

*SIGUE LA PUGNA ENTRE EL CONSEJO DE ESTADO Y LA CORTE SUPREMA,
POR LA COMPETENCIA PARA RESOLVER CASOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA.*

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCIÓN TERCERA

Expediente: 50001-23-31-000-4535 01

Radicación interna No.: 17.062

Actor: Calixto Herrera Devia y otro

Demandado: Departamento del Meta y otro

Proceso: Acción de reparación directa

Consejero ponente: **ENRIQUE GIL BOTERO**

Bogotá D.C., veinticuatro (24) de abril de dos mil ocho (2008)

Resuelve la Sala recurso de apelación formulado en contra de la sentencia de 4 de mayo de 1999, proferida por el Tribunal Administrativo del Meta, en la cual se decidió lo siguiente:

“Negar la excepción propuesta.

“Negar las pretensiones de la demanda.

“Condenar en costas a la parte actora.” (fl. 459 cdno. ppal. 2ª instancia).

I. ANTECEDENTES

1. Demanda y trámite de primera instancia

1.1. Mediante demanda presentada el 17 de agosto de 1994, Calixto Herrera Devia, en nombre propio y en representación de sus hijos menores: Alcira Mayerly Herrera Reinoso y Camilo Andrés Herrera Reinoso; Darly Carolina Herrera Reinoso, y Shirley Marcela Herrera Reinoso, formularon, por intermedio de apoderado judicial, acción de reparación directa con el fin de que se declararan patrimonialmente responsables al Departamento del Meta y a al Hospital Departamental de Villavicencio, de los perjuicios materiales y morales a ellos infligidos con motivo de la muerte de su esposa y madre, la cual, en su criterio, se produjo el 17 de agosto de 1992, a causa de las fallas en la atención médica y hospitalaria brindada por el Centro de Salud de Fuente de Oro (Meta), y por el Hospital Departamental de Villavicencio (fls. 42 a 51 cdno. ppal. 1°).

Como consecuencia de la anterior declaración, solicitaron que se condenara a las demandadas a pagar las siguientes sumas de dinero: i) por concepto de daño emergente, todos los gastos médicos, quirúrgicos y de transporte especializado en que se incurrió, estimados en \$6.000.000,00; ii) a título de lucro cesante, \$65.000.000,00; iii) para cada uno de los demandantes, por concepto de perjuicio fisiológico o daño a la vida de relación la cantidad de 1.000 gramos de oro y, vi) a título de perjuicios morales, 1.000 gramos de oro a favor de los mismos (fl. 46 cdno. ppal. 1°).

En apoyo de las pretensiones se expusieron, en síntesis, los siguientes hechos (fls.44 y 45 cdno. ppal. 1°):

1.1. Los señores Calixto Herrera Devia y Doris Reinoso, contrajeron matrimonio católico, el 29 de diciembre de 1972, en la ciudad de Ibagué.

1.2. De dicha unión nacieron Darly Carolina, Shirley Marcela, Alcira Mayerly y Camilo Andrés Herrera Reinoso, las dos primeras, para la fecha de presentación de la demanda, mayores de edad.

1.3. El 2 de agosto de 1992, aproximadamente a las 9:00 de la mañana, en el parque principal del municipio de Fuente de Oro (Meta), se presentó una balacera entre desconocidos, con tan mala fortuna que uno de los proyectiles alcanzó a la señora Reinoso –quien se desplazaba por el lugar para tomar el bus con destino al municipio de Granada–, impactándole en su pie izquierdo, causándole fractura en el 4º y 5º metatarsianos y escafoides.

1.4. De inmediato Doris Reinoso fue llevada al puesto de salud de Fuente de Oro, en donde, luego de efectuar una atención básica, fue remitida el mismo día al Hospital Departamental de Villavicencio.

1.5. Recibida en la ciudad de Villavicencio, en el citado centro hospitalario, se dispuso el 3 de agosto del mencionado año, intervenirla quirúrgicamente y luego hospitalizarla en el servicio general de mujeres.

1.6. En el Hospital Departamental de Villavicencio permaneció hasta el 14 de agosto de 1992, cuando su esposo, por la gravedad en que se encontraba, decidió trasladarla al Hospital o Clínica La Magdalena en la ciudad de Bogotá.

1.7. En la clínica La Magdalena permaneció hospitalizada desde el 14 de agosto de la citada anualidad, hasta el 17 de los mismos mes y año, cuando falleció a causa de una invasión de tétanos, ya que no se habían adoptado las precauciones oportunas para evitar dicha situación, tanto por parte del Centro de Salud de Fuente de Oro, como por el Hospital Departamental de Villavicencio.

1.8. En el registro civil de defunción se anota como causa de la muerte un “daño alveolar difuso”, según certificación del médico Germán Beltrán, quien practicó la autopsia al cadáver de Doris Reinoso.

1.9. En el centro médico de Fuente de Oro, como en el Hospital Departamental de Villavicencio, no se adoptaron las medidas idóneas y suficientes, dirigidas a evitar que la herida presentara tétanos y, por consiguiente, se diera una necrosis; por lo tanto, el daño antijurídico resulta imputable a las entidades demandadas.

2. A través de memorial radicado el 14 de septiembre de 1994 (fl. 57 cdno. ppal. 1º), se adicionó la demanda, en el sentido ampliar el acápite de las solicitudes con las ya deprecadas en el escrito inicial.

El Tribunal Administrativo del Meta admitió la demanda y su adición a través de auto de 30 de septiembre de 1994 (fl. 31 cdno. ppal. 1º).

Una vez fijado el proceso en lista fue contestado por el Departamento del Meta (fls. 93 a 98 y cdno. ppal. 1º). El 30 de mayo de 1995, se decretaron las pruebas solicitadas por las partes (fls. 100 a 105 cdno. ppal. 1º) y, por último, mediante auto de 5 de agosto de 1998 se corrió traslado para alegar de conclusión (fl. 435 cdno. ppal. 1º).

3. El Departamento del Meta contestó la demanda en tiempo (fls. 93 a 98 cdno. ppal. 1º) para oponerse a las pretensiones formuladas, en los términos que, a continuación se exponen:

3.1. El cuerpo médico y paramédico que atendió a la paciente, se ciñó a los postulados trazados por la ley, que es cumplir a cabalidad con sus funciones hasta donde la ciencia lo permita; el conjunto de médicos aplicaron, hasta último momento, los conocimientos científicos, las medidas terapéuticas y, así mismo, agotaron todos los recursos a su alcance para restablecer la salud de la señora Reinoso.

3.2. Los médicos dejaron expresa constancia en la historia clínica de la paciente, del peligro de remitirla a otros centros hospitalarios distintos al San Juan de Dios, Simón Bolívar o de Kennedy.

3.3. En ese orden de ideas, se solicita que se decrete la excepción de inexistencia de la obligación deprecada, en tanto, los centros hospitalarios demandados, brindaron un servicio ágil y eficiente, pues, tan pronto requirió la atención profesional, la misma se le brindó de acuerdo con los criterios científicos de la comunidad médica.

4. Corrido el traslado para alegar de conclusión, intervinieron la parte actora, y el Hospital Departamental de Villavicencio (fls. 437 a 442, y 443 a 444 cdno. ppal. 2°).

2. Sentencia de primera instancia

En virtud de aquella el 4 de mayo de 1999, el Tribunal Administrativo del Meta, denegó las pretensiones de la demanda; en su criterio, las entidades demandadas atendieron a la paciente en la órbita de sus posibilidades, y dentro de los parámetros científicos. Además, la institución clínica a la cual ingresó la paciente en la ciudad de Bogotá, no contaba con respirador, lo cual, en criterio del *a quo*, y con apoyo en el dictamen pericial, desconoció la recomendación de los médicos del Hospital Departamental de Villavicencio.

Entre otros aspectos, el tribunal, puntualizó lo siguiente:

“(…) Como se puede observar, por las piezas procesales referidas (historias clínicas y dictamen pericial parcialmente transcrito), el puesto de salud de Fuente de Oro y el Hospital Regional (sic) de Villavicencio actuaron dentro del alcance de sus posibilidades.

“Según el experticio, la intoxicación tetánica requería tratamiento en unidad de cuidados intensivos, era necesaria la utilización de un respirador que en la clínica donde fue remitida la paciente por orden de su familia no lo había; los centros hospitalarios recomendados por los médicos del Hospital de Villavicencio no fueron utilizados por los allegados responsables de la señora fallecida; tampoco sobre decir que el diagnóstico médico en Villavicencio, cuando recomiendan la necesidad de traslado de doña DORIS REINOSO a Bogotá, era el adecuado.

“Entonces mal puede endilgarse a los dos servicios médicos asistenciales que inicialmente trataron a la víctima, responsabilidad en su fallecimiento; lo que se extracta del proceso es que ambas entidades prestaron el servicio hasta donde sus capacidades lo permitieron.

“Lo anterior hace concluir a la Sala que en el presente asunto no tiene lugar la declaratoria de responsabilidad administrativa y en consecuencia tampoco puede impartirse condena por los perjuicios que sufrieran los demandantes.

“(...)” (fls. 446 a 458 cdno. ppal. 2ª instancia – mayúsculas del original).

3. Recurso de apelación

Inconformes con la decisión anterior, los demandantes interpusieron recurso de apelación (fls. 460, 465 y 466 cdno. ppal. 2ª instancia), el cual sustentaron ante el tribunal; mediante auto de 8 de julio de 1999 (fls. 463 y 464 cdno. ppal. 2ª instancia) el *a quo* concedió la impugnación, y a través de

proveído de 8 de octubre de 1999, se admitió el recurso de alzada (fl. 249 cdno. ppal. 2ª instancia).

Por auto de 26 de octubre de 1999 (fl. 251 cdno. ppal. 2ª instancia), se corrió traslado para alegar de conclusión, etapa en la cual las partes guardaron silencio.

II. 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) jurisdicción y competencia en materia de responsabilidad médico – hospitalaria oficial; 2) los hechos probados, 3) caso concreto, y 4) condena en costas.

1. Jurisdicción y competencia en materia de responsabilidad médico – hospitalaria oficial

La Sala es competente para conocer y desatar los recursos de apelación interpuestos, de conformidad con las precisiones trazadas en las sentencias de 19 de septiembre de 2007,¹ toda vez que se trata de definir la responsabilidad de una entidad pública y de varios llamados en garantía, con ocasión de la prestación del servicio público – oficial médico hospitalario, circunstancia por la cual en materia de jurisdicción y competencia se reiteran los planteamientos contenidos en los precedentes citados.

Así las cosas, la Sala debe insistir, respetuosamente, en su discrepancia en relación con la postura asumida por parte de la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, en providencias de 19 de febrero de 2007, exp.

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, expedientes: 15382 y 16010. Se pueden consultar igualmente, las sentencias de 19 de octubre de 2007, exp. 30871, y de 4 de diciembre de 2007, exp. 17918.

29519, y, recientemente, de 22 de enero de 2008, exp. 30621, esta última en la cual, luego de apartarse diametralmente de la posición expuesta por esta Sala en las providencias señaladas en el párrafo anterior, en relación con la jurisdicción y competencia para conocer de asuntos de responsabilidad extracontractual planteados a entidades prestadoras del sistema de salud público, manifestó lo siguiente:

“La Sala considera que a la unidad del sistema debe corresponder la unidad de competencia; y ese que es el espíritu de la Ley sustantiva y procesal no puede considerarse cumplido si se parte del supuesto de que la integridad del sistema de salud deja por fuera a quienes ejecutan el servicio, contra la disposición expresa del artículo 155 de la ley 100 de 1993, que dispone en su parte inicial: *El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado*, y en el numeral 3 dice: *Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas*; el sistema quedaría desmembrado si se considera que las manos que ejecutan las prestaciones son ajenas al sistema; pero más que ello es una especie de decapitación, si los jueces laborales y de la seguridad social no pudieran conocer del contenido de la relación capital, la prestación de salud; y una manera absurda de entender la integralidad de la competencia, si se le limita a conocer las relaciones instrumentales, como si hubiera interés en controvertirlas sin procurar al mismo tiempo obtener el otorgamiento de atención médica, por ejemplo, o reclamar la forma en que ésta se prestó.

“Por lo demás, la tesis del Consejo de Estado, no hallaría acomodo en situaciones gobernadas por la ley 1122 de 2007, que garantiza la integralidad del sistema al disponer que son

indelegables las responsabilidades de aseguramiento de las Entidades Promotoras de Salud.

“No supone lo anterior que todo tema de responsabilidad médica cae bajo la órbita de los jueces laborales, y de la seguridad social; también son jueces naturales los de la jurisdicción civil cuando los servicios prestados tienen su origen en la médica particular, o los administrativos cuando entidades públicas prestan servicios de salud (sic) a quienes no están afiliados o vinculados al sistema.

“(...)”

Los argumentos anteriores, así formulados, implican desconocer, precisamente, los principios de especialidad de la jurisdicción y de la competencia, como quiera que si bien, el Sistema Integrado de Seguridad Social, parte de la aplicación de los principios de universalidad e integralidad, los mismos tienen asidero desde el ámbito sustancial, esto es, en la intencionalidad del Constituyente y del legislador de que todas los habitantes en el territorio nacional, se encuentren cubiertos, bien como afiliados, vinculados o beneficiarios del respectivo sistema, y de cada una de sus ramas de protección.

Por consiguiente, esta Corporación se aleja de la interpretación suministrada en la medida que pretende, por la vía de la generalidad, desconocer los lineamientos contenidos en la ley 270 de 1996 –Estatutaria de la Administración de Justicia (LEAJ)–, en cuanto se reconoce, en la misma – que prima incluso sobre las leyes 712 de 2001 (modificatoria del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social) y 1122 de 2007 (modificatoria de la ley 100 de 1993), la especialidad de esta Jurisdicción para conocer de los conflictos en los cuales haga parte una entidad pública, más aún si la

controversia se deriva de la prestación de un servicio público –el de salud–, en los términos del artículo 49 de la Carta Política.

De otra parte, no resulta de recibo la hermenéutica empleada por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, como quiera que supone derivar de las normas de competencia contenidas en la ley 712 de 2001, un criterio orgánico inexistente, relacionado con los conflictos en los cuales haga parte una entidad o institución del Sistema de Seguridad Social, toda vez que la ley atribuyó a esa Jurisdicción el conocimiento de las controversias referentes a dicho sistema cualquiera que sea la naturaleza de la relación jurídica o de los actos jurídicos que se controviertan (criterio material); por consiguiente, es menester, a efectos de establecer la órbita de competencia de la Corte Suprema, determinar, previamente a la interposición de la demanda, si la controversia o el litigio se deriva del sistema de seguridad social, de lo contrario, el mismo desbordará dicho campo normativo y, en consecuencia, habrá lugar a determinar cuál es la jurisdicción idónea para desatar el conflicto.

Pretender, como lo hace la Sala de Casación Laboral, derivar de la palabra “Integral” –emanada del concepto de carácter sustancial “Sistema Integral de Seguridad Social”– una competencia *ab infinito*, para conocer de todos y cada uno de los conflictos que se originen en el Sistema de Seguridad Social, supone, tal y como se mencionó, desconocer los postulados de jurisdicción y competencia vigentes sobre la materia y, de paso, desechar los reiterados pronunciamientos de la Sala Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura, que han atribuido la competencia en asuntos de responsabilidad extracontractual médico – hospitalaria a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

Lo anterior, toda vez que se desconoce así la independencia de las diversas jurisdicciones establecidas constitucionalmente y, de manera específica, la autonomía que el constituyente le asignó en el artículo 237 de la Carta Política, a la Jurisdicción Contencioso Administrativa. Por consiguiente, de aceptarse la posición mencionada, se estaría transgrediendo la estructura jurisdiccional constitucionalmente diseñada.

De otra parte, el planteamiento de la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, deja de lado, abiertamente, la fuerza de la cosa juzgada constitucional (art. 243 C.P.)², como quiera que la **Corte Constitucional** sobre el particular, y con ocasión del estudio y examen de constitucionalidad del numeral 4 del artículo 2º de la ley 712 de 2001, puntualizó:

“(...) Es de advertir que no es *per se* contrario al Ordenamiento Constitucional la exclusión legislativa del campo de aplicación del sistema de seguridad social integral de algunos sectores de la población, bien porque no hacen parte en estricto sentido del concepto de seguridad social integral, ora por la dignidad que implican los destinos públicos que desempeñan, por las trascendentales responsabilidades que tienen a su cargo o por las especialísimas condiciones en que prestan sus servicios.

“(...) Ahora bien, la especialidad de cada proceso, derivada de la diferente naturaleza del derecho sustantivo que se ocupa, aconseja, por lógicas razones de especialización, su atribución por parte del legislador a órdenes jurisdiccionales concretos, cuya existencia es plenamente compatible con el principio de unidad jurisdiccional, que no supone un orden jurisdiccional único ni

² “Los fallos que la Corte dicte en ejercicio del control jurisdiccional hacen tránsito a cosa juzgada constitucional...”

órganos jurisdiccionales uniformes sino, todo lo contrario, permite o aconseja el establecimiento de órdenes y órganos jurisdiccionales diferentes con ámbito de competencial propio.

“(…) Por lo que hace al planteamiento del actor atinente a que la jurisdicción ordinaria laboral y de seguridad social es más expedita que la contenciosa administrativa, además de tratarse de un cuestionamiento **que escapa al ámbito del control constitucional, no es razón válida para despojar a esta última de los conflictos jurídicos que como se ha dicho se refieren a materias diferentes, esto es, no son comprensivas de la cabal acepción de seguridad social integral, por lo que puede el legislador asignar un juez natural diferente del que conoce de las controversias que sí son de esta especialidad.** No sobra agregar, que fundar la inconstitucionalidad de una ley en la menor agilidad o rapidez de una determinada jurisdicción equivaldría a alejar del ordenamiento jurídico las reglas de competencia de la jurisdicción contencioso administrativo, lo que no sólo sería un despropósito, sino que además no existe argumento constitucional que justifique este aserto.

“Por el contrario, lo que sí podría ser atentatorio contra el eficaz acceso a la administración de justicia sería incrementar la actual congestión de la jurisdicción ordinaria laboral…”

“(…) Finalmente, es de anotar que en lo esencial el numeral 4º del artículo 2º de la Ley 712 de 2001 es *mutatis mutandi* igual al artículo 2º de la ley 362 de 1997, que acogió en forma más explícita la exégesis que las altas Corporaciones de justicia le habían impartido. Valga recordar que en esas sentencias se

precisó que después de la expedición de Ley 100 de 1993, para los efectos del sistema de seguridad social integral no es necesario tener en cuenta la naturaleza jurídica del vínculo ni los actos que reconocieron o negaron un derecho sustancial en esa materia, sino la relación afiliado, beneficiario o usuario, con la respectiva entidad administradora o prestadora de servicios de seguridad social integral. Por tanto, es la materia de la controversia lo que define la jurisdicción competente y no el status jurídico del trabajador. Igualmente se destacó que el legislador en ejercicio de la libertad política de configuración de normas jurídicas y en armonía con los artículos 150-23 y 228 Superiores, tiene un amplio margen de decisión para distribuir una competencia judicial dentro de las distintas jurisdicciones estatales, a fin de que una precisa autoridad judicial ejerza la jurisdicción del Estado en un asunto previamente señalado, bajo estrictos contornos de protección de la vigencia y primacía del debido proceso (C.P. art. 29). Por tanto, bien podía el legislador en ejercicio de esas innegables potestades asignar la competencia a la jurisdicción ordinaria para conocer de las controversias referentes a 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 su relación jurídica y de los actos jurídicos que se controviertan.”³

Como se colige de lo anterior sin dificultad alguna, no es posible aceptar el criterio formulado por la Sala de Casación Laboral, por cuanto, contradice, abiertamente, no sólo los postulados que sobre jurisdicción y competencia están contenidos en el ordenamiento jurídico, sino también los

³ Corte Constitucional, sentencia C-1027 de 2002, M.P. Clara Inés Vargas.

lineamientos expresos que en la materia han sido trazados jurisprudencialmente por la Corte Constitucional, la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia, así como los propios de esta Corporación.

Debe destacarse, de otra parte, que la jurisprudencia de esta Corporación ha sido respetuosa del marco de competencias fijado en la ley, en los términos del numeral 4 del artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social (CPTSS), sin pretender, en ningún momento desbordar los límites propios fijados por el ordenamiento.

La anterior postura, tiene como objetivo garantizar la especialidad y autonomía del juez competente, como quiera que si la responsabilidad del Estado se pretende endilgar vía la formulación de una falla del servicio, previa la comprobación de un daño antijurídico, no es posible entender que dicho perjuicio deviene de la relación jurídica originada en el Sistema Integral de Seguridad Social, sin que ello implique, desde ningún punto de vista, afectar el principio de improrrogabilidad de la competencia, que se refiere a que las partes no pueden elegir al juez que quieren que defina su conflicto, como quiera que el demandante no puede seleccionar al juez competente, pero dicho principio debe partir del supuesto, según el cual la jurisdicción es la correspondiente, y ello está delimitado por la ley, y por los planteamientos que se pretendan formular con la demanda (v.gr. Responsabilidad de una entidad pública por falla del servicio).

En síntesis, pretender asignar la competencia para conocer de la responsabilidad por el acto médico u hospitalario, vía residual, a la Sala de Casación Civil y Agraria de la propia Corte Suprema de Justicia, cuando los servicios prestados tengan origen en una relación contractual privada, y al Consejo de Estado, cuando entidades públicas presten servicios de salud a

quienes no están afiliados o vinculados al sistema, supone por parte de la Sala de Casación Laboral arrogarse un marco general de competencia que no ha sido trazado por el legislador, como quiera que dicha interpretación haría nugatoria las competencias que expresamente el ordenamiento jurídico ha asignado a otros jueces de la República.

En efecto, cuando se imputa la responsabilidad extracontractual de la administración pública, derivada de un hecho, omisión, u operación administrativa en el campo médico, no es posible entender que la misma, por más que el servicio se haya suministrado con ocasión del sistema de salud, deba ventilarse ante la Jurisdicción Ordinaria; por lo tanto, la competencia se derivará del análisis que el Juez de lo Contencioso Administrativo haga frente al asunto concreto, a partir de los postulados establecidos en el artículo 90 de la Constitución Política y, de forma concreta, en relación con el sistema de salud público, desde la perspectiva de la responsabilidad extra contrato. A *contrario sensu*, el análisis desde el sistema de seguridad social, supondrá, en todos los casos, determinar, *prima facie*, la existencia y la calidad de “vinculación” con la entidad prestadora del servicio, esto es, bien a título de afiliado, vinculado o beneficiario, en orden a establecer si la persona que entra en conflicto con la institución respectiva, estaba o no dentro del sistema, lo cual presupone un estudio contractual de cotización.

Por último, es pertinente señalar que la jurisdicción para conocer de un asunto no se puede determinar a partir del análisis específico de ciertas normas de competencia (ley 712 de 2001), como quiera que, el primer análisis que debe efectuar un funcionario judicial, debe ser el de jurisdicción, para establecer con precisión sí el asunto sometido a su consideración es de aquellos que la ley ha asignado expresamente al conocimiento de la estructura jurisdiccional a la cual pertenece el mismo. Una vez constata la jurisdicción para resolver el caso, debe el juez adelantar un segundo análisis circunscrito a

la competencia, en donde deberá valorar si el litigio o la controversia, dentro de la estructura jerárquica y funcional a la que hace parte, está asignada a su conocimiento.

De conformidad con lo anterior, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, pareciera derivar su capacidad para conocer de los asuntos relacionados con el sistema de seguridad social integral de la propia normatividad sustancial del sistema de pensiones, salud y riesgos profesionales, pero no tiene en cuenta que existen regulaciones especiales sobre jurisdicción que deben ser atendidas, por el operador judicial, de manera previa a cualquier estudio de competencia que se efectúe.

No obstante las anteriores precisiones, se reiteran los argumentos planteados, sobre jurisdicción y competencia, contenidos en las sentencias de 19 de septiembre de 2007, los cuales resultan oportunos y se integran en esta ocasión, para asumir una posición definida sobre el tema.

2. Los hechos probados

Del acervo probatorio allegado al proceso, se destacan los siguientes aspectos:

2.1. A folio 10 del cuaderno principal No. 1, obra copia auténtica del certificado de defunción de la señora Doris Reinoso Herrera, en el que se determina que su deceso se produjo el 17 de agosto de 1992, en Bogotá, por un daño alveolar difuso.

Igualmente, se aprecia a folio 12 del mismo cuaderno, partida eclesiástica de matrimonio, en la que consta que los señores Calixto Herrera Devia y Doris Reinoso contrajeron nupcias el 29 de diciembre de 1972.

2.2. En los folios 5, 6, 7, 8 y 9 del cuaderno principal No. 1, obran los registros civiles de nacimiento de Calixto Herrera Devia, Darly Carolina Herrera Reinoso, Shirley Marcela Herrera Reinoso, Alcira Mayerly, y Camilo Andrés Herrera Reinoso.

En los últimos cuatro registros, se da fe de que los señores Doris Reinoso y Calixto Herrera Devia, son los padres de Darly Carolina, Shirley Marcela, Alcira Mayerly, y Camilo Andrés.

2.3. Obran en el proceso, una serie de facturas cambiarias de compraventa y recibos, expedidos por la droguería Tododrogas Ltda., así como por el Hospital Departamental de Villavicencio y la Clínica la Magdalena, que reflejan los gastos en que incurrió el señor Calixto Herrera Devia, durante el tiempo que la señora Reinoso estuvo internada en dichos centros médicos (fls. 15 a 38 cdno. ppal. 1°).

2.4. En los folios 40 y 41 del cuaderno principal número 1°, se halla la discriminación de todos los gastos funerarios y de inhumación que tuvo que asumir el señor Calixto Herrera, a efectos de dar sepultura al cuerpo de su señora esposa, esto es, Doris Reinoso. Dichos documentos corresponden a una relación de gastos, expedida por la Funeraria Fátima de Bogotá y por la sociedad Apogeo Ltda. (Distribuidora de jardines y servicios de sepultura).

2.5. Decreto 781 de 1991, aportado en copia auténtica, mediante el cual se organiza el Sistema Regional de Salud del Departamento del Meta, de donde se desprende que el Hospital Departamental de Villavicencio se encuentra adscrito al Departamento Administrativo de Salud de la entidad territorial (fl. 125 cdno. ppal. 1°).

2.6. Copia íntegra y auténtica del decreto 782 de 1991, por el cual el Gobernador del Meta, crea el Hospital Departamental de Villavicencio como

un establecimiento público descentralizado, del segundo nivel, adscrito al Departamento Administrativo de Salud del Meta, dotado de personería jurídica (art. 1º), con patrimonio propio y autonomía administrativa (fls. 128 a 132 cdno. ppal. 1º).

2.9. Copia auténtica del decreto 784 de 1991 –modificado parcialmente por el decreto número 1240 de 1992–, a través del cual se crea el Departamento Administrativo de Salud del Meta, como organismo encargado de dirigir, orientar, coordinar, controlar y ejecutar las políticas públicas de salud en materia de prestación de servicios de salud (fls. 138 a 155 cdno. ppal. 1º).

2.10. Protocolo de necropsia del cuerpo de la señora Doris Reinoso (copia auténtica), expedido por uno de los patólogos forenses del Instituto de Medicina Legal, el 28 de octubre de 1992, documento en el cual se consignó, entre otros aspectos, lo siguiente:

“I. EXAMEN EXTERNO

“Mujer adulta joven de complexión mediana con herida antigua en pie izquierdo, antecedente de proyectil de arma de fuego. Talla 1,62 mts. Fenómenos cadavéricos: frío, flaccidez generalizada, livideces dorsales. Cara: sin alteraciones. Torax: sin alteraciones...

“II. EXAMEN INTERNO

“Cabeza: sin lesiones. Cráneo: sin fracturas. Cerebro con congestión leptomenígea y edema. Sistema osteomusculoarticular: ver herida de pie izquierdo, presenta membranas purulentas residuales. Vértebras: sin alteraciones.

Médula espinal: se explora, no encontrándose ninguna alteración...

“III. ESTUDIOS SOLICITADOS

“Histología

“CONCLUSIÓN

“MUJER ADULTA QUE FALLECE EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A DAÑO ALVEOLAR DIFUSO POR SEPSIS, ANTECEDENTE HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN PIE IZQUIERDO AFECTADA.

NOTA: NO SE PUEDE ESTABLECER POR LA EVOLUCIÓN Y EL PROCEDIMIENTO DE LA HERIDA DEL PIE NINGUNA TRAYECTORIA.” (fl. 178 cdno. ppal. 1º - mayúsculas y negrillas del texto original).

2.11. Oficio número 1130 del 4 de agosto de 1995, proferido con destino a este proceso, en el cual el Jefe del Departamento Administrativo de Salud del Meta, puntualiza lo siguiente:

“En solicitud a lo referido al envío de certificación sobre el nivel de atención de servicios del Hospital Departamental de Villavicencio y Centro de Salud de Fuente de Oro.

“Las circunstancias presentadas en la paciente Doris Reinoso fueron de orden persona: herida de arma de fue en pie izquierdo con daño de los tendones extensores y flexores con fractura del metatarso que requería tratamiento especializado, siendo por lo tanto referida el día 2 de agosto de 1992 al Hospital Departamental de Villavicencio a donde (sic) ingresó por el

servicio de urgencias ese mismo día (2 de agosto de 1992) a las 2 p.m.

“De orden institucional, el centro de Salud de Fuente de Oro es de primer nivel de atención, y baja complejidad por lo tanto al requerir tratamiento especializado era necesario su traslado al Hospital Departamental de Villavicencio.” (fl. 190 cdno. ppal. 1°).

2.12. Copia de la historia clínica de la señora Doris Reinoso, remitida mediante oficio de 1° de agosto de 1995, por la Jefe del Departamento de Información del Hospital Departamental de Villavicencio (fls. 195 a 223 cdno. ppal. 1°).

La hoja de epicrisis de la mencionada historia clínica determina:

“Paciente quien sufrió HPAF [herida por arma de fuego] de alta velocidad en pie izquierdo por lo cual fue remitida de Fuente de Oro, donde se suturó y se aplicó tetanol.

“(…) Al 10° día de ingreso comienza a presentar dificultad para deglutir y al parecer espasmo en bloque del cuerpo. Se interpreta como tétanos. Se aplica nuevamente tetanol+antitoxina tetánica y se inicia sedación con valium de 10 mg c/12 horas. **Se sugiere remitir a Bogotá a hospital que disponga de respirador (San Juan, Simón Bolívar, Kennedy), pero la hermana asume la responsabilidad y decide remisión a la Clínica La Magdalena** (fl. 198 cdno. ppal. 1° - negrillas fuera del texto).

Así mismo, en la hoja de atención en urgencias en el Hospital Departamental de Villavicencio se lee lo siguiente:

“Paciente remitida de Fuente de Oro, por herida de arma de fuego en pie izquierdo de 4 horas de evolución. Al examinar se encuentra orificio de entrada en región lateral interna y con orificio de salida en región externa lateral, con daño de tendones extensores y flexores con fractura de metatarso. Aplican tetanol y analgésico...” (fl. 196 cdno. ppal. 1º).

2.13. De folios 335 a 345 del cuaderno principal número 2, obran en fotocopia, una serie de documentos remitidos por el Asistente Judicial de la Unidad de Fiscalías de Granada (Meta), consistentes en: i) copia de la inspección practicada al cadáver de la señora Doris Reinoso, por parte de la Fiscalía General de la Nación; ii) resumen de la historia clínica de la paciente Reinoso, elaborada por parte de la Jefe del Departamento de Información y la Coordinadora Técnica del Hospital Departamental de Villavicencio.

Los citados documentos serán objeto de valoración, en tanto que, como pruebas documentales trasladadas del proceso penal (investigación previa), estuvieron a disposición de las partes a lo largo del trámite procesal, circunstancia por la cual se surtió el principio de contradicción de la prueba y, en modo alguno, se vulneraron los derechos al debido proceso y de defensa, como quiera que, todas las partes pudieron controvertir la validez y el contenido de los mismos, en los términos del artículo 289 del C.P.C.

2.14. De folio 382 a 396 del cuaderno principal número 2, obra copia auténtica de la historia clínica de la señora Doris Reinoso, abierta en la clínica La Magdalena en la ciudad de Bogotá⁴.

Del mencionado documento, resulta relevante extraer lo siguiente:

⁴ Resulta importante precisar, que en el documento no se plasmó la fecha en que se realizaron las correspondientes anotaciones médicas.

“Remisión de pacientes – Solicitud [formato elaborado por el Hospital Departamental de Villavicencio]

“De: Hospital Regional de Villavicencio A: Clínica La Magdalena Bogotá

“Paciente quien el día 2/VIII/92 recibió HPAF [herida por arma de fuego] de alta velocidad a nivel de pie izquierdo por lo cual fue remitida de Fuente de Oro a esta institución. Se le realizó limpieza local + suturación + tenanol según nota de remisión.

“(…) EXAMEN FÍSICO

“(…) Ante la sospecha clínica de tétanos se coloca nuevamente tetanol+antitoxina+tetánica de 3000 U. Se inicia sedación con diazepam 10 mg cada 12 horas. Debido a la no disposición del hospital del equipo necesario y a solicitud de la hermana [de la paciente] se remite (fl. 396 cdno. ppal. 2º).

2.15. Experticio, en la modalidad de informe técnico, rendido por el doctor Germán Arturo Beltrán Galvis, Profesional Especializado del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, quien una vez valorada la historia clínica de la paciente Reinoso, y consultado sobre los supuestos fácticos y científicos contenidos en la demanda y en la contestación de la misma, puntualizó:

“Es una mujer de 38 años de edad, quien sufre una herida por arma de fuego en el pie izquierdo con daño de tensores extensores y flexores con fractura del metatarso. La orden de remisión al Hospital Regional de Villavicencio dice que le “ordenaron tetanol y analgésicos”. En fecha 13-08-92 la paciente confirma que le fue aplicado tetanol en Fuente de Oro.

“En otras palabras, la paciente ingresa aparentemente 4 horas después al Hospital de Villavicencio con la herida suturada, con exposición de tendones y pulsos presentes sin evidencia de cuadro febril y con signos vitales estables. El miembro inferior izquierdo estaba inmovilizado con férula de cartón, cubierto con vendas. La orden de remisión no dice si se le practicó lavado exhaustivo, pero si dicha herida fue suturada presumimos que fue lavada, ya que no se sutura sin limpieza previa.

“En el hospital de Villavicencio el día 03-08-92 se le practica lavado quirúrgico con debridamiento del tejido necrótico bajo anestesia. La radiografía del pie reveló fractura conminuta del 5° y base del 4° metatarsianos, como también de escafoides. Se le inicia penicilina cristalina, gentamicina y Keflin con orden de cultivo procedente de la herida. El miembro inferior izquierdo se deja inmovilizado con una férula posterior durante su hospitalización se le practicaron lavados quirúrgicos con debridamiento de tejido necrótico bajo anestesia con solución salina y agua oxigenada. En la historia clínica dichos procedimientos quedaron registrados los días 5, 8, 10, 11 y 13 de agosto de 1992, con la constancia de haber dejado una herida limpia, no obstante expeler un “olor a anaerobios”. El cultivo reportado el 06-08-92 fue positivo para E. Coli y Klebsiella sensibles a cefprofloxacin, netromicina, gentamicina y cefradina, motivo para suspender Keflin, dejando sólo penicilina cristalina y gentamicina.

“Hasta el día 13-08-92 aparentemente todo cursaba sin contratiempos. En la evolución de ortopedia le formulan ciprofloxacina y tramal por la persistencia del olor a anaerobios,

aparición de dolor intenso, tipo picada, que se inicia en cadera y se irradia por todo el miembro inferior izquierdo sin fiebre. A las 14:00 horas aproximadamente la paciente presente de súbito, un movimiento espasmódico en extensión con dolor pero sin dificultad respiratoria ni alteraciones de la deglución. En ese momento se sospecha tétano leve; lo aíslan, sedan con valium y lo observan permanentemente. Ese mismo día el doctor Bejarano a las 14:30 confirma la aplicación de tetanol en Fuente de Oro expresado por la misma paciente y le aplican la antitoxina tetánica 3000 U. Intramuscular, con previa prueba de sensibilidad y nuevamente tetanol 1 ampolla intramuscular agregando luego Meripidina. El 14-08-92 se decide en revista con ortopedia remitirla a Bogotá ante la posibilidad de requerir ventilación asistida mediante respirador. Aún no presentaba dificultad respiratoria ni alteraciones en la deglución.

“En el Hospital de Villavicencio le insistieron a una hermana de la paciente remitirla a los Hospitales de San Juan de Dios, Simón Bolívar o Kennedy, donde le podían garantizar una Unidad de Cuidado Intensivo. La paciente, a juzgar por lo consignado, asumió la responsabilidad y prefirió la remisión a la Clínica La Magdalena.

“(…) Al ingresar a la Clínica La Magdalena, se encontraba ya en mal estado general con “contracciones espasmódicas musculares de extremidades”, leve dificultad respiratoria y con una herida sucia fétida del pie izquierdo. Se le practicó debridamiento y limpieza con aplicación de antitoxina tetánica 40.000 U, penicilina cristalina, relajantes musculares y meperidina.

“Al día siguiente la dificultad respiratoria es mayor requiriendo respirador y la Unidad de la Clínica no tenía uno disponible (en la Epicrisis dice que estaba dañado); afirman además en la Epicrisis que le insisten a la familia remitirla, pero ésta carece de recursos económicos. Le continúan con el tratamiento allí con auscultación de estertores en base de pulmón derecho. Deciden transfundirla pero resultó fallida, ya que hace reacción a la transfusión. Durante los días 16 y 17 presenta dos paros cardiorrespiratorios, siendo el último difícil de contrarrestar; los diagnósticos finales en la Clínica La Magdalena fueron: septicemia y tétanos.

“(…) En segundo lugar, cuando la paciente es remitida a Bogotá presentaba un tétano localizado, es decir con espasmo muscular alrededor de la lesión y dolos y molestias en la herida. Al ingresar a la Clínica la Magdalena tenía probablemente un grado moderado considerando la incipiente dificultad respiratoria, por lo tanto, opino que dicha entidad no era la apropiada para recibir dicha paciente ya que no podía prestarle respiración asistida, ni una adecuada Unidad de Cuidado Intensivo…

“(…) Clínicamente el tétano se puede clasificar con el fin de orientar un enfoque temprano o eficaz, en lo que respecta al manejo ventilatorio del paciente:

“1. Tétano localizado: espasmo muscular alrededor de la lesión.

“2. Tétano generalizado: aparece trismos, opistótonos, disfagia, irritabilidad, rigidez de nuca, hiper-reflexia sin pérdida de conciencia.

“3. Tétano cefálico: cuando hay compromiso de pares craneanos III, IV, IX, X, XII.

“(…) Se sabe que si su período de incubación es muy corto (menor de 24 horas) su mortalidad es más alta. En esta paciente aparece a los 12 días después de recibida la herida y su progresión no es tan rápida aparentemente. Quizás en una buena Unidad de Cuidados Intensivos la suerte de esta señora hubiera podido ser otra.

“(…) Ahora bien, considerando toda la historia clínica y los síntomas, hacen pensar que la señora tuviera efectivamente un tétano originado en la herida del pie izquierdo, producida por un arma de fuego y su aparición coincide casi con el período de incubación descrito para el tétano, el cual es de 6 a 10 días, teóricamente. Se descarta en la autopsia sepsis por otras bacterias, las cuales fueron bien cubiertas por antibioterapia.

“La herida presentada en el pie era altamente contaminada y quizás la aplicación del solo tetanol no resultó suficiente pese a los debridamientos exhaustivos practicados y tratamientos con penicilina cristalina.

“Si todo esto se hubiera contrarrestado con el mantenimiento de una adecuada función ventilatoria, quizás no se hubiera llegado al desenlace fatal ocurrido.

“(…) Es posible que no se haya caracterizado bien la herida desde el comienzo, generando una profilaxis insuficiente. No obstante, el curso de la paciente pudo ser otro si la hubieran llevado a una Institución con una Unidad con Cuidados

Intensivos que le brindara más cuidados con control de su función respiratoria y monitoreo cardiovascular y la posibilidad de una traqueotomía oportuna. Estos hospitales bien hubieran sido: San Juan de Dios o Simón Bolívar, si no tenían recursos económicos.

“(...)” (fls. 412 a 420 cdno. ppal. 2º).

3. Caso concreto

Analizados los anteriores planteamientos, así como los medios probatorios que integran el proceso, la Sala confirmará la decisión apelada con fundamento en el razonamiento que, a continuación, se desarrolla:

3.1. Se encuentra plenamente acreditado el daño antijurídico sufrido por los demandantes, en tanto la pérdida de la vida de su esposa y madre, no constituye una lesión que deban soportar. Por el contrario, el deceso de la señora Doris Reinoso supone, por sí misma, una extinción y aminoración de distintos bienes jurídicos protegidos y amparados por el ordenamiento jurídico, frente a los cuales existe plena protección.

3.2. Dado lo anterior, para la Sala se encuentra acreditado, sin anfibología alguna, la calidad de antijurídica que reviste la lesión inflingida a los demandantes, en tanto no tenían –ni tienen– el deber jurídico de soportarla. En efecto, en tratándose de la prestación del servicio público (art. 49 C.P.) médico – hospitalario, el Estado asume una carga especialísima de protección, toda vez que las personas que se someten a la praxis médica, quirúrgica y/o hospitalaria, lo hacen con la finalidad de que un grupo de personas con un conocimiento profesional y técnico brinden soluciones a situaciones que se

relacionan de manera directa o indirecta con el concepto de salud⁵.

En ese orden de ideas, el principio de confianza legítima⁶ 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.

En esa panorámica, el daño ostenta la naturaleza de cierto, actual y determinado, motivo adicional para predicar el cumplimiento de los preceptos normativos contenidos en el artículo 90 de la Constitución Política, necesarios para sustentar el acaecimiento del mismo.

3.3. Establecida la existencia del daño antijurídico, aborda la Sala el análisis de la imputación con el fin de determinar si en el caso concreto dicho daño le puede ser atribuido a la administración pública y, por lo tanto, si es deber jurídico de ésta resarcir los perjuicios que del mismo se derivan y, en consecuencia, si la sentencia apelada debe ser revocada.

3.4. De conformidad con el acervo probatorio, es claro que, en el caso concreto, no existe forma de atribuir fáctica, ni jurídicamente el daño

⁵ 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/

⁶ "El principio de confianza encuentra uno de sus fundamentos en el principio de autorresponsabilidad. La principal consecuencia es la de que el ámbito de responsabilidad de cada uno se limita a su propia conducta, y sólo bajo especiales circunstancias se extiende a las actuaciones de otro. Por regla general, cada uno debe orientar su conducta de tal forma que no lesione bienes ajenos; pero no es su deber preocuparse por que los demás observen el mismo comportamiento. En virtud del principio de autorresponsabilidad, generalmente sólo se responde por el hecho propio, mas no por el hecho ajeno. "En todo contacto social es siempre previsible que otras personas van a defraudar las expectativas que se originan en su rol. No obstante, sería imposible la interacción si el ciudadano tuviese que contar en cada momento con un comportamiento irreglamentario de los demás. Se paralizaría la vida en comunidad si quien interviene en ella debe organizar su conducta esperando que las otras personas no cumplirán con los deberes que les han sido asignados. El mundo está organizado de una forma contraria. Pese a que se presentan frecuentes defraudaciones, quien participa en el tráfico social puede esperar de las otras personas un comportamiento ajustado a sus *status*; él puede confiar en que los otros participantes desarrollarán sus actividades cumpliendo las expectativas que emanan de la función que le ha sido asignada." LÓPEZ Díaz, Claudia "Introducción a la Imputación Objetiva", Ed. Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Pág. 120 y 121.

endilgado a las entidades públicas demandadas, toda vez que según lo contenido en la historia clínica de la señora Doris Reinoso, así como lo expresado por el perito designado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, si la paciente hubiera sido ingresada a una institución hospitalaria donde se le pudiera brindar un adecuado manejo respiratorio, el desenlace hubiera sido distinto.

Así las cosas, es claro que fue la propia parte demandante, quien con su conducta cercenó en términos causales, la posibilidad de que interviniera un curso causal salvador, esto es, una acción que impidiera la concreción material del resultado.

En efecto, fue la hermana de la paciente, según consta en la historia clínica, quien determinó que aquella fuera remitida a la Clínica La Magdalena, desatendiendo las recomendaciones del cuerpo médico que la venía tratando en el Hospital Departamental de Villavicencio. Sobre el punto y alcance que esta conducta puede tener, la doctrina ha dicho:

“Este problema [el deber de la víctima de contribuir a la disminución del daño], se inscribe dentro de lo que la doctrina llama “deber del perjudicado de mitigar o atenuar el daño sufrido”, que encuentra en la práctica muy interesantes aplicaciones. Cuando la atenuación puede obtenerse mediante una operación quirúrgica o la aplicación de un tratamiento médico, la doctrina se inclina a opinar que es deber del perjudicado someterse a una y otra, siempre que no impliquen riesgos excesivos, resultados aleatorios o graves sufrimientos.

“En otras palabras, el perjudicado no puede exigir reparación por los daños que hubiera podido eliminar con operaciones o tratamientos que entren “dentro de los límites razonables”, en

expresión tan grata a la doctrina anglosajona y utilizada por ella en este punto concreto...”⁷

3.5. En el caso concreto no es posible asignar responsabilidad en cabeza de la administración pública, como quiera que tanto el centro médico de Fuente de Oro, como el Hospital Departamental de Villavicencio, según lo que se deriva de la historia clínica, así como del informe técnico practicado al interior del proceso, demuestran que la paciente Doris Reinoso, contrario a lo precisado en la demanda, sí recibió, en múltiples ocasiones, tetanol y las antitoxinas tetánicas necesarias para contrarrestar la enfermedad.

Cosa distinta, es que, pese a todo el tratamiento suministrado se haya arraigado la bacteria tetánica, produciendo el síndrome neuromuscular⁸ que ella acarrea, para lo cual, según lo precisado por el médico perito, era imperativo un adecuado manejo de la función respiratoria y cardiovascular.

3.6. En esa perspectiva, para la Sala, no es posible imputar el daño antijurídico padecido por los demandantes, al Departamento de Villavicencio y/o al Hospital Departamental de Villavicencio, puesto que, fue una acción asumida por la propia paciente y/o sus familiares la que impidió la posibilidad de tratamiento efectivo y, por consiguiente, de curación. Y de otro lado, las entidades públicas demandadas cumplieron a cabalidad con los postulados profesionales y científicos (*lex artis*), según lo ameritaba el diagnóstico que presentaba la paciente.

⁷ DE ÁNGEL Yagüez, Ricardo “Tratado de Responsabilidad Civil”, Ed. Civitas, Madrid, 1993, Pág. 845.

⁸ Al respecto se puede consultar:
http://www.health.state.ny.us/es/diseases/communicable/tetanus/fact_sheet.htm
<http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkid=103458>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tetanus.html>

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:

Primero. Confírmase la sentencia apelada, esto es, la proferida el 4 de mayor de 1999, por el Tribunal Administrativo del Meta.

Segundo. En firme este fallo **devuélvase** el expediente al Tribunal de origen.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE

MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR

RUTH STELLA CORREA PALACIO

Presidenta de la Sala

MAURICIO FAJARDO GÓMEZ

ENRIQUE GIL BOTERO

RAMIRO SAAVEDRA BECERRA