



UNAULA[®]
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA



Estudio de caso de los fallos por demanda sobre infecciones nosocomiales en el Hospital Francisco Valderrama de Turbo

Autor(es)

Kateryne Córdoba Córdoba

Alexis Cuesta Cuesta

Trabajo de grado presentado para optar por el título de Magísteres en Derecho Administrativo

Asesor

Nataly Vargas Ossa, Magister en Derecho Administrativo

Universidad Autónoma Latinoamericana (UNAULA)

Escuela de Posgrados

Maestría en Derecho Administrativo

Medellín, Antioquia, Colombia

2022

Contenido

1	Introducción	5
1.1	Presentación del caso	5
1.2	Preguntas de reflexión	15
1.3	Definición de la unidad de análisis	16
1.4	Recolección de información y datos	17
2	Análisis e interpretación del caso y de la información	20
2.1	Antecedentes y bases legislativas y jurisprudenciales en torno a las infecciones nosocomiales y temas asociados	20
2.1.1	Antecedentes legislativos de responsabilidad patrimonial y estatal en Colombia por daño antijurídico: responsabilidad médica e infección nosocomial	20
2.1.2	Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico	24
2.1.3	Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico, tratándose de infección nosocomial	27
2.1.4	Políticas públicas en materia de prevención del daño antijurídico	32
2.2	Contexto general y presentación de las quince demandas a estudiar	38
2.3	Análisis e interpretación del caso a la luz de la normatividad vigente	54
3	Lecciones y recomendaciones	60
3.1	Respuesta a las preguntas de reflexión	60
3.2	Respuesta a la hipótesis teórica	65
3.3	Recomendaciones	66
4	Bibliografía	68

Anexo	80
Autorización de la entidad para el uso de la información	80

Lista de tablas

Tabla 1 Porcentajes de pagos por eventos adversos que se presentaron en la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama	10
Tabla 2 Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico	26
Tabla 3 Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico, tratándose de infecciones nosocomiales.....	31
Tabla 4 Demandas por infección nosocomial a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama	38

1 Introducción

1.1 Presentación del caso

En las instituciones de salud y, en especial, en los servicios asistenciales, la causa más común de los errores no necesariamente está en los individuos de forma particular o en su *lex artis*, sino en las fallas del sistema, en las condiciones y en los procesos que conducen a la gente a cometerlas (Ávila et al., 2016). Según Ortega (2016), estos errores se denominan *eventos adversos*, y son el resultado de una atención en salud que, sin intención, produjo daño por “incidente desfavorable, hecho inesperado, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociaciones directa con la atención médica” (Ortega, 2016, p. 5).

En Colombia, la Resolución 1446 de 2006 los define como

[...] lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, por demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad (p. 78).

Estos eventos incluyen también procesos administrativos que, de alguna manera, puedan incidir en un resultado adverso. La misma fuente define la IN como “aquella que aparece 48 horas después del ingreso” (Resolución 1446, 2006).

Precisamente, entre los diferentes eventos adversos existentes, hay un grupo de ellos que tienen en común y que, según Ortega (2016), son particularmente graves por su magnitud, trascendencia y consecuencias en la salud de los pacientes, como, por ejemplo, la reacción adversa

a medicamentos (RAM), reacción alérgica a los alimentos (RAA), infecciones nosocomiales (IN), úlceras por presión (UPP) y dehiscencias de heridas quirúrgicas (Ortega, 2016). De estos y otros eventos adversos que ocurren en el proceso médico-asistencial se desprende la responsabilidad extracontractual con respecto a la relación entre paciente e Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), la cual se da en proporción al daño (Bohórquez, 2019).

Es importante reconocer el doctor Javier Tamayo (citado en Lagos y Reyes, 2008) dice cuáles son las condiciones para que haya responsabilidad contractual. Seguidamente, dice: (i) que haya un contrato válido, (ii) que haya un daño derivado de la ejecución de ese contrato y (iii) que ese daño sea causado por el deudor. El autor hace referencia, además, a que este tipo de contrato son verbales o se presentan cuando el paciente a su ingreso firma una serie de documentos o formatos, aceptando la hospitalización y los procedimientos que se le aplicarán, así como las condiciones de su atención. Una vez el paciente es atendido al haber dado su consentimiento, se establece la relación contractual de manera válida. Esta posición es consecuente con el pensamiento de los presentes maestrandos, porque entendemos que en el proceso de atención y la forma como se relaciona el paciente con la IPS puede surgir perfectamente dicha relación.

Dicho lo anterior, las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias (en adelante, IN) constituyen uno de los eventos adversos de mayor frecuencia en el mundo, cuya ocurrencia se da en países desarrollados y en vía de desarrollo. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) muestra los resultados de un estudio mundial sobre el alcance y los costos de las IN. En este sentido, afirma que (i) en el mundo más de 1,4 millones de personas contraen IN; (ii) entre el 5 % y 10 % de los pacientes que son atendidos en hospitales modernos¹ pueden contraer una o

¹ A propósito, según Tobar (2008), los hospitales modernos son aquellas organizaciones especiales y difíciles de comparar con cualquier otra. Desde un punto de vista sanitario, se les caracteriza como proveedores de la respuesta de mayor complejidad a los problemas de salud de la población y atienden pacientes de diversas extracciones sociales,

más infecciones, y (iii) en los países en desarrollo el riesgo de contraer una IN es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En el caso de los hospitales modernos, si el dato revelado por la OMS es de por sí preocupante, en los hospitales no modernos, que no cuentan con la misma tecnología, habría un porcentaje mayor de contagio por IN.

Es importante resaltar que este trabajo se basó en la responsabilidad del Hospital Francisco Valderrama frente a las IN. La información anterior empleada como referencia de la OMS permite ser contrastada parcialmente frente al objeto de estudio en los siguientes aspectos: (i) cuando se dice que el 60 % de los pagos por eventos adversos por reparación directa corresponden a IN en el HFV, y (ii) cuando quince demandas que constituyen el 100 % todas fueron falladas en contra del HFV en primera instancia.

Por otro lado, la misma fuente asegura que, en países como Estados Unidos, uno de cada 136 pacientes contrae IN, lo que puede conducir a unas 80.000 muertes al año. Asimismo, en Inglaterra, más de 100.000 casos de IN pueden conllevar más de 5.000 muertes en el mismo periodo. Igualmente, en México, 450.000 casos de IN pueden ocasionar 32 muertes al año por cada 100.000 habitantes (OMS, 2021). En cuanto a los costos de las IN, en estos tres países que se toman como ejemplos, pueden alcanzar (con una tasa de cambio vigente a julio 16 de 2021) los 5,249 billones de pesos (Inglaterra), 21,756 billones de pesos (Estados Unidos) y los 286 millones de pesos (México), respectivamente (OMS, 2021).

La OMS presenta algunas estrategias para mitigar los riesgos que se presentan por IN en los diferentes países. Estas son: (i) “calidad y uso de productos sanguíneos”; (ii) “prácticas de

que acuden por diversos motivos o patologías. Esta modernización se debe, en primer lugar, a los cambios en la demanda, porque evolucionan tanto los perfiles de morbilidad como las pautas de consumo y utilización de servicios, y, en segundo lugar, la oferta también cambia, movida por dos grandes motores como son la innovación tecnológica y la competencia.

inyección e inmunizaciones”; (iii) “agua salubre, saneamiento básico y gestión de los residuos”, y (iv) “procedimientos clínicos, sobre todo en la atención de emergencia del primer nivel” (OMS, 2021, párr. 7). Estas estrategias forman parte del reto mundial de mitigar los riesgos de contraer IN y, por supuesto, de evitar los altos costos hospitalarios que esto ocasiona.

Por otra parte, la misma OMS (2003), en su *Prevención de las IN. Guía práctica*, define las IN así:

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento (OMS, 2003, p. 1).

La misma fuente revela que, pese a los avances en la atención hospitalaria y de salud pública, todavía se presentan casos de infecciones en pacientes hospitalizados, a riesgo de perjudicar al personal de los hospitales (OMS, 2003).

Por otra parte, las IN se clasifican, según Fernández (2016), en dos clases: primero, las endógenas, cuando el paciente se contamina por sus propios gérmenes (no generan responsabilidad médica, porque ocurren por hechos del paciente), incidiendo en este caso su situación médica, es decir, “su edad y su patología, sus tratamientos, la calidad de los cuidados médicos y la presencia de gérmenes patógenos para ciertos pacientes debilitados” (Fernández, 2016, p. 853). Segundo, las exógenas, que pueden ser de tres tipos: “aquellas que se transmiten de un paciente a otro, aquellas provocadas por los gérmenes del personal portador de los virus y las infecciones ligadas a la contaminación del medio ambiente hospitalario” (Fernández, 2016, p. 853).

Dicho lo anterior, según la OMS (2003), son varios los factores que inciden en la ocurrencia de las IN, entre los cuales se encuentran la reducción de la inmunidad de los pacientes y los procedimientos médicos que pueden generar vías de infección y transmisión de bacterias en hospitales con hacinamiento, en los cuales se facilita la transmisión por falta de control de infecciones (OMS, 2003). En general, según la OMS (2003), las IN más frecuentes provienen de las heridas quirúrgicas, vías urinarias y vías respiratorias inferiores. Su prevalencia máxima se presenta en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas (OMS, 2003).

Con referencia a las reglas jurisprudenciales del Consejo de Estado en la actualidad, en cuanto a la atribución de responsabilidad por infecciones intrahospitalarias, la Corporación, para efectos de precisar los regímenes de responsabilidad, ha definido las reglas, entre otras, a través de la sentencia de unificación 25000-23-26-000-2001-01343-01(30283) del 29 de agosto de 2013. En esta sentencia, se advierte que los centros médicos deben responder por las infecciones que los pacientes contraen durante su permanencia en ellos, sin importar si se hizo todo lo que podía para evitarla o no.

En este orden de ideas, la Corporación se inclina a favor del paciente, al decidir que, cuando una infección intrahospitalaria produce daño en una persona, se configura una responsabilidad objetiva, lo que obliga al demandado que, para poder exonerarse de la responsabilidad, debe demostrar que hubo culpa exclusiva de la víctima, fuerza mayor o caso fortuito. Esta una postura similar a la francesa con la llamada Ley Kouchner de 2002. En todo caso, el interesado debe acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida dentro del centro hospitalario, y se resalta que es necesario probar que la entidad demandada actuó indebida o negligentemente.

En este orden de ideas, inmersa en la problemática aquí descrita, se encuentra la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Valderrama (E.S.E. HFV) del municipio de Turbo (ubicada en el Urabá antioqueño y chocoano), institución que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad y cuya área de influencia es sobre una población con alrededor de 615.000 habitantes. Al respecto, considerando que el 65 % de la población total del área de influencia no pertenece al municipio de Turbo, esto convierte a dicho hospital en una institución de referencia regional (Cuesta, 2018). Además, conviene aclarar que el 11,8 % de los pacientes proviene de municipios del Chocó como Acandí, Riosucio y Unguía, los cuales poseen carencias en los servicios de salud, puesto que no cuentan con infraestructura necesaria para la atención (Cuesta, 2018). En su mayoría, estos usuarios pertenecen al régimen subsidiado. Por otro lado, el 49,8 % de la población del área de influencia se encuentra ubicado en el área urbana, mientras que el otro 50,2 % está en la zona rural, lo que ha obligado a la E.S.E. a contar con centros de atención a lo largo y ancho de la geografía municipal (Cuesta, 2018).

Adicionalmente, el hospital se encuentra en un plan de riesgo financiero (PGIR), vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud, que resalta el déficit de dicha institución. Entre los rubros significativos que generan mayor compromiso presupuestal, se encuentran pagos por todo tipo demandas por valores superiores a los \$4.500.000.000 entre el 2014 y el 2018; de los cuales \$2.700.000.000 constituyen pagos por eventos adversos. La tabla 1 muestra demandas pagadas por eventos adversos, entre ellos, por IN:

Tabla 1

Porcentajes de pagos por eventos adversos que se presentaron en la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama

Demandas por eventos adversos	Porcentaje
Demandas por presuntas IN	60,1 %

Demandas por presuntas fugas de pacientes psiquiátricos	14,9 %
Demandas por presuntas omisiones de registro de historia clínica	8 %
Demandas por presuntas fallas en el traslado o remisión de ambulancia	6 %
Demandas por presunta falta o insuficiente información en la expedición de consentimiento informado	4 %
Demandas por presuntas caídas del paciente	3 %
Otros	4 %
Total	100 %

Nota. Aquí se muestran los pagos realizados por la E.S.E. HFV por eventos adversos fallados en su contra. Sin embargo, la unidad de análisis objeto de este estudio de caso corresponde a quince demandas falladas en primera instancia en contra de este hospital por IN en el municipio de Turbo. Estas demandas se analizarán en los próximos apartados. Fuente: Datos de la E.S.E. HFV.

Con lo observado en la tabla 1, es posible identificar que existe un mayor porcentaje de hechos que involucran la ocurrencia de eventos adversos en forma de IN, lo cual constituye una dificultad en la E.S.E. HFV que puede afectar gravemente su situación financiera. Se advierte, además, que el hospital no posee una política de prevención del daño antijurídico de los referidos eventos, pese a que cuenta con una política general de administración del riesgo, plasmada en su plan de desarrollo como un compromiso:

La E.S.E. Hospital Francisco Valderrama de Turbo Antioquia declara que en el desarrollo de su actividad ocurren riesgos positivos o negativos, por lo cual se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para la gestión integral de riesgos, que minimicen el impacto de las decisiones que toma la E.S.E. respecto a los grupos de interés. Para ello adopta mecanismos que permitan identificar, valorar, revelar y administrar los riesgos propios de su actividad, acogiendo una autorregulación prudencial (Resolución 189, 2009, art. 38).

De la revisión preliminar de los expedientes, no se advierte univocidad ni armonía en las estrategias de defensa plasmadas por cada uno de los abogados que se han ocupado de representar a la E.S.E. HFV. Asimismo, no se cuenta con un manual, guías, o recomendaciones adoptadas que documenten el tipo de manejo de acuerdo con el evento adverso como son las IN, que, de alguna manera, podrían ser utilizados como estrategia de defensa. Por ejemplo, es muy precario el programa de gestión documental para garantizar el manejo adecuado de la información en contravía con la Resolución 2003 de 2014 y la Ley General de Archivos (Ley 594 de 2000), para documentar y controvertir los casos.

Otro aspecto que vuelve gravosa la situación financiera de la E.S.E. HFV, por el impacto en demandas y fallos originados en responsabilidad extracontractual y por la existencia de presuntas infecciones intrahospitalarias, es precisamente la tendencia decisional del Consejo de Estado, con relación al tratamiento que le dan a las IN, capaz de comprometer la responsabilidad de la administración.

En este sentido, se plantea que, si bien dentro del ejercicio de la profesión médica se pueden presentar actuaciones que probarían la idea de una mala práctica en contra de la integridad de un paciente y que son una clara contradicción con los principios que plantea la *lex artis*, en el caso de la afectación o falla en una entidad prestadora de servicios de salud, se puede hablar también de factores de tipo administrativo que implicarían una relación de dependencia entre el médico y la ISS, como actor del sistema de seguridad en salud en Colombia. A su vez, la relación de causalidad se da entre el daño y la enfermedad de carácter intrahospitalario. En consecuencia, dicha relación podría tener incidencia en una eventual decisión con relación al daño antijurídico y las debidas correcciones a que haya lugar (Consejo de Estado, 2011).

Por lo anterior, y frente a tales posiciones, se debe anteponer una política de prevención del daño antijurídico como herramienta de la administración pública que contribuya al mejoramiento de la situación de la E.S.E. HFV en relación con las IN. Precisamente, la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (2013a) afirma con respecto a la problemática existente generada por el aumento de los requerimientos del público en contra de las instituciones del Estado, que surgió la necesidad de contrarrestar esta situación mediante la implementación de una política de prevención del daño antijurídico.

Esta política debe estar ligada a un sistema estructurado de procedimientos legales que no solo permitan una actividad de predisposición con relación a las decisiones que van en detrimento de dichas instituciones, sino que, además, cuando se llegue a la última instancia, dicho sistema pase por un exhaustivo proceso de revisión por una entidad competente (Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, 2013a).

Con relación al abordaje de los componentes de la gestión jurídica del Estado, la Agencia también afirmó que es imperioso que se retome el concepto de *ciclo de defensa jurídica*, que está vinculado con la representación judicial del Estado (Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, 2013b), y que consiste en la aplicación de las etapas inherentes al ciclo, tales como prejudicial, judicial, de cumplimiento de fallos y sentencias y de acciones de repetición. Sin embargo, sobre este ciclo puede observarse que, aun cuando a menudo la función de defensa jurídica del Estado suele asociarse con la tarea de representación en sede judicial, la función de los organismos de defensa jurídica no comienza ni finaliza ante los tribunales.

Por el contrario, la defensa jurídica puede ser modelada por un ciclo compuesto por las siguientes etapas: (i) prevención del daño antijurídico, (ii) uso de métodos alternativos de resolución de conflictos, (iii) representación del Estado en juicio, (iv) cobranza y pago luego de la

sentencia judicial y (v) mecanismos de repetición y llamamientos en garantía (Agencia Presidencial de Cooperación Internacional, 2019).

En este sentido, la primera etapa se desarrolla en la administración, por cuanto propende a prevenir el daño antijurídico; la segunda busca evitar un escenario judicial por medio de mecanismos alternativos de solución de conflictos; la tercera se concreta en el estadio judicial que concluye con la sentencia o condena, y la cuarta es después del juicio y busca recuperar los recursos pagados por el Estado mediante el ejercicio del medio de control de repetición o del llamamiento en garantía con fines de repetición (Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, 2013a).

Dicho lo anterior, el presente estudio comprende la metodología de estudio de caso único, debido a que se analizará un contexto determinado (E.S.E. HFV) y se profundizará en el fenómeno de las IN en relación con las demandas que le han impetrado al hospital en los estrados judiciales. Además, es un estudio de caso instrumental (Yin, 2014), por cuanto busca reflexionar sobre la teoría, que para este trabajo es la normativa legal vigente y avanzar en su conocimiento con relación a la realidad. En cuanto a la unidad de análisis del caso estudiado, tal y como lo afirma Bernal (2010), “‘el caso’ objeto de estudio es comprendido como un sistema integrado que interactúa en un contexto específico con características propias. El caso o unidad de análisis puede ser una persona, una institución o empresa, un grupo, etcétera” (p. 116). Por ende, la unidad de análisis son quince demandas sobre IN en contra de la E.S.E. HFV, las cuales se encuentran en curso en los juzgados administrativos de Turbo con fallos en primera instancia. Teniendo en cuenta lo mencionado, la hipótesis teórica planteada es la siguiente.

Con base en anteriores fallos registrados en sentencias del Consejo de Estado (Sentencia 2001-01343/30283/13, 2013; Sentencia 17333/09, 2009; Sentencia 1997-13350/13, 2013; Sentencia 2006-01328/36565, 2017; Sentencia 1990-06951-01, 2013), el juez contencioso

administrativo en casos de primera instancia seguirá fallando en contra de la E.S.E. HFV en el circuito de Turbo, porque, primero, la jurisprudencia del Consejo de Estado, que es el tribunal de cierre del contencioso administrativo, tratándose de infecciones nosocomiales, las falla bajo un régimen de responsabilidad objetiva, bajo el título de imputación riesgo excepcional-riesgo álea. En otras palabras, la jurisprudencia falla en contra del hospital por considerar que la IN es una actividad médica riesgosa en determinadas circunstancias que conllevan sacrificios o cargas excepcionales, las cuales no deben soportarse por parte de la ciudadanía y, por ende, a través de la administración se debe hacer la correspondiente indemnización. Además, este escenario se agudiza por el hecho de que la E.S.E. HFV no aplica una política de prevención del daño antijurídico, como tampoco los demás componentes inmersos dentro de la gestión jurídica del Estado. En segundo lugar, la E.S.E. HFV no maneja procesos técnicos ni documentales capaces de demostrar que la infección nosocomial fue contraída fuera del hospital, para que constituyera un elemento de defensa jurídica en la prevención del daño antijurídico.

Sumado a lo anterior, existe la Sentencia 25000-23-26-000-1995 del 10 de mayo de 2014, que marca un punto de inflexión para compararla con la hipótesis planteada y, por ende, analizar el caso con miras a proponer otras vías de solución a las demandas de reparación directa que recibe la E.S.E. HFV. Dicha sentencia señala el cambio de postura del tribunal de un régimen de responsabilidad subjetiva a uno de responsabilidad objetiva. Ese cambio de postura constituye un elemento importante para el análisis del caso.

1.2 Preguntas de reflexión

Con base en la problemática ya expuesta en la E.S.E. HFV, se plantean las siguientes preguntas de reflexión:

- ¿Cuáles son los criterios jurídicos que sirven como estrategia para la defensa técnica de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama en los casos que se presentan de demandas de reparación directa derivadas de la existencia de daños originados por IN?
- ¿Cuál sería la política de prevención del daño antijurídico que se podría implementar para los casos de demandas de reparación directa derivadas de la existencia de daños originados en IN en la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama en su estrategia de defensa con relación a las demandas de reparación directa, derivadas de la existencia de daños originados en IN?
- ¿Cómo podría la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama mejorar los procesos técnicos y documentales para demostrar que la IN fue contraída fuera del hospital?

1.3 Definición de la unidad de análisis

La unidad de análisis seleccionada fueron concretamente quince demandas en contra de la E.S.E. HFV del municipio de Turbo (Antioquia, Colombia). La razón por la cual se escogieron exactamente quince demandas fue porque eran las que, en el periodo entre 2013 y 2017, se encontraban vigentes en proceso litigioso. Esta selección de las demandas se realizó con consentimiento informado (ver anexo) en el 2019, por lo tanto, eran las demandas existentes a la fecha. Con referencia a las razones por las cuales se escogió el contexto de la E.S.E. HFV, primero, es un contexto cercano a los presentes investigadores en el que se facilitó la obtención de información, es decir, las quince demandas. Segundo, la E.S.E. HFV es una institución esencial para la salud como urabaenses, por ser el único hospital público de mediana complejidad, con una población de influencia de 615 mil habitantes aproximadamente. Además, este hospital estuvo a

punto de ser intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud, por sus precarias condiciones financieras. Por lo tanto, una de sus mayores dificultades es precisamente la cantidad de fallos y pagos por demandas jurídicas de todo tipo.

De esta institución prestadora de servicios de salud se tomaron las demandas de reparación directa que están en curso y que han sido falladas en primera instancia en los Juzgados Administrativos de Turbo y que, automáticamente, pasaron a segunda instancia al Tribunal Administrativo de Antioquia.

1.4 Recolección de información y datos

Se hizo recolección, conteo y búsqueda de las sentencias del Consejo de Estado, en las que se pudo verificar el año de la sentencia (sentencias entre el 2009 y el 2017; ver tabla 3), la postura del tribunal y el régimen de imputación.

La recolección de información y datos se hizo tomando quince casos de demandas de reparación directa en contra de la E.S.E. HFV. Cada demanda contiene la etapa o primera instancia, la referencia, el tipo de proceso, los hechos y argumentos de la demanda, las pretensiones procesales, las excepciones y la consideración de la sentencia de primera instancia. El análisis de las demandas recolectadas se hizo de manera hermenéutica, es decir, por medio de una interpretación de documentación a la luz de la normatividad vigente y/o desarrollo jurisprudencial (leyes y sentencias) y de revisión documental (Sandoval, 2002), lo que hace que este estudio sea cualitativo (Hernández et al., 2010). Igualmente, con este análisis e interpretación se resolvieron la hipótesis y las preguntas de reflexión.

Igualmente, se tuvieron en cuenta, para el desarrollo del caso, la siguiente documentación médico-asistencial:

Historia clínica: Según la Resolución 1995 de 1999, la historia clínica “es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención” (art. 1). Las historias clínicas que se tuvieron en consideración provienen de los quince casos analizados. La misma resolución, en su artículo 13, menciona que la custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud, en este caso, la E.S.E. HFV.

Evolución o notas de evolución: Según Guzmán y Arias (2012), la evolución “Registra el desarrollo de las condiciones del enfermo en el curso de los siguientes días, semanas, meses o años de tratamiento” (p. 23). Igualmente, “Las notas de evolución deben ser cuidadosas y transcribirse luego de analizar lo ocurrido en días anteriores” (p. 23).

Protocolos médicos: Según Román (2012), es un documento que “describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud” (p. 2). Además, “Los protocolos pueden formar parte de las GPC y se usan especialmente en aspectos críticos que exigen apego total a lo señalado, como ocurre en urgencias (reanimación) o bien cuando hay regulación legal, como en medicina forense” (p. 2).

En el análisis se expusieron los principales problemas detectados de estos tres tipos de documentos en su manejo en la E.S.E. HFV, para luego establecer la triangulación con las quince demandas y con la teoría o derecho disponible. La idea era profundizar en el fenómeno y encontrar argumentos que permitan a la E.S.E. HFV prevenir los casos de IN, así como tener sus procesos al día para presentar una buena defensa ante los procesos litigiosos que puedan surgir.

Metodológicamente, cada vez que se mencionaba una de las demandas en el análisis, se usó la convención “demanda de reparación directa” y su respectiva codificación (DRD 1, DRD 2,

DRD 3...). El análisis incluyó también cuatro categorías (asepsia o cuidado, soporte técnico-médico, trazabilidad del paciente y criterio administrativo), con las cuales se revisaron las demandas en que más incidieron estas categorías para la determinación de daño antijurídico por responsabilidad objetiva. La selección de estas cuatro categorías se justifica porque forman parte del proceso técnico-asistencial de una institución, y si en alguna de esas cuatro se presentan errores, estos pueden afectar la salud del paciente.

Primero, la asepsia o cuidado consiste en la efectiva limpieza que deben realizar las instituciones de salud para evitar que se presente algún tipo de infección. Segundo, el soporte técnico-médico hace referencia al uso de los equipos, los niveles tecnológicos y la pericia médica necesaria para evitar un desenlace fatal en la salud del paciente, tratándose de IN. Tercero, la trazabilidad del paciente es el recorrido que este hace cuando ingresa a una institución hasta que sale de ella. Además, dependiendo de su patología médica, debe pasar por todos los servicios necesarios en los que se le permita diagnosticar adecuadamente la enfermedad para darle un tratamiento médico necesario. Finalmente, el criterio administrativo se refiere a las actuaciones de la administración, como ente rector, que puedan llevar a tener una consecuencia médica en la salud de los pacientes, como, por ejemplo, la no disponibilidad de los medicamentos adecuados, el no mantenimiento de los equipos médicos, entre otros.

2 Análisis e interpretación del caso y de la información

El presente análisis se divide en tres apartados o capítulos principales. El primero expone los antecedentes y bases jurisprudenciales en torno a las IN y otros temas asociados a ella. El segundo aborda un contexto general de las quince demandas a estudiar. Finalmente, el tercero analiza e interpreta el caso a la luz de la normatividad vigente, antes de presentar el apartado de lecciones y recomendaciones, que da respuesta a las preguntas de reflexión e hipótesis teórica y expone las recomendaciones correspondientes.

2.1 Antecedentes y bases legislativas y jurisprudenciales en torno a las infecciones nosocomiales y temas asociados

En este primer capítulo de contenido, se exponen los antecedentes asociados con la responsabilidad patrimonial y estatal en Colombia por daño antijurídico, así como la línea jurisprudencial Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico en general, así como también con enfoque en las IN. En este apartado se puede vislumbrar el trasegar de las leyes y sentencias en el tratamiento de este tema, para así marcar una línea divisoria entre los fallos del Consejo de Estado por responsabilidad subjetiva y por responsabilidad objetiva.

2.1.1 Antecedentes legislativos de responsabilidad patrimonial y estatal en Colombia por daño antijurídico: responsabilidad médica e infección nosocomial

Los antecedentes de responsabilidad patrimonial y estatal en Colombia por daño antijurídico, según Arenas (2018), se pueden dividir en tres periodos. El primero comienza a mediados del siglo XIX. En este tiempo había una gran dificultad por la inexistencia de un principio constitucional que reconociera la responsabilidad estatal. No obstante, en 1864 la Corte Suprema de Justicia

condenó al Estado al pago de ganado que se tomó para el sostenimiento del Ejército Nacional. Luego, en 1964, la competencia se trasladó definitivamente, con respecto a los juicios de responsabilidad estatal, a la jurisdicción del contencioso administrativo.

El segundo periodo se denomina “constitucionalización de la responsabilidad pública” (Arenas, 2018), que se origina con el artículo 90 de la Constitución de 1991. Allí se distinguen dos dimensiones: la responsabilidad objetiva y la subjetiva, y surge la idea rectora del daño antijurídico. Tal y como lo afirma Tejada (2017), existe responsabilidad objetiva cuando se ocasionan perjuicios a las personas en ejercicio de una actividad lícita estatal, lo cual genera una desigualdad frente al sistema de cargas que estas deben soportar. Bajo este tipo de imputación, existirá responsabilidad sin importar que exista o no culpa de la administración, y es necesario demostrar únicamente el daño y nexo de causalidad. Sobre la responsabilidad subjetiva, surge cuando la administración se sustrae del cumplimiento de sus obligaciones o que la prestación del servicio haya sido irregular, defectuosa o se extralimite en el ejercicio de las mismas.

Por último, el tercer periodo se fundamenta en el artículo 93 de la misma Constitución, bajo el amparo del bloque de constitucionalidad, el cual es utilizado como parámetro del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto ha sido normativamente integrado a la Constitución por diversas vías y por mandato de la misma.

Así, con referencia al bloque de constitucionalidad, y según Arango (2004), el artículo 9 de la Constitución reconoce relaciones exteriores del Estado; el artículo 94 reconoce la enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en convenios internacionales vigentes; el artículo 214 hace referencia a que en los estados de excepción no podrán suspenderse los derechos humanos ni las libertades fundamentales; el artículo 53 señala que los convenios internacionales del trabajo ratificados hacen parte de la legislación, y el artículo 102 se refiere a los

límites señalados en la forma prevista por esta Constitución solo podrán modificarse en virtud de tratados aprobados por el Congreso. En medio de todo, el artículo 93, en concordancia con los artículos mencionados, constituye la evolución del concepto de bloque de constitucionalidad frente a la responsabilidad del Estado.

Además, en este periodo se plantea una responsabilidad estatal ampliada, que tiene que ver con el derecho internacional como fuente normativa. Con base en este recorrido, el fundamento de la responsabilidad estatal no solo es constitucional, sino también supraconstitucional.

Dentro de la responsabilidad estatal y entre particulares se encuentra la responsabilidad médica, la cual tuvo inicio a partir de 1870, año en que se graduaron los primeros médicos en Colombia (Beltrán y Torres, 2020). Luego, con la Ley 112 de 1873, el Estado les asignó responsabilidad a los galenos en el caso del aborto, a excepción de que fuese necesaria esta práctica para preservar la vida de la madre. Así, los artículos 488 y 489 establecen esta responsabilidad, cuya pena (reclusión o presidio) estaba entre seis meses a dos años, incluido el “destierro por dos a seis años del distrito en que se cometa el delito, con inhabilitación por cinco años para ejercer su profesión” (Ley 112, 1873, art. 489).

Posteriormente, se expidió la Ley 19 de 1890, que establece con claridad el código médico para su ejercicio. Allí refiere la prohibición de ejercer la profesión médica sin permiso o sin estar acreditado, ante lo cual recibiría multa o sanción por (i) falta de pericia o descuido; (ii) no alertar a las autoridades cuando en el ejercicio de la actividad detectara algún tipo de envenenamiento, o también (iii) no alertarlas frente a la detección o descubrimiento de enfermedades o condiciones que la policía haya tipificado como especiales; (iv) no mantener el sigilo o secreto profesional, inducir el aborto sin justa causa, entre otros.

Más tarde, en el Decreto 592 de 1905, se reglamenta nuevamente la profesión médica y se establecen reglas, condiciones y prohibiciones para el ejercicio profesional. Años después, el Código Penal de 1936 se refirió especialmente al tema de responsabilidad médica, al delito contra la salud pública y al uso de medicamentos adulterados (Ley 95, 1936). Luego surge el Decreto 2831 de 1954, que establece el ejercicio y cumplimiento de la profesión médica. Por último, con la Ley 23 de 1981, denominada Código de Ética Médica, hoy vigente, se recogió todo el accionar y las prohibiciones de la práctica médica, con su Decreto Reglamentario 3380 de 1981.

Ahora bien, es pertinente afirmar que la IN es una subclasificación de la responsabilidad médica. Las IN, de alguna manera, aparecen como una infección que se adquiere dentro del hospital y que no se había contraído al momento del ingreso al mismo. Cabe aclarar que, tratándose de IN, se clasifican en exógenas (que son las adquiridas en el entorno del paciente) y endógenas (son causadas por la propia flora del paciente). Ambas pueden ocurrir estando el paciente dentro de la institución hospitalaria. Según Espinoza (2020), tienen sus primeros orígenes en el siglo XVIII, principalmente por médicos escoceses. Al respecto, Sir John Pringle realizó las primeras observaciones y dedujo que las IN eran consecuencia de la masificación hospitalaria. Al principio del siglo XX, comenzaron a implementarse diferentes intervenciones o medidas para disminuir el impacto de las IN. Según el mismo autor, en los años cincuenta, en Estados Unidos se implementó un control de IN, y comenzaron a surgir los antibióticos para dicho fin.

A su vez, en Colombia, la Ley 09 de 1979 consideró la salud como un bien de interés público y estableció normas de vigilancia, dentro las cuales quedaron establecidas las IN. Posterior a ello, en 1984, con el Decreto reglamentario 1562, se estableció que “Todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, conformará su respectivo Comité

de Infecciones Intrahospitalarias, según las normas que establezca el Ministerio de Salud” (art. 23).

Luego surge la Resolución 4445 de 1996, que establece las condiciones que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en lo que respecta a las condiciones sanitarias. En esta resolución se incluye el cuarto para aislamiento para los pacientes. Posterior a eso, mediante la Resolución 1164 de 2002, se adopta el manual de procedimiento para la gestión integral de residuos, a los cuales, sino se les da un buen manejo, se constituyen en unos agentes de alto riesgo de IN. En el año 2004 se expide la Resolución 2183, en la que se establecen las buenas prácticas de esterilización para los prestadores de servicio, teniendo en cuenta la importancia de este proceso en el servicio de cirugía y en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que son los espacios en que más se contrae las IN (Vilca et al., 2020).

En el año 2006 se establece, en el Decreto 1011, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con la idea de instaurar la obligatoriedad en los pasos que se deben observar en el servicio para evitar eventos adversos o contrarios como las IN. Igualmente, en el Decreto 3518 de 2006, en su artículo 37, se establece la obligatoriedad en la creación de comités de IN. Más tarde, en el 2014, por medio de la Resolución 2003, se establecen los procedimientos y condiciones de inscripción de todo aquel que pretenda prestar servicios de salud, mediante una serie de procesos prioritarios en todos los niveles de la institución.

2.1.2 Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico

La jurisprudencia del Consejo de Estado, desde 1991 hasta la fecha, se ha encargado de fallar la responsabilidad médico-hospitalaria, con base en tres tesis, todas ellas bajo un régimen de

responsabilidad subjetiva: (i) tesis de la falla probada del servicio, (ii) tesis de la falla presunta del servicio y (iii) tesis de la carga dinámica de la prueba. La tabla 2 demuestra que las tres tesis coexisten simultáneamente. Sin embargo, la tesis de la falla probada del servicio parece demostrar la tendencia actual del Consejo de Estado.

La tesis de la falla probada del servicio se presenta como título de imputación cuando el demandante alega que existió falla en el servicio médico asistencial, y en tal caso deberá acreditar o probar, primero, la falla; segundo, el daño antijurídico, y, tercero, el nexo de causalidad entre estos dos últimos (Consejo de Estado, Sentencia n.º 73001-23-31-000-1997-04867-01, 2011).

Con respecto a la falla presunta del servicio médico, es obligación del actor probar cómo mínimo los supuestos que permiten la operancia de la presunción, como sería el caso de que, si alguien si alegare que resultó lesionado por una intervención quirúrgica inadecuada, deberá probar, en términos generales, que por lo menos se le prestó el servicio en determinada fecha y que allí sufrió el daño cuya indemnización pretende (Consejo de Estado, Expediente 6754, 1992).

En cuanto a la carga dinámica de la prueba, esta consiste en una “regla que permite al juez en el caso concreto determinar cuál de las partes debe correr con las consecuencias de la falta de prueba de determinado hecho, en virtud a que a ésta le resulta más fácil suministrarla” (Bermúdez, 2015, citado en Ospina et al., 2017, p. 9). En este sentido, esta tesis, que se encuentra contenida en el Nuevo Código General del Proceso de 2012 (Ley 1564, 2012, art. 167), surgió precisamente por un caso de responsabilidad médica en Argentina (Ospina et al., 2017).

La tabla 2 expone las diferentes tesis de la línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico. Como se puede evidenciar, el Consejo de Estado entre 1991 y 1992 falló bajo la tesis de la falla probada del servicio y también bajo la tesis de falla

presunta. Luego, entre el año 2000 y 2004, falló bajo la tesis de la carga dinámica de la prueba; y entre los años 2006 y 2016, lo hizo bajo la tesis de la falla probada del servicio.

Igualmente, se observa en esta misma tabla cuáles son las sentencias hito. Por ejemplo, en la tesis de la falla probada del servicio, es el Expediente 6253 del 13 de septiembre de 1991. En ese sentido, la sentencia hito con relación a la tesis de la falla presunta del servicio, corresponde al expediente 6897 del 30 de julio de 1992. Finalmente, sobre la tesis de la carga dinámica de la prueba, la sentencia hito corresponde al Expediente 11878 del 10 de febrero de 2000.

Tabla 2

Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico

Tesis de la falla probada del servicio	Tesis de la falla presunta del servicio	Tesis de la carga dinámica de la prueba
Consejo de Estado, Sección Tercera. (13 de septiembre de 1991). Expediente 6253 [MP. Carlos Betancourt Jaramillo] (Sentencia hito)	Consejo de Estado, Sección Tercera. (30 de julio de 1992). Expediente 6897 [MP. Daniel Suárez H.] (Sentencia hito)	Consejo de Estado, Sección Tercera. (10 de febrero de 2000). Expediente 11878 [MP. Alier Hernández E.] (Sentencia hito)
Consejo de Estado, Sección Tercera. (14 de febrero de 1992). Expediente 6477 [MP Carlos Betancourt Jaramillo] (Sentencia confirmadora)	Consejo de Estado, Sección Tercera. (24 de agosto de 1992). Expediente 6754 [MP. Carlos Betancourt Jaramillo] (Sentencia confirmadora)	Consejo de Estado, Sección Tercera. (22 de mayo de 2004). Expediente 14212 [MP. Alier Hernández E.] (Sentencia confirmadora)
Consejo de Estado, Sección Tercera. (11 de mayo de 2006).		

Tesis de la falla probada del servicio	Tesis de la falla presunta del servicio	Tesis de la carga dinámica de la prueba
Expediente 14400 [MP. Ramiro Saavedra] (Sentencia confirmadora)		
Consejo de Estado, Sección Tercera. (20 de octubre de 2014). Expediente 30166 [MP. Olga Valle de De la Hoz]. (Sentencia confirmadora)		
Tercera. (03 de octubre de 2016). Expediente 31159A [MP. Ramiro Pazos Guerrero] (Sentencia arquimédica)		
Fuente: Elaboración propia		

2.1.3 Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico, tratándose de infección nosocomial

En este apartado se hará un recorrido por la línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico, tratándose de IN. La Sentencia 17333 del 19 de agosto de 2009 se constituye como la sentencia fundadora, toda vez que señaló por primera vez que los daños causados por infecciones de origen hospitalario, vacunas y medicamentos deben ser imputados bajo una perspectiva objetiva de responsabilidad. En tal caso, no es determinante demostrar que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, ante lo cual el Consejo de Estado cambió la postura y encauzó la IN como una actividad riesgosa, la falló con un enfoque de

responsabilidad objetiva y le imputó el título de riesgo álea. El Consejo de Estado ha sostenido que el análisis de responsabilidad de las IN debe hacerse bajo el régimen objetivo de responsabilidad a través del título de imputación del riesgo excepcional, y entre sus cuatro modalidades (riesgo peligro, riesgo beneficio, riesgo conflicto y riesgo álea), el riesgo álea, a juicio del Consejo de Estado, es la más apropiada para imputar jurídicamente responsabilidad a la administración por daños que se derivan de la IN.

Luego, en Sentencia 25000-23-26-000-1990-06951-01 del 28 de febrero de 2013, el tribunal de cierre de lo contencioso administrativo imputó las IN a título de riesgo álea. Sumado a esto, hizo la claridad de que la única forma en que pudiese exculparse a la entidad hospitalaria es si esta pudiera demostrar (i) culpa exclusiva de la víctima, (ii) fuerza mayor o (iii) caso fortuito.

Meses más tarde, en Sentencia 1997-13350 del 29 de mayo de 2013, el Consejo de Estado mantuvo la postura e imputó de nuevo bajo un régimen de responsabilidad objetiva a título de riesgo álea, con el argumento de que el lesionado, cuando ingresó a la institución, estaba libre de infección alguna y que los microorganismos que provocaron dicha infección fueron adquiridos dentro de las instalaciones del hospital. Esto ocurrió nuevamente el 29 de agosto de 2013, en Sentencia 25000-23-26-000-2001-01343-01(30283), cuando el Consejo de Estado se sostuvo en su posición de imputar bajo un régimen de responsabilidad objetiva. Sin embargo, esta sentencia se constituye como la más importante de las aquí expuestas (incluida la Sentencia 17333 del 19 de agosto de 2009), porque es una sentencia de unificación del Consejo de Estado, con relación al tratamiento de responsabilidad a las IN.

Por otro lado, es importante resaltar la Sentencia 1996-13709 del 25 de junio de 2014, porque en ella el Consejo de Estado, al referirse a la responsabilidad estatal, dejó a disposición del juez definir el régimen de imputación, y solo le es exigible la construcción de una motivación que

consulte las razones tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar. Por consiguiente, al ser las consecuencias antijurídicas de las IN un problema de responsabilidad estatal en las instituciones de salud pública, tendría el juez, entonces, la posibilidad de imputar bajo el régimen de responsabilidad objetiva o del régimen de responsabilidad subjetiva, dependiendo del conocimiento y las razones jurídicas o fácticas que este tenga.

Dicho lo anterior, en el 2014, en Sentencia 25000-23-26-000-1995-11369-01(27771) del 10 de septiembre, el Consejo de Estado imputa nuevamente a título de riesgo álea, y desarrolla los diferentes medios susceptibles de ser analizados bajo el régimen de responsabilidad objetiva, ante lo cual dice: (i) cuando hay manipulación de cosas peligrosas, (ii) cuando un procedimiento implica o conlleva un progreso en la ciencia y se desconocen sus consecuencias, por ser precisamente novedoso, (iii) cuando en el acto médico se emplean químicos, vacunas y reacciones adversas, incluidas las IN.

Finalmente, en la Sentencia 2006-01328/36565 del 18 de mayo de 2017, de la Sección Tercera del Consejo de Estado, el tribunal de cierre dijo que era a la entidad demandada a quien le correspondía acreditar la diligencia y cuidado en la atención para poder exculparse. Con esta postura, la Sección Tercera aplicó el régimen de responsabilidad subjetiva, con el título de imputación “falta presunta del servicio”; es decir, le dio el mismo tratamiento a la IN que el que le da a la responsabilidad médico-hospitalaria en general. Por lo tanto, no distinguía entre lo nosocomial y el resto de actividades médicas.

Habría que mencionar, además, que, según lo relatado por Armenta (2009) antes de la Constitución de 1991, el primer enfoque de responsabilidad del Estado era subjetivo, o también llamado falta del servicio, fundamentado en el artículo 16 de la Constitución de 1886. En este régimen, el Estado estaba obligado a indemnizar, siempre y cuando ocurriera, primero, una falla o

falta en el servicio por omisión, letargo, irregularidad, ineficiencia o ausencia del servicio; segundo, un daño que implicaba la lesión o perturbación de un bien protegido por el derecho administrativo, y tercero, una relación de causalidad entre la falta y el daño (Armenta, 2009).

Del mismo modo, en dicho régimen, existía una subclasificación: (i) la falla del servicio probada, que es cuando el actor corre con la carga de la prueba de la falla, y (ii) la falla del servicio presunta; en este caso, solo es necesario probar el hecho dañoso por parte del demandante para que surja la presunción de falla y se invierta la carga de la prueba, es decir, al demandado (Armenta, 2009).

El segundo enfoque era el régimen de responsabilidad objetiva. En este caso, es un régimen basado en responsabilidad sin falla. Por lo tanto, al actor le correspondía probar el hecho dañoso sufrido y el nexo causal (Armenta, 2009).

Ahora bien, las reglas de responsabilidad patrimonial del Estado cambiaron a partir de la expedición de la Constitución de 1991, que consagra en su artículo 90 el régimen general de responsabilidad del Estado. Allí se indica que el Estado responderá por los daños antijurídicos que le sean imputados y causados por la acción u omisión de las autoridades públicas. Esto se establece como una regla constitucional. En este orden de ideas, el Consejo de Estado, primero, la consideró como una regla de responsabilidad objetiva. Luego, en segunda instancia, la consideró como objetiva, pero con ciertas excepciones, catalogadas fallas en el servicio. Y tercero, le dio tratamiento, regresando a los regímenes de responsabilidad del Estado, anteriores a la Constitución de 1991 (régimen de responsabilidad subjetiva y régimen de responsabilidad objetiva) (Armenta, 2009).

Cabe resaltar que la posición mayoritaria del Consejo de Estado, en la Sección Tercera, es de responsabilidad objetiva, tratándose de enfermedades nosocomiales, y validada como regla

jurisprudencia en la sentencia de unificación 25000-23-26-000-2001-01343-01(30283) del 29 de agosto de 2013.

La tabla 3 sintetiza lo explicado anteriormente.

Tabla 3

Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre responsabilidad en el servicio médico, tratándose de infecciones nosocomiales

N.º	Sentencia-año	Título de imputación	Régimen de responsabilidad
1	Sentencia 17333 del 19 de agosto de 2009 (Sentencia fundadora-hito)	Riesgo álea	Régimen de responsabilidad objetiva
2	Sentencia 25000-23-26-000-1990-06951-01 del 28 de febrero de 2013 (Sentencia confirmadora)	Riesgo álea	Régimen de responsabilidad objetiva
3	Sentencia 1997-13350 del 29 de mayo de 2013 (Sentencia confirmadora)	Riesgo álea	Régimen de responsabilidad objetiva
4	Sentencia 25000-23-26-000-2001-01343-01(30283) del 29 de agosto de 2013 (Sentencia de unificación-hito)	Riesgo álea	Régimen de responsabilidad objetiva
5	Sentencia 1996-13709 del 25 de junio de 2014 (Sentencia confirmadora)	Dinámico	Régimen dinámico de responsabilidad e imputación
6	Sentencia 25000-23-26-000-1995-11369-01(27771) del 10 de septiembre de 2014 (Sentencia confirmadora)	Riesgo álea	Régimen de responsabilidad objetiva
7	Sentencia 2006-01328/36565 del 18 de mayo de 2017 (Sentencia confirmadora)	Falla presunta en el servicio	Régimen de responsabilidad subjetiva

Fuente: Elaboración propia

2.1.4 Políticas públicas en materia de prevención del daño antijurídico

Por todo lo anterior, y con base en el volumen de litigiosidad y condena en contra del Estado, la Agencia Nacional de Defensa Pública, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo del artículo 5 de la Ley 1444 de 2011, reglamentado por el Decreto Ley 4085 de 2011, por el cual se establecen los objetivos y la estructura de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, señala, entre otras funciones, las siguientes: formular, aplicar, evaluar y difundir las políticas públicas en materia de prevención de las conductas antijurídicas del daño antijurídico y la extensión de sus efectos, la defensa jurídica pública y la protección efectiva de los intereses litigiosos del Estado.

En este orden de ideas, el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia consagra la cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado por los daños antijurídicos que le sean imputables. Esta protección constitucional se configura cuando ocurren tres presupuestos fácticos: (i) un daño antijurídico o lesión, (ii) una acción u omisión imputable al Estado y (iii) una relación de causalidad (Corte Constitucional, Sentencia C-892, 2001).

Lo anterior significa que, al hablar de la configuración de una gerencia jurídica pública, cada institución debe observar dichas políticas para que la defensa sea la adecuada y las actuaciones sustenten la protección efectiva del patrimonio público. Una defensa jurídica debe comprender por lo menos las siguientes actividades que se relacionan: (i) la identificación y prevención de conductas antijurídicas por parte de servidores y entidades públicas, y la identificación del daño antijurídico generador de responsabilidad patrimonial para el Estado; (ii) la administración, control y procesamiento de la información relativa a la defensa jurídica del Estado; (iii) la utilización de los mecanismos alternativos de resolución de conflictos; (iv) la

participación en procesos judiciales o administrativos, en los que la nación o entidades públicas sean parte demandante o demandada; (v) la definición de estándares para la defensa judicial de las entidades públicas; (vi) la evaluación de los resultados de la defensa jurídica del Estado y del cumplimiento de sentencias y conciliaciones, y (vii) la recuperación de dineros públicos por la vía de la acción de repetición (Ministerio de Minas y Energía, 2014).

La circular externa número 05 del 27 de septiembre de 2019, expedida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado (2019), señala los lineamientos para la formulación de la política de prevención del daño antijurídico. En el numeral 2.3, dice lo siguiente: “para efectos de la formulación de las políticas de prevención del daño antijurídico, las entidades podrán tomar como insumo lo siguiente: (i) la litigiosidad, a la fecha de corte, de la formulación de la política de prevención de daño antijurídico; (ii) las sentencias o laudos condenatorios, a la fecha de corte, de la formulación de la política de prevención de daño antijurídico; (iii) las solicitudes de conciliación extrajudicial, a la fecha de corte, de la formulación de la política de prevención de daño antijurídico, (iv) las reclamaciones administrativas, a la fecha de corte, de la formulación de la política de prevención de daño antijurídico; (v) los derechos de petición que puedan anticipar situaciones litigiosas futuras; (vi) el mapa de riesgo de la entidad y otros riesgos que tengan la calidad de sobrevinientes; (vii) otros factores relevantes que la entidad considere que pueden ser fuentes futuras de litigiosidad; (viii) posibilidad de aplicación de la figura de extensión de jurisprudencia en sede administrativa”.

En consecuencia, una política de prevención debe contener en particular: (i) la identificación de un problema, es decir, una falencia que ocasiona litigiosidad, y que puede ser tanto una acción como una omisión; (ii) una solución de un problema, es decir, un plan de acción para eliminar o disminuir las situaciones generadoras de daño; (iii) el costeo de dicha solución;

(iv) el cronograma para el uso de los recursos implicados en la solución; y (v) un plan para su seguimiento y evaluación (Ministerio de Minas y Energía, 2014).

En esta materia, Fajardo y Guzmán (2010) se preguntan por la falencia en la defensa judicial del Estado con relación a sus reiteradas condenas y responsabilidad con fundamento en el daño antijurídico. Añaden, además, que el daño antijurídico tiene fundamento en el artículo 90 de la Constitución, y que son tres los requisitos que se necesitan para exigir la indemnización al Estado por perjuicios: (i) la existencia del daño antijurídico, (ii) que dicho daño haya sido ocasionado por la acción u omisión de la autoridad pública y (iii) que sea imputable al Estado. Igualmente, estos autores hacen referencia a la teoría de la falla del servicio, la teoría del daño especial y la teoría del riesgo excepcional con relación a la antijuricidad.

Dicho lo anterior, teniendo en cuenta que el Estado se considera un litigante frecuente, debería desarrollar entonces una experiencia judicial aprendiendo de los errores y diseñando nuevas estrategias que le permitan adquirir destreza jurídica.

Fajardo y Guzmán (2010) hacen referencia también a que la nula o poca utilización de mecanismos alternativos de conciliación da como consecuencia: (i) el temor de los servidores públicos de comprometer el patrimonio de las entidades públicas; (ii) el hecho de que en Colombia todavía se educa a los abogados para concebir el litigio como único mecanismo beneficioso a los intereses de la parte que representa, y (iii) la poca orientación por parte de los jueces en el proceso conciliatorio. El daño antijurídico del Estado encuentra una opción en los mecanismos alternativos de conflicto, amparados en la Ley 23 de 1991 y la Ley 80 de 1993. Estos mecanismos le dan al Estado la posibilidad de conciliar los procesos de medios de control (como la reparación directa).

Asimismo, Fajardo y Guzmán (2010) destacan los siguientes aspectos que hacen gravosa la efectividad en la defensa del Estado: (i) sobrecarga en los procesos a los profesionales que litigan

para el Estado; (ii) la ineficiencia o inexistencia de un sistema de información adecuado, que sirva de apoyo en los pleitos o defensa del Estado, ante lo cual surge la necesidad de mejorarlo; (iii) litigios innecesarios y extractivos en contra del Estado por litigantes maliciosos; (iv) la ineficiencia de la justicia y de los litigantes que trabajan para el Estado, porque parecen desconocer la técnica jurídica; (v) desequilibrio de las indemnizaciones por pleito laboral y contractual, siendo éstas últimas muy gravosas; (vi) dispersión normativa sobre el régimen de responsabilidad del Estado, que tuvo su incremento con la Constitución de 1991; (vii) inexistencia de información exacta y actualizada sobre los litigios; (viii) la necesidad del fortalecimiento de los métodos alternativos de solución de conflictos, tal como lo establecen la Ley 23 de 1991, Ley 446 de 1998, entre otras; (ix) identificación de los casos más frecuentes del litigio, y (x) mejorar la estrategia de defensa del Estado.

A modo de recomendación, estos mismos autores establecen lo siguiente: (i) la necesidad establecer una política preventiva del daño antijurídico; (ii) realizar una consultoría jurídica especializada para dotar a la nación de políticas y estrategias; (iii) mantener el conocimiento organizado de los datos históricos, que permita clasificar los procesos en la etapa actual, activos, fallados o archivados; (iv) estructurar el sistema de información, de manera que ninguna entidad pueda registrar información en distintos formatos; (v) resolver el cuello de botella creado por la alimentación del sistema; (vi) mantener una base de datos en la que se compilen los conceptos emitidos por las entidades y todos sus antecedentes, la normatividad vigente, doctrinas y, además, la necesidad de que las entidades se integren y participen en la construcción de la línea institucional de conciliación; (vii) por la experiencia adquirida en la litigiosidad, hacer una priorización de temas para escoger en qué casos vale la pena continuar el litigio y en qué casos es mejor llevarlo a conciliación; (viii) motivar mediante bonificaciones a los servidores públicos que litigan para el

Estado; (ix) practicar una veeduría de vigilancia a los recursos destinados a la gestión jurídica; (x) diseñar una política fuerte contra abogados litigantes extractivos o maliciosos, que quieren vivir del Estado (Fajardo y Guzmán, 2010).

Con respecto a las bonificaciones o incentivos, estos se consideran una estrategia institucional que incide positivamente sobre el quehacer de los servidores públicos y sobre su comportamiento profesional. Esto se traduce en mejores resultados de gestión y en el logro de objetivos estratégicos. Consideramos, entonces, que la idea es que el litigante al servicio del Estado encuentre en estas figuras un estímulo adicional para llegar a resultados óptimos o de defensas adecuadas y jurídicamente bien sustentadas. A esto se suma que el Decreto Ley 1567 de 1998 y el Decreto 1083 de 2015 establecen dos tipos de incentivos: los no pecuniarios o no dinerarios y los pecuniarios o dinerarios.

Con relación al diseño de una política fuerte contra abogados litigantes extractivos o maliciosos, en la Ley 1123 de 2007 (Código disciplinario del abogado) se establecen en su artículo 40 las sanciones disciplinarias, las cuales son: censura, multa, suspensión o exclusión del ejercicio de la profesión, que se impondrán atendiendo los criterios de graduación establecidos en este código. Siguiendo lo establecido, se podría reglamentar como política pública que los juzgados de conocimiento evaluaran en todo momento como requisito *sine qua non* el actuar profesional en cada caso, y enviar dicha evaluación al Consejo Superior de la Judicatura para que de allí se desprendan las actuaciones en los casos que corresponda.

Por otro lado, Parra (2017) destaca que el artículo 2 de la Constitución de 1991 proclamó una garantía universal de derechos fundamentales, e hizo responsable al Estado colombiano, entrelazando los artículos 2 y 90 de la misma Constitución. Además, el autor señala que, con este

cambio de cultura, por el incremento de la litigiosidad, se debió generar un cambio gradual y no solamente a medida que aumentó en forma descomunal el volumen de reclamación.

Sumado a lo anterior, Torres (2008) expone los factores de defensa jurídica, que hacen gravosa la efectividad de la defensa del Estado, que son: (i) el criterio legalista, es decir: desconocimiento de las dinámicas regionales y locales del nivel central; falta de coordinación de las entidades públicas, cada uno afecta su propia defensa sin línea de orientación; (ii) marco normativo jurisprudencial voluminoso, disperso y contradictorio; (iii) ausencia de información consistente y oportuna sobre la actividad litigiosa del Estado; (iv) resistencia de los servidores públicos frente a la conciliación y demás mecanismos alternativos de conflicto, y (v) desconocimiento de las disposiciones orientadas a limitar los litigios entre entidades públicas.

Carrillo y Varela (2013) hacen referencia a que la problemática a resolver en relación con el daño antijurídico es por (i) la falta de cultura de buen gobierno que le permita a los ciudadanos resolver las reclamaciones; (ii) la falta de mecanismos de defensa jurídica que estén articulados; (iii) falta de una cultura de aprovechamiento de los mecanismos alternativos en la solución de conflictos; (iv) deficiencia en la cantidad y calidad de la información disponible sobre las características de los litigios; (v) deficiencia en la experticia de defensa jurídica interna o externa de los litigantes del Estado; (vi) existencia de sectores vulnerables a demandas masivas; (vii) cambio en la defensa de la litigiosidad por fenómenos como el envejecimiento de la población, el fenómeno demográfico y el fortalecimiento en materia de seguridad social; (viii) falta de un fondo de contingencias apropiado para atender pagos de sentencias; (ix) explosión de la litigiosidad, promovido por grupos de interés, y (x) proliferación y dispersión normativa y jurisprudencial aplicable a la responsabilidad del Estado.

2.2 Contexto general y presentación de las quince demandas a estudiar

A continuación, la tabla 4 presenta las quince demandas a estudiar y analizar:

Tabla 4

Demandas por infección nosocomial a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
DRD 1	2013	<p>Hechos relevantes: Mi poderdante ingresó consciente a la sala de quirófano y fue atendida por el doctor Nando Díaz, médico al servicio de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama, quien inició el procedimiento de su cesárea a las 10:30 de la mañana para dar nacimiento al único hijo de la paciente. Y a las 11:30 de la mañana nace el hijo de mi clienta. El médico y su grupo continuaron el procedimiento en el vientre de ella. Luego las partes extraídas del vientre de mi poderdante fueron enviadas al laboratorio de patología y citología LAPACI de la ciudad de Medellín, quienes entregaron un informe detallado. Con el informe emanado del laboratorio de patología y citología LAPACI, mi clienta se pudo dar cuenta del daño que se le causó a su humanidad y más aún a su grupo familiar, por las partes extraídas de su vientre el día que le realizaron la cesárea para dar a luz a su único hijo, por parte de los médicos al servicio de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama de Turbo. De la extracción se encontró, además, con compromiso de infección de origen nosocomial por bacteria iso.</p> <p>Posición del Hospital: alegó cumplimiento de protocolo y <i>lex artis</i> y, seguidamente, dijo que la actividad médica es de medio y no de resultado.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: el juez dijo que, en efecto, la responsabilidad por contagio de infecciones intrahospitalarias, a pesar de que una entidad demuestre que aplicó los protocolos médicos, las desinfecciones</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>y cuidados médicos ello no basta para excluir la obligación de indemnizar, porque la infección se presentó en el proceso de atención, y el demandado (Hospital Francisco Valderrama) no demostró lo contrario como la culpa exclusiva de la víctima, fuerza mayor o caso fortuito y, por regla general, establecida por el Consejo estamos frente a una falla a título de responsabilidad objetiva.</p>
DRD 2	2014	<p>Hechos relevantes: La paciente ingresó al quirófano de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama del municipio de Turbo (Antioquia) a la 1 p. m. por encontrarse programada para que le practicaran histerectomía (operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente). Ella es una paciente de 49 años de edad, afiliada a Sumi Medical S.A.S. Mi poderdante ingresó a la sala de quirófano consciente, y fue atendida por los médicos al servicio de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama, quienes iniciaron el procedimiento a las 1:40 p. m. y finalizaron a las 2:55 p. m. A pesar de que el procedimiento era ambulatorio, se deja internada a la paciente por un día hábil para monitoreo y, posteriormente, se le da de alta a las 10:00 a. m. del siguiente día. Luego, dos (2) días después, sin antecedentes personales de importancia, la paciente asiste al servicio de urgencias por sus propios medios en compañía de un hijo, quien refiere cuadro clínico de dos días de evolución caracterizado por secreción seropurulenta por sitio de herida quirúrgica, asociado con fiebre sugestiva. Por revisión del cirujano y resultado de laboratorio, se determinó <i>staphylococcus</i> bacteriana.</p> <p>Posición del Hospital: El Hospital Francisco Valderrama alegó el cumplimiento de los protocolos médicos y la <i>lex artis</i>. Además, dijo que el surgimiento de las infecciones nosocomiales son algo imprevisto desde el punto de vista médico.</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El Hospital Francisco Valderrama no pudo demostrar que la paciente adquirió la bacteria en la comunidad o por fuera de la institución, y quedó acreditado que a la víctima se le extirpo el útero y esto le generó una infección intrahospitalaria.</p>
DRD 3	2014	<p>Hechos relevantes: A las 5:44 p. m., el ginecólogo del hospital en turno atiende el parto de la paciente, y se registra dilatación de 10 cm. Cuatro horas más tarde, mi poderdante es evaluada por presentar abundante sangrado vaginal poscesárea, ante lo cual los médicos de Turbo tomaron la decisión de realizar histerectomía abdominal con corte y ligadura con arreglo de ligamentos y trompas. Sumado a lo anterior, una vez estabilizada la paciente con el <i>shock</i> hipovolémico en cuadro clínico posterior, registró secreción seropurulenta en la herida producida por la intervención quirúrgica, lo que ocasionó dolor abdominal y fiebre.</p> <p>Posición del Hospital: Dijo que la institución siguió todos los protocolos médicos que recomienda la OMS, que las enfermedades nosocomiales funcionan al azar en la mayoría de los casos y que el procedimiento era necesario para llevarle salud al paciente.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: La conclusión del juez fue la siguiente: para excluir la responsabilidad del Hospital Francisco Valderrama o cualquier otro, no basta con realizar o seguir los protocolos médicos o medidas de higiene. Además de esto, se debe garantizar la seguridad del paciente, porque, al momento del ingreso al hospital no tenía esta infección y en ningún momento la institución de salud desvirtuó esta presunción. Por lo tanto, dicha infección se colige adquirida en el hospital y se debe responder a título de responsabilidad objetiva.</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
DRD 4	2015	<p>Hechos relevantes: La paciente ingresó por urgencias a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con dolores de parto en la semana 39. Durante ese día de hospitalización, se revisó a la paciente, se realizaron solicitudes de laboratorio, monitoreo fetal, valoración por ginecología, manejo de medicina general y paraclínicos con una evolución estable. A las 10:10 p. m., se registró el nacimiento de un bebé de sexo masculino por cesárea. Además, se realizaron los procedimientos de asepsia y saturación. Y, teniendo en cuenta las presuntas óptimas condiciones de ambos pacientes, se trasladaron al área de hospitalización. A los dieciséis (16) días, ingresó nuevamente la paciente a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con cuadro clínico de fiebre alta y secreción purulenta por cicatriz quirúrgica y mucho dolor en el abdomen.</p> <p>Posición del Hospital: Habló de ausencia de la responsabilidad médica. La responsabilidad médica es de medio, no de resultado. Cuando se cuestiona el servicio médico oficial, no se parte del supuesto de que en este va envuelta una obligación de resultado. La obligación del médico frente a su paciente es de medio, vale decir, que este cumpla a cabalidad, y no compromete su responsabilidad ni la del ente a que pertenece cuando pone a disposición de aquel toda su ciencia y los medios adecuados, aconsejables y oportunos que la infraestructura del servicio debe poseer. El riesgo de contagio de infecciones en el ámbito intrahospitalario no se puede eliminar. Cumplir con los protocolos, si bien es cierto que disminuye tangiblemente la posibilidad de la ocurrencia de este hecho, no garantiza que no se pueda presentar esta situación.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: La conclusión del juez fue la siguiente: para excluir la responsabilidad del Hospital Francisco</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>Valderrama o cualquier otro, no basta con realizar o seguir los protocolos médicos o medidas de higiene. Además de esto, se debe garantizar la seguridad del paciente, porque, al momento del ingreso al hospital no tenía esta infección y en ningún momento la institución de salud desvirtuó esta presunción. Por lo tanto, dicha infección se colige adquirida en el hospital y se debe responder a título de responsabilidad objetiva.</p>
DRD 5	2014	<p>Hechos relevantes: Mi apoderada solicita ante su EPS la práctica de histerectomía, la cual fue debidamente autorizada, y se refiere a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama para su práctica. Ese mismo día de la cirugía se da de alta a la paciente, se le indican los cuidados postoperatorios y se le refieren medicamentos para tratar el dolor, en caso de presentarse. El 20 de junio, cinco (5) días después, ingresó la paciente al área de urgencias, argumentando mal olor y dolor en la herida quirúrgica. Se valora y se evidencia secreción escasa con olores quirúrgicos, dolor abdominal, con valoración por el cirujano, y se detectó en el laboratorio una infección tipo bacteria, llamada <i>staphylococcus</i>.</p> <p>Posición del Hospital: La institución dijo que no le compete toda la carga de cuidar al paciente. Pese a ello, si bien es cierto que el personal médico tiene a su cargo toda la responsabilidad de llevar a feliz término la práctica de la cirugía programada, también lo es que le asiste al paciente un deber de autocuidado y protección de las patologías que padece, lo anterior teniendo en cuenta que el personal médico aplicó y dio cumplimiento a todos los protocolos médicos.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: Es responsabilidad de la institución, por encontrarse en mejor posición por el conocimiento científico, demostrar entonces que la infección intrahospitalaria no fue</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		adquirida en el centro hospitalario y tanto la valoración física de la paciente hecha por el cirujano como los cultivos de laboratorio muestran incidencia de la bacteria.
DRD 6	2016	<p>Hechos relevantes: Mi poderdante consulta el servicio de urgencias por dolor fuerte en el lado inferior derecho del abdomen. El paciente es valorado en el área de urgencias y se determina que debe ser operado para extracción del apéndice. Esa misma noche el paciente ingresó al quirófano y tiene una operación exitosa por cuadro clínico de apendicitomía. Siete (7) días después de la operación vuelve el paciente a consultar el servicio de urgencias por presentar salida de material hemato purulento por herida quirúrgica, dolor en la palpación, edema y eritema leve y fiebre, ante lo cual es hospitalizado después de ser valorado por el cirujano.</p> <p>Posición del Hospital: dijo que en lo pertinente realizó y aplicó todos los cuidados y el protocolo correspondiente y que, por lo tanto, no se le puede endilgar la responsabilidad de un hecho fortuito.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez de primera instancia se pronunció en el sentido de que basta con que la infección se haya presentado sobre la humanidad del paciente, afectándole su salud, y que el paciente no estaba obligado a soportar tales cargas y que el Hospital Francisco Valderrama no demostró ninguna de las causales eximentes de responsabilidad.</p>
DRD 7	2016	<p>Hechos relevantes: Mi poderdante es paciente diabética de Savia Salud EPS. Luego de su tercer embarazo y parto normal, decidió iniciar trámites con su EPS para la práctica de histerectomía, la cual fue debidamente autorizada. Así que refiere a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama para su práctica. Después de la operación se da de alta a la paciente y se le indican los cuidados postoperatorios. Cuatro (4) días después la paciente ingresó al área de urgencias, argumentando mal olor y dolor en</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>la herida quirúrgica. Se valora y se evidencia secreción escasa con absceso quirúrgico y, asimismo, presenta fiebre y descompensación por su diabetes.</p> <p>Posición del Hospital: No es responsabilidad del hospital tratar enfermedades de base o preexistentes. De lo que se trataba era de realizar el procedimiento quirúrgico de histerectomía. Así que la bacteria de origen nosocomial, según refieren los laboratorios y el manejo médico con antibiótico, corresponde o se desprende de su diabetes.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez consideró que la bacteria de origen nosocomial se presentó, por cuanto dijo que “el Hospital Francisco Valderrama de Turbo no probó que dicha enfermedad fue adquirida en otro lugar y tampoco demostró un contagio endógeno producto de la diabetes que sufre la víctima.</p>
DRD 8	2017	<p>Hechos relevantes: Mi poderdante ingresó por urgencias a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con dolores de parto en la semana 39. Se revisa a la paciente y se realizan solicitudes de laboratorio, monitoreo fetal, valoración por ginecología, manejo de medicina general y paraclínicos, y la evolución estable. El ginecólogo de turno atiende el parto de la paciente, se registra dilatación de 10 cm, pero, por posición podálica del feto, se determina efectuar cirugía de cesárea. Luego de la cirugía se traslada a la paciente con su hijo al área de hospitalización y el tercer día se le da de alta por evolución satisfactoria. Posteriormente, siete (7) días después ingresó la paciente nuevamente al servicio de urgencias con secreción serosa, eritema, edema en herida quirúrgica y fiebre de dos días de evolución, razón por la cual es valorada por interconsulta de medicina interna y cirugía y hospitalizada con</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>antibiótico por diez (10) días. Los resultados de laboratorio refieren bacteria nosocomial <i>staphylococcus</i>.</p> <p>Posición del Hospital: No es responsabilidad del hospital porque se siguieron todos los protocolos médicos y la <i>lex artis</i>, y se aclaró que es el paciente quien tiene que probar la afectación.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez concluyó que, en consideración a las posturas del Consejo de Estado, la enfermedad nosocomial en cabeza de la bacteria <i>staphylococcus</i> revela la responsabilidad de la institución y que esta debe responder bajo un régimen de responsabilidad objetiva, teniendo en cuenta que hubo un daño para la salud de la víctima o paciente</p>
DRD 9	2016	<p>Hechos relevantes: Mi poderdante ingresó el día 26 de febrero por urgencias a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con dolores de parto en la semana 38,3. Se revisó a la paciente y se realizaron solicitudes de laboratorio, monitoreo fetal y valoración por ginecología. Al día siguiente, el ginecólogo de turno atendió el parto de la paciente y se registró dilatación de 10 cm. Sin embargo, ante imposibilidad de parto natural, se trasladó de urgencia a la paciente al quirófano de la institución. Luego de la cirugía se trasladó a la paciente con su hijo al área de hospitalización y, por evolución satisfactoria se dieron de alta, con listado de recomendaciones del cuidado de la herida de cirugía. Once (11) días después ingresó la paciente nuevamente al servicio de urgencias con secreción purulenta, eritema, edema en herida quirúrgica y fiebre de un día de evolución, razón por la cual fue hospitalizada con antibiótico y manejo de cirugía general. Los resultados de laboratorio mostraron una infección en sitio quirúrgico, y se encontró bacteria anaerobios en cantidad de origen nosocomial.</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>Posición del Hospital: No es responsabilidad del hospital, porque se siguieron todos los protocolos médicos y la <i>lex artis</i>, y cabe aclarar que es el paciente quien tiene que probar la afectación.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez dijo que, tratándose de infecciones nosocomiales adquiridas dentro de un centro médico, el régimen de responsabilidad es objetivo y solo basta que se presente en la humanidad del paciente o que exista una eximente de responsabilidad, que pruebe la ausencia o nexo causal o la existencia de una causa extraña.</p>
DRD 10	2015	<p>Hechos relevantes: Mi poderdante ingresó por urgencias a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con dolores de parto por embarazo a término. El ginecólogo de turno atendió el parto de la paciente, y se registró dilatación de 5 cm, razón por la cual se deja en observación con monitoreo fetal constante hasta alcanzar la dilatación que permita el parto natural. Después de evaluar a la paciente seis (6) horas después, teniendo en cuenta las semanas de embarazo y ante la imposibilidad de dar más espera a que las membranas vaginales se dilataran más, se decidió enviar a la paciente para práctica de cesárea. Luego de la cirugía, se trasladó a la paciente con su hijo al área de hospitalización y, por evolución satisfactoria, se dieron de alta, con listado de recomendaciones del cuidado de la herida de cirugía. Posteriormente, once (11) días después ingresó la paciente nuevamente al servicio de urgencias con fiebre de cinco (5) días de evolución, secreción purulenta, mal olor y dolor en herida, razón por la cual fue hospitalizada, se le practicaron lavados y tratamiento con antibiótico posterior a la valoración del cirujano, quien, enseguida, ordenó estudios de laboratorio, que dieron como resultado infección nosocomial o bacteriana endometritis.</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>Posición del Hospital: No le cabe responsabilidad al hospital, porque se siguieron todos los protocolos, se actuó con el debido cuidado y fue el paciente el que no acató las recomendaciones médicas</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez dijo que la institución de salud, frente a la infección bacteriana, nunca acreditó que dicha infección fue adquirida fuera de la institución por parte de la víctima ni tampoco hay eventos que así lo hagan presumir. La parte demandante sí pudo probar el hilo conductor entre el daño y la institución de salud con relación a la práctica de la cesárea. Queda entonces que, tratándose de infecciones nosocomiales adquiridas dentro de un centro médico, el régimen de responsabilidad es objetivo y solo basta que se presente, a menos que exista una causa extraña o la ausencia de un nexo causal, y el hospital no probó ninguna de estas.</p>
DRD 11	2017	<p>Hechos relevantes: Mi poderdante, en calidad de paciente, ingresó por urgencias a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con dolores de parto por embarazo, y se revisó a la paciente. El personal médico de turno atendió el parto múltiple de la paciente, con reporte estable de la madre y sus dos hijas. Luego de la cirugía se trasladó a la paciente con sus hijas al área de hospitalización y por evolución satisfactoria se dieron de alta. Posteriormente, 27 días después ingresó la paciente nuevamente al servicio de urgencias, argumentando fiebre, edema, dolor abdominal constante y eritema en la herida quirúrgica de la cesárea, razón por la cual el médico de urgencias solicitó que fuera vista por el especialista cirujano. Así, fue diagnosticada con endometritis de origen nosocomial y se le inició manejo de antibiótico por quince (15) días en hospitalización</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>Posición del Hospital: La responsabilidad del hospital era la de realizar el procedimiento quirúrgico de cesárea, y el surgimiento de la nosocomial se escapó al control del hospital y quedó en cabeza exclusiva del paciente, dado que su entorno no podía ser controlado por la institución.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: En conclusión, el juez de primera instancia dijo que la institución de salud, frente a la infección bacteriana, responde a título de responsabilidad objetiva por la aparición de esta. Y que, tratándose de infecciones nosocomiales adquiridas dentro de un centro médico, el régimen de responsabilidad es objetivo y solo basta que se presente a menos que exista una causal de exclusión de responsabilidad, que, en este caso, el hospital no probó.</p>
DRD 12	2017	<p>Hechos relevantes: A la demandante en la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama se le practicó tubectomía. Luego del procedimiento, se trasladó al área de hospitalización para cuidado y se le dio de alta al día siguiente. Trece días después ingresó por urgencias a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con dolores en herida quirúrgica, además con edema e induración en la zona del procedimiento, razón por la cual fue hospitalizada con tratamiento con antibiótico y limpieza diaria de la herida por quince (15) días, con todos los síntomas de una enfermedad nosocomial.</p> <p>Posición del Hospital: La responsabilidad del hospital era la de realizar el procedimiento quirúrgico de cesárea, y en cuanto al surgimiento de la nosocomial, es claro que la infección se dio debido al descuido del paciente en las recomendaciones médicas y esta fue adquirida en su entorno social.</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez de primera instancia expresó que las instituciones de salud, frente a las infecciones nosocomiales, responden al régimen de responsabilidad objetiva, y para exonerar dicha obligación deben probar que no existió nexo causal, fuerza mayor o caso fortuito, hecho de tercero o hecho de la víctima.</p>
DRD 13	2016	<p>Hechos relevantes: La paciente ingresó a urgencias a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con dolores de parto en la semana 39. Se atendió el parto de la paciente mediante cirugía de cesárea. Luego de la cirugía, se trasladó a la paciente con su hijo al área de hospitalización y se dieron de alta. Siete (7) días después de la cirugía, la paciente ingresó nuevamente al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama con secreción serosa, eritema, edema en herida quirúrgica y fiebre de dos (2) días de evolución, razón por la cual fue hospitalizada con antibiótico por ocho (8) días, además, el cirujano refirió endometritis en la historia clínica.</p> <p>Posición del Hospital: El hospital siguió al pie de la letra los protocolos médicos. Para este caso, no hubo descuido y, prueba de ello, es que la cesárea se realizó sin ningún tipo de inconvenientes. El paciente fue el que no siguió las recomendaciones cuando se encontraba en su entorno social.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez de primera instancia dijo que, tratándose infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, se respondía bajo un régimen objetivo de responsabilidad a título de o riesgo álea y que solo era necesario probar que la infección se presentó en la víctima como consecuencia del procedimiento de quirúrgico de cesárea.</p>
DRD 14	2016	<p>Hechos relevantes: La paciente asistió por cirugía programada a la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama, por presentar embarazo ectópico. Luego se revisó a la</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p data-bbox="440 262 1419 762">paciente, se realizaron solicitudes de laboratorio y se practicó la cirugía por el ginecólogo. Luego de la cirugía, se trasladó a la paciente al área de hospitalización y se dieron de alta por evolución satisfactoria. Once días después, la paciente ingresó nuevamente al servicio de urgencias con cuadro clínico de fiebre con una semana de evolución, dolor en la herida quirúrgica y la herida estaba eritematosa y edematizada, razón por la cual fue hospitalizada con antibiótico por siete (7) días, previa valoración del cirujano. Luego de los resultados de laboratorio, se detectó una infección de origen bacteriana anaerobios.</p> <p data-bbox="440 800 1419 1098">Posición del Hospital: En su contestación, el hospital dijo que la <i>lex artis</i> es reglada y que para eso existen los protocolos y los consentimientos informados. El primero es para seguirlos y el segundo es para explicarle al paciente que se pueden presentar riesgos en su autorización, y es por ellos que la salud es una actividad de riesgo y las nosocomiales son un factor de riesgo.</p> <p data-bbox="440 1136 1419 1570">Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez de primera en su providencia dijo que, tratándose de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, se respondía bajo un régimen objetivo de responsabilidad a título de riesgo álea, y que solo era necesario probar que la infección se presentó en la víctima y adquirida en la institución. Además, solo la culpa exclusiva de la víctima, caso fortuito, fuerza extraña o hechos de terceros eximían de la responsabilidad, y, en este caso, particular no fue así o no quedó probado por parte del demandado.</p>
DRD 15	2014	<p data-bbox="440 1608 1419 1835">Hechos relevantes: Mi poderdante es paciente con diagnóstico de diabetes no controlada (DX diabetes mellitus) y no insulinodependiente, y consultó al servicio de urgencias por sangrado abundante de una semana, con diagnóstico previo de miomatosis uterina. En la referida consulta, la paciente refiere que, debido a la</p>

Demanda	Año	Hechos relevantes y consideraciones del fallo de primera instancia
		<p>diabetes no controlada, no ha sido posible realizar cirugía con anterioridad. El ginecólogo de turno, debido a la patología de la paciente, decide la práctica de histerectomía por miomatosis uterina, se deja a la paciente en observación para toma de paraclínicos y verificación y monitoreo del estado de salud de la misma. Se le practicó a la paciente cirugía histerectomía, con evolución satisfactoria. Trece (13) días después ingresó nuevamente al servicio de urgencias con secreción serosa, eritema, edema en herida quirúrgica y fiebre de dos (2) días de evolución, razón por la cual fue hospitalizada con antibiótico por diez (10) días. La valoración del cirujano, según la historia clínica, es la bacteria <i>staphylococcus</i>, que está infectando a la paciente.</p> <p>Posición del Hospital: En su contestación, dijo que la bacteria se presentó por la debilidad física o enfermedades de base que posee la paciente y que en dicho caso no podría endilgarse esa responsabilidad al hospital.</p> <p>Consideraciones y conclusiones del juez de primera instancia: El juez de primera instancia concluyó que, tratándose de infecciones intrahospitalarias, la tendencia jurisprudencial mayoritaria en el Consejo de Estado es decantarse a sostener que no le corresponde al paciente soportar tal carga y asumir las consecuencias de una enfermedad nosocomial sin ser indemnizado, que basta que se presente el hecho dañoso para que la institución de salud responda, a menos que se pruebe la existencia de los eximentes de responsabilidad.</p>

Fuente: Elaboración propia.

El primer hallazgo a resaltar en este contexto general, y en la interpretación del caso, corresponde a que en las quince demandas seleccionadas y analizadas el juez contencioso

administrativo falló en primera instancia en contra de la E.S.E. HFV bajo el régimen de responsabilidad objetiva. Esto como consecuencia de que la IN se presentó al interior de este hospital. En la mayoría de las demandas (DRD 1, DRD 2, DRD 4, DRD 5, DRD 6, DRD 8, DRD 9, DRD 10 y DRD 14), nueve en total, se evidenció que hubo falla en el servicio por ausencia de asepsia y cuidado del equipo asistencial del hospital.

Ahora bien, con base en las cuatro categorías seleccionadas en esta investigación (asepsia o cuidado, soporte técnico-médico, trazabilidad del paciente y criterio administrativo), y luego de revisar cada caso, es posible afirmar que en las nueve demandas se falló en primera instancia en contra del hospital por la falta de asepsia o cuidado. En ninguna se infiere que la causa haya sido la falta de soporte técnico-médico, de trazabilidad del paciente o de criterio administrativo. Esto supone, entonces, reorganizar al interior del hospital un manual técnico de antijuricidad médica, con el fin de prevenir casos futuros y, de esta forma, apoyar jurídica y financieramente a la institución.

Pasando a las demandas restantes (DRD 3, DRD 7, DRD 11, DRD 12, DRD 13 y DRD 15), se puede afirmar que en estas no se debió fallar en contra de la E.S.E. HFV, en general, porque, al analizar la historia clínica de los seis pacientes, se notó que estos no acataron las recomendaciones médicas que demanda un procedimiento y los cuidados que debe tener; es decir, cuando se realizó el procedimiento por parte del galeno y la institución, se tuvieron todos los cuidados médicos, y en ese momento se le dio de alta en debida forma. Días después reingresaron con la infección, la cual fue adquirida directamente en su entorno social por no tener el debido cuidado ni seguir las recomendaciones médicas, ante lo cual la infección no puede atribuirse a la E.S.E. porque no fue adquirida dentro de la institución. A esto se suma que en los seis casos los pacientes tenían enfermedades base como diabetes (DRD 3, 7, 12, 13 y 15), desnutrición (DRD

11) y anemia (DRD 3). El hecho de que el paciente tenga enfermedades de base hace necesario que deba tener mucho más cuidado y sea más adherente a las recomendaciones médicas, debido a que se puede desmejorar o adquirir con facilidad la infección, dada su prescripción médica.

Hasta ahora, es posible afirmar que en estas seis demandas restantes ninguna debió fallarse en contra del hospital, dado que no hubo inoperancia en la asepsia o cuidado, soporte técnico-médico, trazabilidad del paciente y criterio administrativo. Para efectos de análisis académico, se quiso emplear estas cuatro categorías para determinar en cuáles hay mayores dificultades en la E.S.E. HFV, independientemente de que la imputación sea objetiva en todos los casos. Además, se tiene en cuenta que la jurisprudencia del Consejo de Estado considera como causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual el hecho fortuito, la fuerza mayor y la culpa exclusiva de la víctima, como es el caso de estas seis demandas, al no tener el paciente el deber objetivo del cuidado frente a su enfermedad o procedimiento quirúrgico.

En términos generales, refiere Patiño (2011) que tanto la doctrina como la jurisprudencia han manifestado que, si bien la víctima tiene derecho a que le sea reparado el daño sufrido, también tiene de forma correlativa una carga especial fundada en la buena fe, y es así como está obligada a tomar todas las medidas razonables, con el fin de minimizar el perjuicio sufrido. Según el autor, esta obligación le impone a la víctima o paciente realizar acciones tendientes a aminorar o impedir la agravación, con lo cual es su obligación el deber del autocuidado. Ahora bien, el deber del cuidado puede generar el surgimiento de una IN, porque, al desconocer las recomendaciones médicas concretas, el paciente queda inmerso en la aparición de este tipo de infecciones.

2.3 Análisis e interpretación del caso a la luz de la normatividad vigente

Para el correcto análisis e interpretación de este caso, es importante resaltar la cláusula general de responsabilidad del Estado, la cual incluye dos elementos, según relata Armenta (2009): el daño antijurídico y la imputación al Estado. En este sentido, se desprenden los siguientes regímenes: primero, el régimen de responsabilidad subjetiva, que es la llamada culpa, falta o falla del servicio; es decir, cuando la administración no ha actuado en el momento en que debía hacerlo, ha actuado mal o lo ha hecho en forma tardía. Se requiere, entonces, para que surja la responsabilidad, que el servicio haya sido defectuoso por la acción u omisión dolosa del servidor.

Tradicionalmente, se han manejado dos modalidades, como son: (i) falla probada del servicio, en la cual el actor debe probar cada uno de los elementos o requisitos de la responsabilidad del Estado (el hecho, la culpa y la relación o nexo causal), y (ii) falla presunta del servicio, fundamentada en que el Estado, para el cumplimiento de sus fines, realiza actividades peligrosas que implican riesgos para los administrados, y son susceptibles de causar daños (Armenta, 2009).

Se resalta, además, que, en el análisis de la carga probatoria, en el título de imputación de falla en la prestación del servicio, el Consejo de Estado ha utilizado (iii) la carga dinámica de la prueba, que se diferencia de las dos expuestas anteriormente en que la obligación de probar no es estática; por el contrario, existe obligación de probar tanto de la administración como del particular, de acuerdo con su posición frente al supuesto de hecho que se pretenda demostrar, y así, quien tenga la mejor condición de probarlo (Armenta, 2009).

El siguiente régimen es el de responsabilidad objetiva, también llamado régimen sin falla o sin culpa. En este régimen no entra en juego la falla del servicio, solo se debe probar el hecho y el perjuicio causado por el hecho. Entre las teorías de la presunción de responsabilidad o títulos de imputación, sobresale la responsabilidad por riesgo excepcional a título de riesgo álea, en la cual

la jurisprudencia a enmarcado las IN o enfermedades nosocomiales o intrahospitalarias (Armenta, 2009).

En ambos regímenes existen unos eximentes de responsabilidad aplicable, en los que el demandado tiene la posibilidad de escoger: en el régimen subjetivo, el demandado tiene la posibilidad de exonerarse probando ausencia de falla en el servicio, la inexistencia del nexo causal o causa extraña (fuerza mayor o caso fortuito, el hecho del tercero y el hecho de la víctima). Si se encuentra en un régimen de responsabilidad objetiva, el demandado solo se puede exonerar probando nexo causal o la existencia de una causa extraña (fuerza mayor o caso fortuito, el hecho del tercero y el hecho de la víctima) (Armenta, 2009).

Con referencia a la responsabilidad patrimonial del Estado, en la Sentencia 1990-06951-01 del 28 de febrero de 2013 se resalta que, antes de asignar la responsabilidad, el juez debe tener la certeza probable de que la infección se presentó por culpa exclusiva del paciente, fuerza mayor o caso fortuito, los cuales escapan del control del demandado, en este caso, la E.S.E. HFV. Cuando se está en presencia de un régimen de responsabilidad objetiva, al demandado solo se le puede exonerar probando la ausencia de nexo causal o la existencia de una causa extraña. En este orden de ideas, las IN que surjan por hecho de la víctima son una causa extraña y serían exonerativas en la medida en que su comportamiento por acción u omisión, con culpa o sin ella, haya generado el surgimiento de la IN, al violar el deber objetivo del cuidado o las recomendaciones médicas. Por otro lado, en la Sentencia 1997-13350 del 29 de mayo de 2013, se expresa con claridad que para que una infección se declare responsabilidad patrimonial, esta debió ser adquirida en el centro hospitalario o asistencial o producido como consecuencia de un procedimiento médico.

Como caso que vale la pena resaltar, el Consejo de Estado, en su Expediente 30283 del 29 de agosto de 2013, falló una demanda sobre una meningitis bacteriana bajo el régimen de

responsabilidad objetiva. Sin embargo, hizo las siguientes dos consideraciones: primero, que la falla presunta ya había sido abandonada por este tribunal en el tema relacionado con IN, lo cual quiere decir que venía fallando bajo el régimen de falla presunta. Segundo, que el Consejo de Estado tampoco consideró la IN un evento adverso, porque así también lo había establecido la corporación años atrás; es decir, fundamentó el fallo bajo la responsabilidad o teoría del riesgo álea y cambió de esta forma la tendencia de reconocimiento de una responsabilidad objetiva en la prestación del servicio médico (Sentencia 2001-01343/30283/13, 2013).

La Subsección C de la Sección Tercera del Consejo de Estado concretó los eventos susceptibles de ser estudiados bajo el régimen de responsabilidad objetiva, así: primero, “Aquellos eventos que implican la manipulación de cosas peligrosas, o que el procedimiento o el tratamiento empleado entrañe peligro” en forma directa; segundo, respecto a un medicamento, tratamiento o procedimiento que implique un progreso en la ciencia y se desconozcan sus consecuencias; tercero, cuando en el acto médico se empleen químicos o sustancias peligrosas, como, por ejemplo, medicina nuclear; cuarto, reacciones adversas producto de vacunas que de manera implícita generan peligrosidad; y también señaló que el daño sea producto de una IN o intrahospitalaria (Consejo de Estado, s. f.).

Por otro lado, en la Subsección A, solo a partir del año 2012, se aplicó el régimen de responsabilidad objetiva con relación a una artritis séptica. En dicho fallo se asignó la responsabilidad al hospital sin necesidad de probar que este actuó de manera indebida o negligente (Consejo de Estado, s. f.).

Es importante resaltar también en el factor objetivo de imputación que las IN pueden ser de origen endógeno, es decir, cuando el paciente se infecta con sus propios microbios, con ocasión de un acto invasivo o de la precariedad de su estado de salud (Fernández, 2016). A las IN se les

aplica también un régimen de temporalidad de presunción para establecer si la infección tiene o no un carácter intrahospitalario autónomo y no externo. En este sentido, la ocurrencia de la IN, para ser considerada intrahospitalaria o no, se verifica 48 horas después del ingreso o 72 horas después de terminada la hospitalización y reingreso del paciente (Fernández, 2016).

También es importante destacar que las intervenciones médicas no pueden ser consideradas una actividad riesgosa-peligrosa, teniendo en cuenta que, tradicionalmente, las actividades de esta índole son las siguientes: glifosato y otras sustancias químicas nocivas, redes de energía eléctrica, vehículos terrestres y aeronaves, armas de fuego, y la jurisprudencia ha agregado otras como daños en establecimiento carcelario o rehabilitación de menores y hospitales psiquiátricos, en razón de que los pacientes que se tratan son peligrosos en sí mismos (Molina y Ramírez, 2006).

Finalmente, en el marco de detectar y prevenir el riesgo de infecciones asociadas con el proceso de atención en salud, existen las siguientes normas: la Ley 100 de 1993, que creó el sistema de seguridad social en salud; la Ley 09 del 24 de enero de 1979, que hace referencia a las normas de vigilancia y control epidemiológico; la Resolución 04153 de 1993, la Resolución 300 de 1998 y el Decreto 2676 del 2000; todas estas fuentes hablan sobre el manejo de residuos hospitalarios. Por su parte, la Resolución 4445 de 1996 establece las condiciones sanitarias mínimas que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y el Decreto 3518 del 9 de octubre de 1996 creó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). El Decreto 2309 de 2002 reglamenta el sistema obligatorio de garantía de la calidad para los actores de la salud. El Decreto 1011 de 2006, entre otras cosas, trata de prevenir posibles daños o lesiones que se puedan derivar y se incluyen infecciones intrahospitalarias. La Ley 1438 de 2011 se encarga de la evaluación de las tecnologías en salud, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos. Esto quiere decir

que el sistema de seguridad social en salud está reglado de forma tal que no constituya un peligro en su concepción y en su resultado.

Con base en lo anterior, es cuestionable que el tribunal de cierre, que es el Consejo de Estado, defina en sus jurisprudencias y fallos que en todos los casos una IN es una actividad riesgosa, y que por ello deba condenarse a la institución de salud, a pesar de haber actuado con diligencia y cuidado. Por tanto, esto podría dar evolución a una situación atípica, en la cual el actor de salud se niegue a realizar una práctica o procedimiento médico por miedo a ser culpado de un resultado que es normal que se presente. Sumado a esto, es necesario tener en cuenta el concepto de la OMS (2002), que en su Asamblea mundial en Ginebra reconoció la seguridad del paciente como un problema serio de salud.

Teniendo en cuenta la exposición anterior de las fuentes, queda claro que en demandas como la número quince (ver tabla 4, donde se destacan los aspectos más importantes de la demanda, con relación a su contestación), la E.S.E. HFV tuvo el debido cuidado y aplicó la rigurosidad de los protocolos que establece el Ministerio de Salud y la OMS. Con relación a las demandas número tres y siete (ver tabla 4, donde se destacan los aspectos más importantes de la demanda, con relación a su contestación), quedó demostrado en el análisis de la historia clínica que los pacientes tenían enfermedades de base que les generaron un contagio endógeno que se escapa al control como un evento fortuito e inherente al paciente. El contagio endógeno está ligado con las condiciones exclusivas del paciente, ya sea por su condición fisiológica u otras circunstancias médicas inherentes a él. En consecuencia, no hay nivel de responsabilidad por parte de la institución.

Finalmente, con referencia a las demandas número once, doce y trece (ver tabla 4) es claro reconocer que existe un concepto de temporalidad que define si el contagio fue dentro del hospital

por la actuación médica o por falta de cuidado del paciente por no seguir las recomendaciones médicas cuando se le dio de alta. En otras palabras, en este caso no se debió fallar en contra de la E.S.E. HFV porque es claro que la infección fue adquirida fuera del centro de sanidad.

Dicho lo anterior, y para darle cierre a este análisis, se concluye que, si bien se necesita que la E.S.E. HFV aplique una rigurosidad en la elaboración, implementación, ejecución y evaluación de sus protocolos médicos, historia clínica y notas de evolución, no es menos cierto que el principal problema que afecta a la institución es el fallo por responsabilidad estatal que ha definido el Consejo de Estado, cuando afirma que toda IN es atribuible al demandado y que no es obligación del demandante demostrarla (Sentencia 2006-01328/17, 2017). Esto significa que en tal evento no es necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera debida y siguiendo los protocolos que establece la *lex artis*. En todo caso, se puede probar una causa extraña como causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual.

En definitiva, según las categorías planteadas en la metodología, la E.S.E. HFV debe mejorar, principalmente, en la asepsia o cuidado y trazabilidad médica o asistencial del paciente.

3 Lecciones y recomendaciones

El presente apartado inicia con dar respuesta a las cuatro preguntas de reflexión formuladas en la introducción. Luego de ello se responde a la hipótesis planteada y se concluye si se confirma o se rechaza. Finalmente, se cierra este apartado con algunas recomendaciones generales que presentan oportunidades de mejora para casos futuros o recomendaciones de acción ante el contexto o problemática asociada con el caso.

3.1 Respuesta a las preguntas de reflexión

Con referencia a la primera pregunta de reflexión, los criterios de defensa de la E.S.E. HFV, en caso de reparación directa por IN, deben tener en cuenta que la actividad médica es de medios y no de resultados, aunque eso conlleve una obligación de seguridad. Las IN como actividad médica se analizan bajo el régimen de responsabilidad objetiva y, a la fecha, el alto tribunal (Consejo de Estado) sigue fallando bajo esta tesis. Ejemplo de ello son las quince demandas de reparación directa analizadas en el presente caso.

En consecuencia, es necesario entender que las IN que se adquieren dentro de una institución de salud hacen parte de ese mismo acto médico, es decir, en nuestra normatividad nacional o internacional, en derecho propio o comparado, no existen dos clasificaciones, porque la IN es consecuencia de la actividad médica. Hablar de tal distinción y encauzar la IN como una actividad riesgosa (que entraña peligro) sería hacer lo mismo con el acto médico en general y fallarlo bajo el sistema de responsabilidad objetiva, lo cual no tendría sentido, porque la misión y fin último de la medicina es el mejoramiento de la salud. Se aclara que se fallaría bajo este sistema cuando se esté en presencia de obligaciones de resultados.

Ahora bien, todo acto médico trae consecuencias o secuelas positivas o negativas. En el caso de la IN, puede presentarse a lo largo del tratamiento o durante una intervención quirúrgica como resultado de la utilización de elementos o equipos biomédicos, medicamentos, vacunas, material de osteosíntesis, medicina nuclear o el uso de procedimientos invasivos, que en dicho caso pueden constituir la única forma conocida en el ámbito médico para salvarle la vida al paciente o mejorar su salud.

Así, no aceptar lo anterior es inducir a la medicina a que se abstenga de utilizar todos los medios, protocolos, procedimientos y tecnologías a su alcance para llevarles salud a las personas, por miedo a que se desprenda una consecuencia que pueda perjudicar desde el punto de vista del fallo jurídico al médico o institución que están llevándole salud al paciente. Asimismo, esto desconoce que el fin último de la medicina es salvar la vida y ésta es considerada un derecho de primera generación, amparado en la Constitución de 1991, así como en todos los tratados internacionales.

Por otra parte, solo a partir del 27 de junio de 2012 el Consejo de Estado cambió su postura y comenzó a fallar las IN bajo el régimen de responsabilidad objetiva (cuando antes lo hacía subjetivamente), y encauzándola como una actividad riesgosa (Sentencia 1996-13709, 2014). Esto podría considerarse, además de curioso, contradictorio, porque desde el punto de vista médico-asistencial, el manejo de las IN o la manera en que surgen en las instituciones no ha cambiado. Además, esto da pie a interpretar que el Consejo de Estado, tratándose de IN, no diferencia la buena o la mala práctica médica, es decir, solo se fija en el resultado, y deja de lado el seguimiento de protocolos y el soporte de historia clínica, en los cuales se demuestra que el equipo de salud actuó siguiendo con rigurosidad todos los aspectos médicos y clínicos que necesitaba el paciente.

Por tanto, si después de seguir los protocolos, actuar con diligencia y cuidado, mostrar pericia, destreza y uso adecuado de los elementos de apoyo, no se logra el objetivo mismo, porque surja una IN, se puede afirmar que nadie está obligado a hacer lo imposible. Por ende, no se podría reprochar al médico o a la institución (E.S.E. HFV), cuya actuación está autorizada de acuerdo con las normas de la salud (Ley 100 de 1993) y el derecho positivo, que están vigentes en nuestro país. En el caso contrario de lo planteado, sí requeriría el reproche jurídico.

Finalmente, en la Sentencia 1996-13709 del 25 de junio de 2014 se hace referencia a que el modelo de responsabilidad estatal adoptado por la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones tanto fácticas como jurídicas que sustenten la decisión que vaya a adoptar.

Con relación a la pregunta de reflexión número dos, como política de prevención se recomienda diseñar un manual para evitar la antijuridicidad por IN al interior de la E.S.E. HFV, que constaría, en caso de que alguien decida diseñarlo, de la siguiente estructura: (i) la identificación y prevención de las conductas antijurídicas por parte de los funcionarios o entes adscritos, así como la identificación del daño antijurídico generador de responsabilidad patrimonial; (ii) la administración, control y procesamiento de la información relativa a la defensa jurídica de la E.S.E.; (iii) la utilización de los mecanismos alternativos de resolución de conflictos; (iv) la postulación y representación en todos los procesos judiciales y administrativos; (v) la definición de estándares para la defensa judicial; (vi) la evaluación de los resultados de la defensa jurídica, y (vii) la recuperación y utilización de la acción de repetición, haciendo claridad que solo procede cuando hay dolo o culpa grave.

Este manual serviría como herramienta para que los profesionales del derecho contractuales, por prestación de servicios o de planta puedan llevar a cabo una defensa efectiva frente a las demandas que se llegaren a presentar por IN. Esta apreciación es válida considerando que la defensa técnica realizada por la institución no ha sido la más adecuada. Sumado a esto, que al diseñar un manual para evitar la antijuricidad se involucran no solo el departamento jurídico, sino también toda la institución, incluida la gerencia. Este manual, tal como se referencia anteriormente, está estructurado por capítulos.

En cuanto a la pregunta de reflexión número tres, es posible afirmar que la categoría *asepsia o cuidado* fue la que más incidió de forma negativa para que algunas de las quince demandas se fallaran en contra de la E.S.E. HFV. Esto significa que en el hospital no se aplican constantemente procesos de desinfección que permitan garantizar que las áreas de urgencia, observación y quirúrgica, y demás instancias del hospital, sean desinfectadas con los productos necesarios y recomendados por la práctica médica.

En lo que respecta a la categoría *soporte administrativo*, la E.S.E. HFV, al ser una institución de segundo nivel, acreditó los requisitos correspondientes de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993. Ello indica que cuenta con todo el soporte biomédico, asistencial, administrativo y la estructura de mantenimiento para apoyar la operación de salud. Naturalmente, este proceso debe ser sometido a evaluaciones y ajustes necesarios, según las circunstancias de atención y habilitación de los servicios médicos.

Con relación la categoría *trazabilidad del paciente*, la E.S.E. HFV cuenta con un proceso asistencial que incluye recepción y registro, preatención o triaje, atención médica en urgencia y consulta externa, hospitalización (incluidos los exámenes paraclínicos y de apoyo diagnóstico), al igual que el quirófano, unidad de cuidados intensivos y el proceso de referencia y

contrarreferencia, los cuales están soportados y han sido objeto de habilitación o autorización ante la Secretaría Seccional del Antioquia. Adicionalmente, existen los procesos extramural y de promoción, prevención y vacunación. Estos soportes constituyen la fortaleza de la institución, teniendo cuidado de su revisión y ajuste periódico, según las circunstancias de atención y habilitación de los servicios médicos.

Por último, sobre la categoría de *criterio administrativo*, el Decreto 785 de 2005 establece los requisitos que debe cumplir una persona para ser gerente o director de una institución de salud, eso incluye la preparación académica, la experiencia y los estudios complementarios necesarios para que pueda desempeñarse y en la toma de decisiones oriente a la institución siguiendo el plan de desarrollo, de gestión, la estructura presupuestal y el cumplimiento de los manuales de funciones, procesos y procedimientos. Esta plataforma estratégica sobresale en la E.S.E. HFV; sin embargo, su dinámica es cambiante y debe ser revisada, ajustada y evaluada cuando la institución lo considere pertinente, cuando las circunstancias lo indiquen y cuando se habilite un nuevo servicio.

Finalmente, sobre la pregunta de reflexión número cuatro, que se refiere al mejoramiento de los procesos técnicos y documentales, la E.S.E. HFV debe tener en cuenta que es a la entidad a quien le corresponde desvirtuar la presunción de que la IN fue adquirida dentro de la institución, según el caso (Sentencia 2006-01328-36565, 2017). Esto indica la importancia del manejo por parte del juez y todo el aparato judicial del conocimiento y manejo de la historia clínica como documento legal y médico, donde quedan consignadas todas las etapas del proceso de atención y las notas de evolución que den cuenta del estado clínico del paciente, el seguimiento y aplicación de las recomendaciones médicas por parte del personal paramédico con relación a las acciones tendientes a mejorar la salud del paciente. Todo ello, enmarcado frente a los protocolos como

parámetros de la profesión médica, que guían al profesional mediante un esquema sistematizado, de forma tal que encuentre un camino o ruta inicial para enfrentar el factor de salud.

Los protocolos son unos parámetros de la profesión médica, pero es la *lex artis* en general, es decir, todo el manejo del paciente, desde su entrada hasta su salida, la que va a definir, finalmente, si el paciente estuvo bien manejado. En otras palabras, la atención médica es una actividad integral que incluye los protocolos médicos, y, quien se aparte de ellos, debe saber justificarlos.

3.2 Respuesta a la hipótesis teórica

Con base en lo expuesto en el análisis e interpretación del caso y en lo resuelto en las preguntas de reflexión, se confirma lo propuesto en la hipótesis teórica. Para retomar lo dicho en la hipótesis, se afirmó, en primer lugar, que (i) “la jurisprudencia del Consejo de Estado, que es el tribunal de cierre del contencioso administrativo, en el caso de la IN opera bajo un régimen de responsabilidad objetiva, bajo el título de imputación riesgo excepcional-riesgo álea, es decir, falla en contra del hospital por considerar que la IN es una actividad médica riesgosa”. En segundo lugar, se afirmó que esto sucede, en parte, porque (ii) “la E.S.E. HFV no maneja procesos técnicos ni documentales capaces de demostrar que la IN fue contraída fuera del hospital para que constituyera un elemento de defensa jurídica, en la prevención del daño antijurídico”.

En este orden de ideas, se confirma la primera parte de la hipótesis porque, efectivamente, el juez falló las quince demandas analizadas bajo el régimen de responsabilidad objetiva y bajo el título de imputación *riesgo excepcional-riesgo álea*, sin tener en cuenta si hubo falla o error médico atribuibles a la institución, así como la adherencia a los protocolos y soporte adecuado de la historia clínica. En otras palabras, al juez solo le interesó valorar que la infección que afectó al paciente o

víctima haya sido adquirida en el centro hospitalario. Ahora bien, si el juez aplicara un régimen de responsabilidad subjetiva, es decir, por falla en el servicio médico, según el análisis realizado, únicamente se fallaría en contra del hospital en nueve de las quince demandas.

La segunda parte de la hipótesis también se confirma, porque, evidentemente, en el mejor de los casos, el juez seguiría fallando en contra del hospital en nueve de las quince demandas bajo el régimen de responsabilidad subjetiva. En este sentido, cabe reconocer que se evidencian algunas debilidades en la historia clínica como documento médico-jurídico, en identificación y trazabilidad del paciente e historia clínica, en soporte técnico y en criterios administrativos. Por tanto, es absolutamente necesario que el hospital se enfoque en la construcción e implementación de una política de prevención para evitar la antijuricidad por IN.

3.3 Recomendaciones

Como primera recomendación, es necesario que las instituciones de salud del país no solo soliciten, sino que den cumplimiento a los requisitos de habilitación dispuestos, principalmente, en Ley 100 de 1993, leyes modificatorias y sus decretos reglamentarios. Esto es importante, porque se demostró en este estudio de caso que es necesario contar con una historia clínica que evidencie todo el manejo sistematizado y esquematizado con relación al cumplimiento de los protocolos y autorizaciones médicas, de acuerdo con la patología valorada. Asimismo, se incluye también la evidencia de los soportes adecuados de las actividades terapéuticas y diagnósticas, incidencia dentro de la actividad médica de las acciones del personal paramédico, y, en el peor de los casos, la eficiencia administrativa con respecto al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Finalmente, es necesario que el área de direccionamiento y gerencia tenga la capacidad de orientar

el presupuesto hacia las actividades asistenciales y administrativas necesarias para el cumplimiento misional de la institución.

La segunda recomendación apunta a que, en el ámbito jurídico, las instituciones de salud tengan en cuenta lo dicho por el Consejo de Estado, que en Sentencia 1996-13709 del 25 de junio de 2014, precisó que, tratándose de responsabilidad estatal, queda a disposición del juez definir el régimen de imputación; solo le es exigible la construcción de una motivación que consulte las razones tanto fácticas como jurídicas que den sustento a la decisión que habrá de adoptar. Por consiguiente, le corresponde al actor jurídico inducir al juez en cada caso en cuestión. Esta sentencia, aunque hoy no es la posición mayoritaria, si es importante tenerla en cuenta, porque en este caso, se está frente a una responsabilidad estatal. Además, el juez en su providencia es sabio.

Es obligación de la E.S.E. implementar la política sobre la gestión jurídica, que incluya: prevención del daño antijurídico, mecanismos alternativos de conflicto, defensa técnica acertada y, por último, recuperación de recursos mediante la acción de repetición o llamamiento en garantía.

A los estudiosos del tema que se trata en esta investigación o estudio de caso, se les recomienda ahondar en la tendencia decisional del Consejo de Estado, con relación al criterio que usa para fallar y, de alguna manera, reprochar a las instituciones de salud por sus actuaciones, al considerar que, para llegar a una decisión tratándose de IN, es suficiente fallarla bajo el régimen de responsabilidad objetiva a título de riesgo excepcional (riesgo álea). No obstante, en la construcción del derecho, en el fortalecimiento de la jurisprudencia, la doctrina y los principios generales, cada caso en particular, después de un análisis, puede develar una solución enmarcada dentro del debido proceso que establece el artículo 29 y la función administrativa establecida en el artículo 209 de la Constitución de 1991.

4 Bibliografía

- Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado. (2013a). *Guía para la generación de política de prevención del daño antijurídico*. Defensa jurídica. https://www.defensajuridica.gov.co/gestion/publicaciones-andje/Guia-generacion-politica-prevencion/Documents/parametros_prevencion_del_dano_v7.pdf
- Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado. (9 de julio de 2013b). *Circular externa 06. Instrucciones para el ejercicio de la acción de repetición*. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Circular/30034625>
- Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado. (27 de septiembre de 2018). *Circular externa 05 de 2019*. https://www.defensajuridica.gov.co/normatividad/circulares/Lists/Circulares%202019/Attachments/6/circular_externa_05_27_septiembre_2019.pdf
- Agencia Presidencial de Cooperación Internacional. (2019). *Política de defensa jurídica 2019-2020 APC-Colombia*. <https://www.apccolombia.gov.co/sites/default/files/2020-09/A-OT-058-Politica-defensa-juridica-2019-2020.docx>
- Arango, M. (2004). El bloque de constitucionalidad en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana. *Precedente. Revista Jurídica*, 79-102. <https://doi.org/10.18046/prec.v0.1406>
- Arenas, H. (2018). *El régimen de responsabilidad subjetiva* (2.^a ed.). Legis.
- Armenta, A. M. (2009). El régimen de la responsabilidad patrimonial del Estado en Colombia: El título jurídico de la imputación. *Via Iuris*, (6), 88-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3293455>

- Ávila, J. M., Cortés, L. D., Hernández, D. F. Vargas, L. A. (2016). *Impacto y costos generados por las principales demandas a profesionales de la salud* [Tesis de Especialización, Universidad Sergio Arboleda]. Repositorio usergioarboleda. <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/920/Impacto%20y%20costos%20generados%20por%20las%20principales%20demandas%20a%20profesionales%20de%20la%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Beltrán, J. H. y Torres, D. H. (2020). *La responsabilidad penal médica en Colombia: antecedentes y debates actuales* [Tesis de Pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio ucc. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20174/4/2020_responsabilidad_penal_medica.pdf
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (3.^a ed.). Pearson. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
- Bohórquez, R. A. (2019). *Ocurrencia de eventos adversos en el servicio hospitalario prestado por el Estado: Un análisis a la jurisprudencia del Consejo de Estado* [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio ucatólica. <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/23290/1/Trabajo%20de%20Grado%20-%20Roberto%20Bohorquez%20.pdf>
- Carrillo, F., y Varela, D. (2013). Hacia un Sistema Integrado de Defensa Jurídica Estatal: situación y perspectivas de una política pública en Colombia. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (56), 123-176. <https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533688005.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (26 de mayo de 1873). *Ley 112 de 1873. Código Civil.*

Diario Oficial N.º 2.867. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1827111>

Congreso de la República de Colombia. (19 de octubre de 1890). *Ley 19 de 1890. Código Penal.*

<https://editorial.urosario.edu.co/pageflip/acceso-abierto/codigo-penal-1890.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (24 de abril de 1936). *Ley 95 de 1936. Código Penal.*

Diario Oficial N.º 23.316. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1791348>

Congreso de la República. (1979, 24 de enero). *Ley 09 de 1979.* Diario Oficial n.º 35308.

<https://bit.ly/3hszHPK>

Congreso de la República de Colombia. (18 de febrero de 1981). *Ley 23 de 1981.* Diario Oficial

N.º 35.711. <https://bit.ly/3wbioKP>

Congreso de la República. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993. Sistema de seguridad social*

integral. Diario Oficial n.º 41.148. <https://bit.ly/2E122c9>

Congreso de la República. (2000, 14 de julio). *Ley 594 de 2000. Ley General de Archivos.* Diario

Oficial n.º 44.093. https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-15049_documento.pdf

Congreso de la República de Colombia. (22 de enero de 2007). *Ley 1123 de 2007. Código*

disciplinario del abogado. Diario Oficial N.º 46.519. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22962>

Congreso de la República. (2011, 19 de enero). *Ley 1438 de 2011.* Diario Oficial n.º 47.957.

<https://bit.ly/3jbDx05>

Congreso de la República de Colombia. (4 de mayo de 2011). *Ley 1444 de 2011.* Diario Oficial

N.º 48059. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1680622>

Congreso de la República de Colombia. (1 de noviembre de 2011). *Ley 4085 de 2011*. Diario Oficial N.º 48240. <https://bit.ly/3gY1ES5>

Congreso de la República de Colombia. (12 de julio de 2012). *Ley 1564 de 2012*. Diario Oficial N.º 48.489. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=48425>

Consejo de Estado. (s. f.). *Sección Tercera*. <http://www.consejodeestado.gov.co/seccion-3ra/index.htm>

Consejo de Estado. (13 de septiembre de 1991). *Expediente 6253 de 1991* (Carlos Betancourt Jaramillo, M. P.). <https://consejo-estado.vlex.com.co/vid/-52623109>

Consejo de Estado. (14 de febrero de 1992). *Expediente 6477 de 1992* (Carlos Betancourt Jaramillo, M. P.). <https://consejo-estado.vlex.com.co/vid/-52621118>

Consejo de Estado. (30 de julio de 1992). *Expediente 6897 de 1992* (Daniel Suárez Hernández, C. P.).

https://www.redjurista.com/Documents/consejo_de_estado,_seccion_tercera_e._no._n6897_de_1992.aspx#/

Consejo de Estado. (24 de agosto de 1992). *Expediente 6754 de 1992* (Carlos Betancur Jaramillo, C. P.) https://hipertexto-obligaciones.uniandes.edu.co/lib/exe/fetch.php?media=24_agosto_1992.pdf

Consejo de Estado. (10 de febrero de 2000). *Expediente 11878 de 2000* (Alier Eduardo Hernández Enríquez, C. P.).

https://www.redjurista.com/Documents/consejo_de_estado,_seccion_tercera_e._no._n11878_de_2000.aspx#/

Consejo de Estado. (22 de mayo de 2004). *Expediente 14212 de 2004* (Alier Eduardo Hernández Enríquez, C. P.).

- Consejo de Estado. (11 de mayo de 2006). *Expediente 14400 de 2006* (Ramiro Saavedra, Becerra, C. P.).
https://www.redjurista.com/Documents/consejo_de_estado,_seccion_tercera_e._no._14400_de_2006.aspx#/
- Consejo de Estado. (2009, 19 de agosto). *Sentencia 17333 de agosto 19 de 2009* (Enrique Gil Botero, M. P.). <https://bit.ly/3lbPOTJ>
- Consejo de Estado. (2011). *Historia clínica / 25000*. Recuperado de http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/eje_3_consejo_de_estado/12_historiaclinica/25000-23-26-000-2001-01343-01_30283_.pdf
- Consejo de Estado. (24 de enero de 2011). *Sentencia 73001-23-31-000-1997-04867-01 de 2011* (Jaime Orlando Santofimio Gamboa, M. P.). <https://consejo-estado.vlex.com.co/vid/-330168195>
- Consejo de Estado. (2013, 29 de mayo). *Sentencia 1997-13350 de mayo 29 de 2013* (Hernán Andrade Rincón, C. P.). <https://bit.ly/2YpRgIE>
- Consejo de Estado. (2013, 28 de febrero). *Sentencia 25000-23-26-000-1990-06951-01* (Stella Conto Díaz del Castillo, M. P.). <https://consejo-estado.vlex.com.co/vid/647686909>
- Consejo de Estado. (2013, 29 de agosto). *Sentencia 25000-23-26-000-2001-01343-01(30283) de 29 de agosto de 2013* (Danilo Rojas Betancourth, C.P.). <https://consejo-estado.vlex.com.co/vid/-470395922>
- Consejo de Estado. (2014, 25 de junio). *Sentencia 1996-13709 de 25 de junio de 2014* (Hernán Andrade Rincón, C. P.). <https://bit.ly/2QeKGAF>

Consejo de Estado. (2014, 10 de septiembre). *Sentencia 25000-23-26-000-1995-11369-01(27771) de 10 de septiembre de 2014*. (Hernán Andrade Rincón, C. P.). <http://consejodeestado.gov.co/documentos/sentencias/25000232600019951136901.pdf>

Consejo de Estado. (20 de octubre de 2014). *Expediente 30166 de 2014* (Olga Valle de la Hoz, C. P.). https://www.redjurista.com/Documents/consejo_de_estado,_seccion_tercera_e._no._30166_de_2014.aspx#/

Consejo de Estado. (3 de octubre de 2016). *Expediente 31159A de 2016* (Ramiro Pazos Guerrero, C. P.).

Consejo de Estado. (2017, 18 de mayo). *Sentencia 2006-01328/36565 de mayo 18 de 2017* (Jaime Orlando Santofimio Gamboa, M. P.). <https://bit.ly/2QnQjvL>

Constitución Política de Colombia. (1991). (2.^a ed.). Legis.

Corte Constitucional. (22 de agosto de 2001). *Sentencia C-892 de 2001* (Rodrigo Escobar Gil, M. P.).

Cuesta, A. (2018). *Primer informe de prestación de servicios de salud con base en los RIPS*. E.S.E. Hospital Francisco Valderrama. <http://www.hfv.gov.co/index.php/gestion-institucional/gestion-transparente/control-interno?download=163:informe-de-rips-enero-marzo-2018>

E.S.E. Hospital Francisco Valderrama. (2009, 26 de abril). *Resolución 189 de 2009. Código de buen gobierno Antioquia*.

Espinoza, V. (18 de noviembre de 2020). Infecciones nosocomiales. Un poco de su historia y evolución. *Infectología* *Pediátrica*.

<https://www.infectologiapediatrica.com/blog/2010/10/infecciones-nosocomiales-un-poco-de-su-historia-y-evolucion/>

Fajardo, A., y Guzmán, C. (2010). El daño antijurídico del estado y los medios alternativos de solución de conflictos-Estado del arte. Civilizar. *Ciencias Sociales y Humanas*, 10(19), 43-64. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100220049004>

Fernández, M. (2016). Las infecciones nosocomiales como un nuevo evento de responsabilidad objetiva en el sistema colombiano: reflexión sobre su fundamento a partir de la experiencia francesa. *Revista chilena de derecho*, 43(3), 849-875. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372016000300004>

Guzmán, F. y Arias, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir.*, 27, 15-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Lagos, C. y Reyes, L. (2008). *Aproximaciones a la responsabilidad civil derivada de los eventos adversos en salud* [Tesis de Grado, Corporación Universitaria Libre Seccional Cúcuta]. Repositorio Unilibre. <https://bit.ly/3BfDUjJ>

Ministerio de Salud. (2 de diciembre de 1996). *Resolución 4445 de 1996*. Diario Oficial N.º 42.938. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsalud_r4445_96.htm

Ministerio del Medio Ambiente. (6 de septiembre de 2002). *Resolución 1164 de 2002*. Diario Oficial N.º 45.009. http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/resolucion-1164-de-2002.pdf

Ministerio de la Protección Social. (9 de julio de 2004). *Resolución 2183 de 2004*. Diario Oficial N.º 45.611.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2183-de-2004.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2014, 28 de mayo). *Resolución 2003 de 2014*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2006, 8 de mayo). *Resolución 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad*. Diario Oficial n.º 46.271.

[http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/104/S3/05001-23-24-000-1994-02530-01\(22304\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/104/S3/05001-23-24-000-1994-02530-01(22304).pdf)

Ministerio de Minas y Energía. (2014). *Manual de formulación e implementación de políticas de prevención del daño antijurídico*. MinMinas.

<https://www.minenergia.gov.co/documents/10180/601704/ManualPoliticasyPrevenccionDanoAntijuridicoGJ-M-03+V1.pdf/5c341a1a6-c447-4b57-af19-d4010079ef96>

Ministerio de Salud. (1999, 8 de julio). *Resolución 1995*. <https://bit.ly/3lbRCvZ>

Molina, C. y Ramírez, A. (2006). El concepto de actividad peligrosa en el derecho administrativo colombiano. *Opinión Jurídica*, 5(9), 103-124.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5016465.pdf>

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2002). *55ª asamblea mundial de la salud*. WHA.

<https://bit.ly/3j7rnFq>

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2003). *Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica*. (2.^a ed.).

https://www.academia.edu/27989494/Prevenici%C3%B3n_de_las_infecciones_nosocomiales_GU%C3%8DA_PR%C3%81CTICA_2_a_edici%C3%B3n

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2021). *Una atención más limpia es una atención más segura*. <https://www.who.int/gpsc/background/es/>

Ortega, R. (2016). *Procedimiento de notificación de acontecimientos adversos*. Unidad de Gestión Clínica de Coín. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/dwalf?info=42104_Procedimiento%20de%20Notificaci%20n%20de%20Acontecimientos%20Adversos%202016.pdf%7C8d2ce231-ce19-4942-a3fa-5a7c37f90a71

Ospina, F., Manosalva, L., y Niebles, R. (2017). *La carga dinámica de la prueba en los procesos de protección al consumidor*. [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio ucc. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7722/1/2017_carga_dinamica_prueba.pdf

Parra, G. (2017). *Análisis de la Política Pública de Defensa Jurídica del Estado en Colombia 2002-2014* [Tesis de Maestría, Universidad Libre de Colombia]. Repositorio unilibre. <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/11096/Documento%20final%20enero%2025%202016%20revisado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Patiño, H. (2011). Las causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual. ¿Por qué y cómo impiden la declaratoria de responsabilidad? Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado. *Revista de derecho privado*, 20, 371-398. <https://revistas.ueexternado.edu.co/index.php/derpri/article/view/2898/2539>

Presidencia de la República de Colombia. (5 de agosto de 1998). *Decreto 1567 de 1998*. Diario Oficial N.º 43.358.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1246>

Presidencia de la República de Colombia. (8 de junio de 1905). *Decreto 592 de 1905*. Diario Oficial N.º 12.378. <https://bit.ly/31T5c8k>

Presidencia de la República de Colombia. (23 de septiembre de 1954). *Decreto 2831 de 1954*. Diario Oficial N.º 28.594. <https://docplayer.es/9935462-Decreto-numero-2831-de-1954-septiembre-23.html>

Presidencia de la República de Colombia. (30 de noviembre de 1981). *Decreto 3380 de 1981*. Diario Oficial N.º 35.914. <http://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1525998>

Presidencia de la República de Colombia. (22 de junio de 1984). *Decreto 1562 de 1984*. Diario Oficial N.º 36.696. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1562-de-1984.pdf>

Presidente de la República de Colombia. (2000, 22 de diciembre). *Decreto 2676 del 2000*. Diario Oficial n.º 44.275. <https://bit.ly/2QeJCwf>

Presidente de la República de Colombia. (2002, 15 de octubre). *Decreto 2309 de 2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud*. Diario Oficial n.º 44.967. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6829>

Presidente de la República de Colombia. (2005, 17 de marzo). *Decreto 785 de 2005. Sistema de nomenclatura y clasificación*. Diario Oficial n.º 45855. <https://bit.ly/3hnetmc>

- Presidente de la República de Colombia. (2006, 3 de abril). *Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud*. Diario Oficial n.º 46.230.
<https://bit.ly/3aSndOS>
- Presidente de la República de Colombia. (2006, 9 de octubre). *Decreto 3518 de 2006. Sistema de Vigilancia en Salud Pública*. Diario Oficial n.º 46417. <https://bit.ly/34srszg>
- Presidente de la República de Colombia. (5 de agosto de 2015). *Decreto 1083 de 2015*.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=62866>
- Román, A. (2012). Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. *Medwave*, 12(6), 1-6.
doi: 10.5867/medwave.2012.06.5436
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. ICFES.
<https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Secretaría Distrital de Salud. (1993). *Resolución 04153 de 1993*.
- Secretaría Distrital de Salud. (1998, 1 de abril). *Resolución 300 de 1998*. Registro Distrital n.º 1652. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=819&dt=S>
- Tejada, M. C. (2017). Responsabilidad objetiva y subjetiva del Estado por privación injusta de la libertad. *Revista Jurídica Piélagus*, 16(1), 88-99. <https://doi.org/10.25054/16576799.1447>
- Tobar, F. (2008). *¿Hacia dónde va el hospital? Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales*.
https://www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia_donde_va_el_hospital.pdf
- Torres, J. (2008). Marco conceptual de la gerencia pública para América Latina. *Cuadernos de Administración*, (39), 19-28.
https://www.researchgate.net/publication/277059605_Marco_conceptual_de_la_gerencia_publica_para_America_Latina

Vilca, J., Rodríguez, J. P. y Philco, P. (2020). Factores de riesgo asociados a infecciones intrahospitalarias en el paciente crítico. *Rev Med La Paz*, 26(1), 9-17.

http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v26n1/v26n1_a02.pdf

Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods*. Sage Publications.

Anexo**Autorización de la entidad para el uso de la información**

Turbo, Antioquia, 19 de septiembre de 2019

Doctores:

ALEXIS CUESTA

KATERYNE CÓRDOBA

Maestrandos

Universidad Autónoma Latinoamericana – UNAULA

Medellín, Antioquia

Referencia: Autorización de uso de información

Estimados doctores:

De acuerdo con la solicitud con fines académicos allegada por usted, en la que piden autorización para ser uso de la información sobre las demandas de reparación directa y específicamente en lo que tiene que ver con las enfermedades nosocomiales o intrahospitalarias que reposan en nuestras

¡Servicios con Sentido Humano!

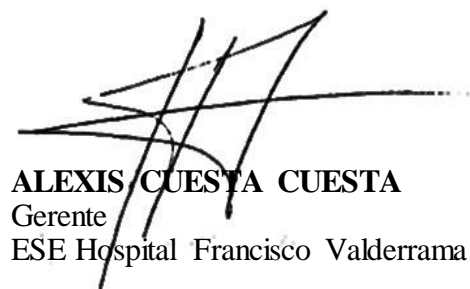
NIT. 890981137-8
TURBO - ANTIOQUIA



instalaciones y son propiedad de la E.S.E. Hospital Francisco Valderrama de Turbo, nos permitimos informarle que la gerencia de la institución avaló tal pedido.

En todo caso, se enfatiza que la información solo podrá ser utilizada para efectos académicos en lo que respecta al proyecto de grado que ustedes lleven a cabo y, posteriormente, sería importante para nosotros como institución en cuestión contar con su retroalimentación una vez hayan concluido con todo su proceso.

Atentamente,



ALEXIS CUESTA CUESTA
Gerente
ESE Hospital Francisco Valderrama