laboratorio y estas dos enfermedades se le estaban tratando con adecuada supervisión médica, hasta que el paciente solicitó salida voluntaria... Y es que la sintomatología neurológica no fue evidente en su hospitalización y los médicos en base a la sintomatología que presentaba iniciaron un estudio clínico que es dinámico y esta impresión diagnóstica se complementa con exámenes de laboratorio. La tomografía del día 16 de diciembre es muy claro en afirmar el radiólogo que solo hay desplazamiento de la médula muy acentuado a nivel T9 y T10, pero aún no hay bloqueo completo del medio de contraste, por lo que es posible, que los síntomas se hubieran presentado después de salir del hospital o preámbulo a la salida voluntaria. Lo otro es que en la tomografía queda como primera posibilidad diagnóstica el empiema epidural y pleural; esta posibilidad quedó consignada sólo mediante este examen de laboratorio. Eso es todo” (folio 17, cuaderno 4).

Conforme con lo anterior, se encuentra establecido que Oscar Hernández estuvo internado entre el nueve y el 15 de diciembre de 1992 en el Hospital San Vicente de Paúl de Palmira, a causa de una infección urinaria y una litiasis, tratamiento que cesó por el retiro voluntario del paciente del centro de salud. Al día siguiente, mediante escanografía le fue diagnosticado un empiema epidural, el 18 de diciembre siguiente fue internado en el Hospital Universitario del Valle, en el cual permaneció hasta el 27 de enero de 1993, cuando nuevamente se retiró de manera voluntaria. Falleció el 25 de junio siguiente, la causa principal de la muerte fue la última enfermedad mencionada.

De los hechos probados en el proceso se deduce claramente que, en el presente caso, se configuró la causal eximente de imputación del hecho exclusivo de la víctima, toda vez que el daño por el que se demanda se originó en la interrupción del tratamiento médico, en dos ocasiones, por voluntad del propio paciente.

Efectivamente, la falla del servicio que se le imputa a la entidad demandada, se hace consistir en que, al señor Oscar Hernández, no le fue diagnosticado a tiempo el empiema epidural, dado que los síntomas se manifestaron desde el momento en que ingresó al Hospital San Vicente de Paúl, además, los familiares y el propio paciente informaron, de manera reiterada, la dificultad que presentaba para caminar.

Ninguna de las anteriores circunstancias se encuentra acreditada en el proceso. En primer lugar, la impresión diagnóstica, desde el momento de su ingreso, fue la de infección urinaria y litiasis, así se observa en la historia clínica en la primera nota del nueve de diciembre, en la del 13 siguiente, cuando se realizó el diagnóstico definitivo de la litiasis (cálculo renal), y en la del día siguiente en la que a la mencionada litiasis y se hace referencia a “infección sobreagregada”. Solo hasta el 15 de diciembre el paciente manifestó dificultad para caminar, se ordena un nuevo examen, pero la familia “firma alta voluntaria”. En la nota de enfermería del día anterior, el paciente había manifestado un síntoma similar, sin embargo, se dejó constancia de que pudo ir al baño por sus propios medios.

Durante el tiempo de hospitalización, la conducta del personal médico del demandado, para con el enfermo, fue consecuente con el diagnóstico realizado al momento de su ingreso, el nueve de diciembre de 1992, solo hasta el 15 del mismo mes hay constancia de que el paciente manifestó que tenía dificultad para caminar, momento en el cual se retiró voluntariamente del hospital.

En segundo lugar, los declarantes, diferentes al personal médico, coinciden en que las dificultades de Oscar Hernández para caminar se presentaron al tercer día de hospitalización, no desde su ingreso, y si se observa con detenimiento, el personal del hospital que entró en contacto con ellos, siempre les informó que se trataba de un problema urinario. Así lo dijo Edison Armilla, Noelia Mildred Correa, madre del occiso, quien además señaló que “él me dijo que lo sacara del hospital...”, y Oscar Hernández Osorio, padre del mismo afectado.

En tercer lugar, después de verificado que el hospital demandado realizó un diagnóstico y tratamiento razonables, cuando se presentaron nuevos síntomas no fue posible realizar un otro dictamen, dado el hecho de que el paciente abandonó el nosocomio.

En efecto, el 16 de diciembre mediante escanografía se determinó que Oscar Hernández tenía un empiema epidural¹⁴, por lo que el afectado fue internado en el

¹⁴ **Nombre alternativo.** Absceso formado en la médula espinal

Definición. Es un trastorno caracterizado por la inflamación y acumulación de materia infectada (pus) alrededor de la médula espinal.

Causas, incidencia y factores de riesgo. El absceso en la médula espinal se produce cuando se presenta una infección en las áreas internas de la columna vertebral. Este absceso de por sí es muy raro, puesto que un absceso espinal generalmente ocurre como un absceso epidural.

“El pus se forma como una acumulación de líquido, células de tejido destruido, glóbulos blancos y microorganismos muertos y vivos. Generalmente, se encuentra encapsulado o encerrado por un revestimiento interno o membrana que se forma alrededor de los bordes. La acumulación de pus (absceso) ejerce presión sobre la médula espinal y la infección puede producir inflamación y edema, que también comprime la médula espinal.

“La infección generalmente es bacteriana y suele presentarse como resultado de una infección por estafilococos que se disemina a través de los huesos y las membranas de la columna vertebral. En algunos casos raros, la infección puede ser micótica o viral. La tuberculosis es una de las causas del absceso de la médula espinal que es menos común ahora que en el pasado, aunque todavía se presenta en algunas regiones del mundo.

“Los riesgos son, entre otros: forúnculos (diviesos) en la piel, especialmente en la espalda o el cuero cabelludo. El absceso también puede resultar de la diseminación de cualquier infección a través del torrente sanguíneo proveniente de otra parte del cuerpo (bacteremia). Las lesiones o traumas en la espalda, incluyendo lesiones menores, aumentan el riesgo de absceso en la médula espinal. De vez en cuando, el absceso de la médula espinal puede ser una complicación de una punción lumbar (punción espinal) o una cirugía en la espalda.

“La infección inicial frecuentemente comienza en el hueso (osteomielitis). La infección ósea puede desencadenar la formación de un absceso epidural que se agranda y comprime rápidamente la médula espinal, provocando síntomas similares a los causados por fuentes externas del trauma de la médula espinal.

“Esta enfermedad es rara, pero potencialmente mortal.

Síntomas. Fiebre. Escalofríos. Dolor de espalda en la parte baja: con frecuencia leve, que empeora progresivamente, se difunde en forma característica a la cadera, la pierna y los pies, puede irradiarse a los hombros, los brazos o las manos. Progresión súbita o rápida de los síntomas neurológicos: Pérdida del movimiento de un área del cuerpo. Debilidad o parálisis. Pérdida de la sensibilidad de un área del cuerpo. Entumecimiento en un área específica y delimitada (localizada). Pérdida del control vesical o intestinal, incapacidad para retener heces (incontinencia fecal), incapacidad para evitar el goteo urinario (incontinencia urinaria). Impotencia masculina

Signos y exámenes. El examen generalmente revela sensibilidad localizada en la columna vertebral. Un examen neurológico puede indicar la presencia de una compresión de la médula espinal con compromiso de la parte inferior del cuerpo (paraplejía) o de todo el tronco, los brazos y las piernas (cuadruplejía). El grado de las pérdidas neurológicas se relaciona directamente con la localización de la lesión en columna y con la cantidad de compresión en la médula espinal. Un examen del LCR puede ser normal o contener pocos glóbulos blancos y niveles de proteína ligeramente elevados. Una TC o IRM confirman el absceso epidural. Puede ser necesario utilizar un medio de contraste en la TC que deje ver una imagen nítida del absceso. Un cultivo de la materia obtenida en el drenaje quirúrgico del absceso determinará el microorganismo o microorganismos específicos responsables de la infección.

Tratamiento. El objetivo del tratamiento es aliviar la compresión de la médula espinal y curar la infección. Algunas veces, se recomienda la descompresión quirúrgica de urgencia (por medio de una laminectomía, un corte a través de los huesos de la columna), dependiendo de la condición del paciente. Este procedimiento implica drenaje del absceso, aunque en algunas ocasiones no es posible drenarlo totalmente. Se prescriben medicamentos antimicrobianos. Los antimicrobianos de uso más común son los de amplio espectro o una combinación de antibióticos. Dichos medicamentos pueden ser ajustados después de que se determine el microorganismo específico causante de la infección en un cultivo de pus. En algunas ocasiones, se pueden prescribir corticosteroides para reducir la inflamación y la compresión de la médula espinal.

Expectativas (pronóstico). Un absceso de la médula espinal que no recibe tratamiento progresa a una compresión de la médula espinal que causa parálisis severa, además de otras pérdidas neurológicas, llegando a ser potencialmente mortal. El resultado de un absceso de médula espinal que recibe tratamiento es variable. Puede haber recuperación total o recurrencia del

Hospital Universitario del Valle, entre el 18 de diciembre de 1992 y el 27 de enero de 1994, se le realizó el tratamiento indicado y nuevamente se retiró de forma voluntaria. En ese momento, el personal médico le advirtió de la importancia de seguir hospitalizado y de “la necesidad de continuar con tratamiento”, y a pesar de ello el paciente firmó el alta voluntaria. Lo cierto es que, entre esa fecha y su fallecimiento, el 25 de junio siguiente, no se recuperó de sus enfermedades, tan es así que el diagnóstico de salida: empiema epidural, escara sobreinfectada y sepsis, coincide con las causas de la muerte determinadas en el registro civil de defunción. Debe anotarse, además que al compararse la escanografía del primero de enero de 1993 con la del 24 de diciembre de 1992, se señalaba que había “mejoría escanigráfica”, lo que podría hacer deducir que el enfermo estaba presentando mejoría de sus padecimientos, por lo que podría validamente pensarse que el abandono del tratamiento fue la causa eficiente de su deceso.

En libelo demandatorio se censura al hospital demandado por no haber tomado nota de los antecedentes médicos del paciente, en cuanto a una caída ocurrida hacía cinco años, que le causó una lesión en la espalda y por la cual le fue practicada una esplenectomía (extracción del bazo). Sin embargo la primera anotación de la historia clínica del nueve de diciembre de 1992 dice: “Ant: trauma cerrado de abdomen hace 5 años”. El personal médico del hospital tuvo en cuenta dicha circunstancia, el doctor Plutarco Zúñiga Clavijo señaló que “el antecedente de que el paciente se había esplenectomizado por un trauma de abdomen hacía más o menos cinco años hace que sean inmunodeprimidos”, tal como lo ha establecido la doctrina médica¹⁵. En cuanto al dolor de espalda, no puede

absceso. El drenaje incompleto puede generar la recurrencia del absceso o el desarrollo de una masa (acumulación de células) fibrótica crónica (cicatrizada) en la médula espinal.

“Complicaciones. Recurrencia del absceso en la médula espinal. Formación de una masa fibrosa en la médula espinal. Compresión de la médula espinal potencialmente mortal. Pérdidas neurológicas permanentes (variables): debilidad, parálisis, pérdida de la sensibilidad, pérdida del control de la vejiga y los intestinos, impotencia masculina, otras pérdidas”.

En Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Y los institutos de salud, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000123.htm>. Actualizado: 10/27/2005.

¹⁵ **“Extirpación del bazo, Esplenectomía Expectativas después de la cirugía.** El resultado varía dependiendo de la enfermedad subyacente o de la magnitud de otras lesiones, pero se puede anticipar la recuperación después de la cirugía en ausencia de otras lesiones o problemas médicos graves.

“Todos los pacientes que se someten a una esplenectomía se deben vacunar contra la neumonía por neumococos y la consulta sobre el régimen de vacunas adecuado se debe hacer con el médico. Además, algunos médicos recomiendan hacerse vacunar contra otros tipos de bacterias y, especialmente en el caso de los niños, realizar un tratamiento con antibióticos a largo plazo para prevenir una sepsis posterior al procedimiento quirúrgico.

“El uso de antibióticos generalmente no es necesario en adultos; sin embargo, cualquier paciente que se haya sometido a una esplenectomía debe buscar asistencia médica incluso por razón de enfermedades aparentemente sin importancia, como infecciones sinusales o irritación de la garganta, para las cuales el médico puede prescribir antibióticos”.

afirmarse que su presencia fuera indicativa de un empiema epidural, así lo manifestó el citado doctor Zúñiga: “Un dolor lumbar tiene múltiples etiologías y de acuerdo a los hallazgos clínicos se encamina en diagnóstico presuntivo”.

El doctor Rubén Zarate Nieves agregó: “respecto de estos cuadros patológicos de columna con los cólicos renales puede haber un síntoma común que es el dolor en región lumbar”. El doctor Hermes Pinzón, complementó que “la sintomatología neurológica no fue evidente en su hospitalización” y que los estudios clínicos y de laboratorio fueron consecuentes con la impresión diagnóstica inicial de infección urinaria y litiasis. Debe anotarse que, de acuerdo con la doctrina médica, varios de los síntomas de las litiasis coinciden con el del empiema epidural, como es un característico dolor de espalda¹⁶.

La Sala concluye, entonces, que la muerte de Oscar Hernández no es imputable a la entidad demandada, toda vez que el empiema epidural, causa principal de su deceso, se vio agravado por el abandono del tratamiento médico que estaba recibiendo, lo que configura un hecho exclusivo de la víctima. Así las cosas, para la Sala se presenta una clara ausencia o imposibilidad de imputación, como quiera que el daño no es atribuible a conducta alguna de la administración pública, esto es, no le es imputable al Estado, toda vez que la culpa de la víctima constituye un eximente de imputación¹⁷ en los términos de análisis del artículo 90 de la Constitución Política. Por las anteriores razones, se revocará la sentencia apelada y en su lugar se negaran las pretensiones de la demanda.

En Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. y los institutos de salud, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000458.htm>. Actualizado: 6/7/2006.

¹⁶ **“Cálculos renales. Síntomas.** Dolor en el flanco o dolor de espalda: en uno o ambos lados, progresivo, fuerte, con cólicos o espasmos, puede irradiarse más abajo del flanco, la pelvis, la ingle o los genitales, Náuseas, vómitos. Necesidad urgente/frecuente de orinar (necesidad persistente de orinar). Sangre en la orina. Dolor abdominal. Micción dolorosa. Micción excesiva durante la noche. Dificultad para orinar. Dolor en el testículo. Dolor inguinal. Fiebre. Escalofríos. Color anormal en la orina”. En Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Y los institutos de salud, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000458.htm>. Actualizado: 9/13/2005.

¹⁷ En la lógica tradicional, correspondería a la mal llamada ruptura del nexo causal, por la configuración de una causa extraña, que en sentir de la más calificada doctrina es un absurdo, pues la causalidad o existe o no existe, pero no se rompe. Al respecto Oriol Mir Puigpelat señala **“... un nexo causal existe o no existe, pero no se puede interrumpir. La expresión “interrupción del nexo causal”, tan entendida en la ciencia y la jurisprudencia administrativa de nuestro país, es, pues, incorrecta, y está haciendo referencia, en realidad, a la interrupción (a la exclusión, mejor) de la imputación...”** (La responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria, organización, imputación y causalidad. Primera edición, Ed. Civitas Madrid, 2000, pag. 239.)

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

F A L L A:

REVÓCASE la sentencia del cinco de junio de 1998, proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, en su lugar, niéganse las pretensiones de la demanda.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, CÚMPLASE Y PUBLÍQUESE

MAURICIO FAJARDO GÓMEZ
Presidente de la Sala

ENRIQUE GIL BOTERO

RUTH STELLA CORREA PALACIO