



9/30/2016

**POLÍTICAS DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES:**

*Tratamiento Del Paciente Fuera De Las Prestadoras De Servicios De Salud.*



**CRISTIAN CAMILO CONDE CASTRO**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

**POLÍTICAS DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES:  
*Tratamiento Del Paciente Fuera De Las Prestadoras De Servicios De Salud.***

**CRISTIAN CAMILO CONDE CASTRO**

**MONOGRAFÍA DE CARÁCTER INVESTIGATIVO  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ABOGADO**

**ASESORA TEMÁTICA  
ANA MARÍA MESA ELNESER**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA  
FACULTAD DE DERECHO  
MEDELLÍN-COLOMBIA**

## AGRADECIMIENTOS

*A Arturo Conde Taborda y a Ruth Stella Castro Monsalve, por compartir sus experiencias y conocimientos acerca de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud; por enseñarme el don de la paciencia y la tolerancia; y por su acompañamiento innato y leal. A ellos, mil gracias.*

*A Fray Ángel Castro, por su preocupación y aliento por/para la culminación del acto académico.*

*A Alexander Hernández Jiménez, por compartir amablemente su experiencia y amistad.*

*Por último, a Ana María Mesa Elneser, Abogada Titulada y Magíster Derecho Procesal contemporáneo de la Universidad de Medellín, Investigadora y Experta en Derecho Informático, Especialista Docencia e Investigación, Docente de la Universidad Autónoma Latinoamericana; por su dedicación, compromiso y esfuerzo en las asesorías dadas en este proyecto socio - jurídico, además por haber creído en mí y por brindar su confianza y amistad.*

## TABLA DE CONTENIDO

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES:.....	1
<i>Tratamiento Del Paciente Fuera De Las Prestadoras De Servicios De Salud.</i> .....	1
INTRODUCCIÓN .....	5
CAPÍTULO I.....	7
MEMORIAS METODOLÓGICAS .....	7
CAPÍTULO II.....	11
DE LA CONCEPTUALIZACIÓN .....	11
2.1. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD .....	11
2.2. IAAS EN COLOMBIA .....	17
2.3. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE INFECCIONES DE ORIGEN COMÚN.....	20
CAPÍTULO III.....	22
DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL .....	22
3.1. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 49 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA .....	22
3.2. ANÁLISIS DE LA SENTENCIA T 760 DE 2008.....	28
3.3. LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015: RECONOCIMIENTO AL DERECHO A LA SALUD COMO FUNDAMENTAL .....	31
Ámbito De Aplicación .....	33
3.3.3.Obligaciones Del Estado .....	33
3.3.4. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD (Artículo 10) .....	34
CAPÍTULO IV .....	36
NORMAS RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.....	36
ALCANCE DEL DECRETO 2492 DE 2004 .....	36
“(...) en relación con los componentes anatómicos.” .....	36
4.1 ALCANCE DEL DECRETO 1011 DE 2006 .....	37
4.2 ALCANCE DEL RESOLUCIÓN 0429 DE 2016.....	39
“Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud” .....	39
4.3 Análisis del artículo quinto punto 5.3. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud- GIRS. ....	41
CAPÍTULO V .....	45
ESTUDIO DE CASO: ALEXANDER HERNÁNDEZ JIMÉNEZ.....	45
5.1 INDICACIÓN DEL CASO .....	45
5.2 FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE LAS IAAS SEGÚN EL INS .....	50

5.3 MODO DE TRANSMISIÓN DE LAS IAAS SEGÚN EL INS.....	51
CAPÍTULO VI .....	54
ANÁLISIS DEL SOGCS FRENTE A LAS ENFERMADES EXTRAHOSPITALARIAS .....	54
6.1 COMPETENCIA DEL SOGCS .....	54
6.2 CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS.....	55
6.3 EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.....	56
6.4 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD (Artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y Artículo 32 Decreto 1011 / 2006) .....	59
6.5 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN .....	62
6.6 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD .....	62
6.7 REGULACIÓN CONTEMPORÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE IAAS / IOC .....	64
CAPÍTULO VII .....	68
REFLEXIONES DOCTRINARIAS FRENTE A LAS IAAS Y LA POSIBLE CONEXIÓN CON LAS IEH .....	68
7.1 CHILE.....	68
7.2 FRANCIA.....	71
CAPÍTULO VIII .....	73
ANÁLISIS DE DATOS: ENTREVISTAS .....	73
CAPÍTULO IX.....	75
APROXIMACIÓN AL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD EN LAS INFECCIONES EXTRAHOSPITALARIAS .....	75
CONCLUSIONES Y REFLEXIONES DE AUTOR .....	78
ANEXOS .....	79
REFERENCIAS.....	80

Conforme a la Sentencia del Consejo de Estado: 1995-00964 de septiembre 29 de 2015. Consejera Ponente: Stella Conto Díaz del Castillo. .... **¡Error! Marcador no definido.**

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la presente investigación con fines de trabajo de grado, se refiere al tema de las políticas de prevención y control de las infecciones que derivan del entorno intrahospitalario y extrahospitalario, las cuales, son un problema actual de salud pública, no solo a nivel nacional, sino internacional. Puesto que tales infecciones, denominadas hoy en día por la Organización Mundial de la Salud -OMS- como Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, siendo estas, el epicentro de las problemáticas adheridas a la salud pública y la ciencia de la medicina, atribuyendo mayores tasas progresivas al incremento de la morbilidad y mortalidad de la población mundial; generando aumento en la estadía hospitalaria y; un gasto mayor y multidisciplinario para las prestadoras del servicio de salud. Conforme a lo documentado en el presente acto académico.

Con base en los preceptos constitucionales, y el posterior desarrollo legislativo, jurisprudencial y doctrinal, se logra cimentar la conexión directa que posee la problemática mencionada, con el derecho fundamental y autónomo a la Salud.

Para analizar esta problemática, se examina las normas matrices que detentan directa relación con las políticas de prevención y control orientadas al tratamiento de las infecciones tanto intrahospitalarias como extrahospitalarias. Sin olvidar, que el actual significativo usado por la OMS es el de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Seguidamente, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Atención en Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es quizá la más importante de las normas en calidad de política de prevención, vigilancia y control enfocada a la prestación de un servicio de salud de calidad, oportuno y continuo; dignos de un Estado Social de Derecho, donde imperan las prerrogativas Fundamentales y Humanas.

Las características de la afectación a la salud de las personas, varían de acuerdo a la tipología del microorganismo patógeno resistente a los antimicrobianos que generan la infección sintomatológica, lo cual, produce preocupación enterarse que es principalmente padecida por niños, niñas y personas de la tercera edad; sin embargo, no desvirtúa la existencia de casos en personas jóvenes y adultas. Máxime, cuando se

trata de microorganismos patógenos con resistencia a los antimicrobianos, cuya resistencia puede ser de carácter multirresistente o multisensible, con formas simples de contagio. De tal forma que, es necesaria la creación de políticas sólidas que favorezcan la salud pública y atenúen la problemática que podría generar un impacto mayormente negativo a la sociedad.

## CAPÍTULO I

### MEMORIAS METODOLÓGICAS

**SUMARIO: Se apreciará el objetivo general, los objetivos específicos y la pregunta problematizadora que dio origen a la presente investigación.**

con la globalización, el mundo va creando una tendencia de unificación social, sin embargo, para que tal suceso se materialice, es necesario el agotar muchas más generaciones.

En las últimas décadas, la constante evolución en los avances científicos y tecnológicos, han ayudado a crecimiento racional del ser humano, aun así, pareciera no ser suficiente, porque a medida que se subsana un problema, se incurre en dos o tres enigmas más.

Actualmente, en el área de salubridad, las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, han acarreado la innovación problemática de la Salud Pública, puesto que tales microorganismos patógenos han acrecentado las estadísticas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, la estancia hospitalaria y el aumento del costo de la prestación del servicio de la atención en salud<sup>1</sup>.

Inicialmente, el presente trabajo de investigación académica, se iba a basar en el estudio meramente documental acerca de las disposiciones normativas vigentes para el tratamiento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, sin embargo, al ver el abordaje temático que previamente se ha realizado por diferentes académicos, se decide en coautoría con la asesora de grado, reestructurar y replantear el objeto a investigar. Por lo cual se crea un nuevo eje de estudio, manteniendo el mismo núcleo temático, siendo el protagonista *“Las POLÍTICAS DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES: Tratamiento Del Paciente Fuera De Las Prestadoras De Servicios De Salud”*.

---

<sup>1</sup> a) Cosgrove S. The relationship between antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay, and health care costs. *Clinical Infection Disease* 2006; 42 Supl: 82-9 b) Organización Panamericana de la salud. Una atención más limpia es una atención más segura. [Fecha de consulta: septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html>.

De manera que las IAAS<sup>2</sup>, se han sometido a una regulación de carácter intrahospitalario, no obstante, existe un contexto poco desarrollado, pero que está inmerso y ligado intrínsecamente a este escenario; siendo entonces, las infecciones extrahospitalarias o de origen común, las cuales han afectado igualmente la salud pública y más concretamente el derecho fundamental y autónomo a la Salud; conforme a documentación, lecturas y entrevistas, con el cual se permite denotar la existencia de tal paradigma y, casos de infecciones extrahospitalarias que se pudieron evitar a partir de la implementación de políticas de prevención, vigilancia, control y guías realizadas por las responsables de las prestadoras de servicios de salud, que favorezcan al paciente nosocomial y extranosocomial; a los usuarios del sistema y a la población en general.

En consonancia con lo anterior, para realizar y desarrollar la temática mencionada en el presente acápite, fue necesario y a lugar la siguiente pregunta: *¿Cómo se regulan los tratamientos del paciente por fuera de las prestadoras del servicio de salud que garantice el amparo de las normas constitucionales y legales reglamentarias del SGSSS?*, la cual fija el rumbo de la investigación para dar respuesta a uno de los complicados flagelos que debe afrontar la sociedad y el Estado Colombiano.

En efecto, es imprescindible establecer si *¿Tiene importancia el amparo de la existencia, ambigüedad o vacío de las Infecciones Extrahospitalarias por parte de las prestadoras de salud?*, conforme a la temática tratante, es inevitable abordarlo con base a que el presente acto académico de investigación tiene como objetivo general: *“Demostrar la existencia o vacío de las normas autorreguladoras de los prestadores de servicios de salud, sobre las Infecciones Extrahospitalarias en defensa o amparo de derechos constitucionales y legales reglamentarias del SGSSS”*.

Ahora veamos que, para dar cumplimiento al Objetivo General, fue necesario plantearse los siguientes objetivos específicos:

---

<sup>2</sup> IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Conforme a la Organización Mundial de la Salud.

- 1- Relacionar el alcance de conceptos como *Infecciones asociadas a la atención en salud –IAAS-* e *Infecciones asociadas a la prestación de servicios cívicos y privados –IAPSC&P-* en relación con las infecciones de origen común.
- 2- Entender el nexo causal entre la propagación de las infecciones de origen común en relación con los protocolos existentes para el tratamiento de infecciones intrahospitalarias.
- 3- Inferir la responsabilidad de los prestadores del servicio de salud por la omisión de indicación al paciente del tratamiento extrahospitalario en procurar de evitar la propagación.

El primer objetivo específico se resuelve en los capítulos segundo y tercero del concurrente trabajo de grado, el cual permite esclarecer el significado de los significantes mencionados, con el fin de tener un mejor entendimiento acerca de la temática producto del acto investigativo. El segundo se detalla en los capítulos subsiguientes al tercero, el cual permite la integración causal de la necesidad atinente a la creación de políticas dirigidas a prevenir o evitar, vigilar y controlar las infecciones asociadas a la atención en salud, enfatizando en las infecciones extrahospitalarias, y el tratamiento del paciente fuera de las prestadoras del servicio de salud que salven la salud pública y la calidad de vida de los habitantes. Y el tercer objetivo específico se aborda en el capítulo tercero y siguientes, fundamentado en la omisión de las responsables de las prestadoras de los servicios de salud para garantizar la calidad de la atención en salud, el fortalecimiento de las instituciones y el real y efectivo cumplimiento de las disposiciones normativas que protejan las prerrogativas inherentes a la población colombiana, contribuyendo a la evolución en la batalla contra los microorganismos patógenos.

De manera que, se utiliza un enfoque cualitativo para desarrollar una investigación explicativa, la cual se oriente a dar respuesta a las causas de eventos y situaciones de la salubridad y la salud pública, explicando por qué ocurren, y las condiciones en que se dan las IAAS con énfasis en las Infecciones Extrahospitalarias, en razón de que es necesario narrar la necesidad de atenuar esta problemática,

teniendo como motivo adicional la protección y garantía del derecho fundamental a la Salud.

Finalmente, se plantearon como instrumentos de consulta, para llegar al actual desarrollo académico, la revisión y el estudio de setenta y un referencias bibliográficas lingüísticas, históricas, doctrinales, legales y jurisprudenciales; entrevista al paciente Alexander Hernández Jiménez y entrevista a experto, el Doctor Juan Fernando Estrada; con el fin de triangular la información que generara como consecuencia la ejecución del desarrollo de los capítulos, y la realización de las conclusiones.

## **CAPÍTULO II DE LA CONCEPTUALIZACIÓN**

**SUMARIO: 2.1. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud;  
2.2 IAAS En Colombia; 2.3. Aproximación Al  
Concepto De Infecciones De Origen Común**

### **2.1. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**

Hoy, la Organización Mundial de la Salud, llama a las históricamente reconocidas Infecciones Nosocomiales o Intrahospitalarias, como Infecciones Asociadas a la Atención en Salud; las cuales, a su vez han venido evolucionando con el transcurrir del tiempo, y cuando se hace mención al significativo “evolución”, es en el entendido de una gran extensión e importancia, puesto que ha evolucionado a tal punto de la aparición de nuevas infecciones, más resistentes a antimicrobianos y más peligrosas para la salud pública y la vida de la población. Es entonces acertado afirmar que el aumento de la tasa de morbilidad y mortalidad alrededor del mundo, según la OMS, se debe en gran parte a las IAAS.

Se debe agregar que, los microorganismos resistentes a los antimicrobianos, o también llamados fármaco resistentes, no solo ocasionan un aumento progresivo en la morbilidad y la mortalidad, sino que, ha generado un alza en la estancia hospitalaria (situación ésta, que podría ser una de las razones de la existencia de las infecciones) y a su vez el preocupante aumento de los costos de la atención en salud, por la creación de comités de infecciones, la adopción y creación de políticas públicas, las investigaciones científicas, la promoción y prevención de la salud desde el marco micro-orgánico y demás planes de mejoramiento y de salud que las instituciones prestadoras de tal derecho deben abarcar.

En este momento, es importante realizar una contextualización referente al significado propio de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud -IAAS-, para ello, es necesario acudir a la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud -

OMS- y por el Instituto Nacional de Salud -INS-, adicionalmente, dar una interpretación a fondo referente a su concepto.

Significado de la OMS frente a las IASS:

*“Las IAAS, también denominadas infecciones <<nosocomiales>> u <<hospitalarias>>, son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso.”<sup>3</sup>*

Así las cosas, es necesario observar que las IAAS, son infecciones adquiridas durante un tratamiento hospitalario u otro centro sanitario, y que, el paciente desconocía la existencia del germen y, mucho menos que el paciente la llevaba en su cuerpo o ingresaba al centro con la infección o el microorganismo, lo cual, logra esclarecer que se contrajo dentro del establecimiento o la institución prestadora del servicio de salud.

Aquende es necesario hacer una aclaración y buscar un significado al significante *centro sanitario y centro de salud*; siendo el primero la instalación médica que se dedica a la asistencia y cuidado de la salud de los enfermos, donde en ocasiones y según el nivel, no deben nunca, incumplir con la obligación de cuidado de los pacientes; y el segundo está relacionado intrínsecamente con la denominada Atención Primaria en Salud -APS-, referida según la Declaración de Alma Ata (artículo sexto) como *“...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...”*, es decir, es aquella prestación del servicio de salud entorno a las estrategias previamente fijadas para realizar una oportuna y aceptable atención en salud, utilizando de manera razonable y responsable los recursos brindados para tal prestación.

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud, [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/es/](http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/)

Hay unos elementos importantes, que son necesarios señalar y revisar derivados de la Declaración de Alma Ata, referido a los servicios y prestaciones considerados acciones de la Atención Primaria en Salud y que sin ninguna duda deben realizarse con la inclusión de planes y políticas adoptadas necesariamente por las instituciones prestadoras de salud. Las cuales son:

- Educación para la salud
- Alimentación y nutrición adecuadas
- Agua potable y sanidad básica
- Atención infantil y maternal
- Inmunización
- Planificación Familiar
- Prevención, tratamiento y control de enfermedades comunes y lesiones
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales
- Provisión de medicamentos esenciales
- Salud mental
- Salud bucal

A su vez, hay que tener en cuenta algunos enfoques esenciales de la APS, como lo son la *Atención Primaria*, referida a la entrada misma de la operatividad continua del sistema de salud para la mayor parte de la población y la relación directa con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general; el *enfoque de salud y Derechos Humanos*, que cabe recalcar y recordar, que la salud es un Derecho Fundamental e inherente al ser Humano, el cual hace frente a la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, aunque sería prudente también agregar un determinante económico y financiero. Tal y como lo expresan en la Declaración, “...*más globales, dinámicas, transparentes y deberían estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos (...) de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud*”.

Con respecto a la APS y los avances surgidos por la Declaración de Alma Ata, nos llevaría lustros referirnos en su totalidad al tema, por lo tanto, hay que rescatar algo que se sabe, y es que la Salud es un derecho fundamental, que debe ser prestado

conforme las necesidades actuales, de manera oportuna y garantizando su verdadera efectividad en la prestación del servicio de salud.

Dicho lo anterior, es necesario retomar la OMS y la temática principal y tratante principal -IAAS-, hay que dar a conocer y hacer referencia a la frecuencia y los lugares donde se puede contraer las infecciones, para ello, la misma organización expresa:

*“Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y **pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta.** Asimismo, incluyen **las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.** Las IAAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de la atención sanitaria, y **ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema.** Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por las IAAS. **La carga de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.**”<sup>4</sup> (Negrita fuera de texto original. Insertada: Propio autor)*

Hay cuatro puntos que fueron pertinentes y necesarios resaltar con formato de negrita en el texto, en razón a que el primero (i) hace referencia a que las infecciones adquiridas dentro del centro hospitalario pueden en su sintomatología aparecer tiempo después de que el paciente deje la institución, la pregunta que hay que hacer es ¿Hasta cuánto tiempo después es posible afirmar que tal infección fue producto de haber estado dentro de la IPS, Centro de Salud u (la ESE) Hospital? Para responder a esto habrá que abarcar una cantidad prudente de jurisprudencia, de decretos, y de leyes que regulen el tema. Tema que trataremos de manera profunda en los siguientes capítulos.

Lo segundo (ii) es el riesgo al que está permanentemente sometido el personal laboral del hospital, centro sanitario o centro de salud; y es que, para ello, la ley en sentido *lato* ha dado una cantidad de precauciones, como vacunación del personal y hasta formas de prevenir el contagio, producto de una lesión por pinchazo de aguja o

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud, [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/es/](http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/)

yendo más allá, lesiones en la espalda, alergias al látex (guantes), violencia por parte de los usuarios o incluso, deterioro de la salud producto del estrés.

La tercera (iii), es un dato bastante agravante y preocupante de la situación, referido a una realidad igualmente alarmante y es que como los microorganismos resistentes a los antimicrobianos hacen parte de la naturaleza, estos a su vez van evolucionando, a tal punto que se vuelven multirresistentes a antibióticos que usualmente eran suficientes para tratarlos o eliminarlos. Es por eso, que hoy la OMS sigue preocupada y sabe que esta problemática tan agobiante es difícil de manejar y de eliminar, el problema real es que a medida que pasa el tiempo, podría generar mayores resistencias a tal punto de afectar severamente a la humanidad y la salud pública (Ejemplo: El virus Ébola, AH1N1, Sika y asociados).

El cuarto (iv), no es menos importante, y en su momento habrá que preguntarse si el sistema de salud colombiano es eficiente, al menos en lo que respecta a la seguridad brindada a sus pacientes y usuarios, más allá de la fundamentación y solvencia económica. Ahora, analizándolo desde un plano general, es correcto la afirmación realizada por la organización mundial de la salud, puesto que, en países como Canadá, Francia o Inglaterra que gozan de un sistema de salud avanzado y ejemplar para el resto de países en el planeta tierra, y si bien es cierto que no han erradicado los microorganismos patógenos que generan infecciones asociadas a la atención en salud, también es cierto que en políticas de calidad, prevención y mejoramiento integral de la prestación del servicio de salud nos llevan años luz a los países en desarrollados y que en comparación a la respuesta que puedan tener los países desarrollados es realmente asertivo afirmar que aquellos países con mayores ingresos superan sus crisis y congelan las preocupaciones de salud de una manera más ágil y audaz, lo que resulta ser apenas lógico.

Según lo anterior, es notorio entonces la gravedad del problema al que las naciones y estados están sometidos y al que se debe estar atentos. Ahora bien, en el área de la salud, hay un frase singular y popular, la cual se adentra en el escenario del plan de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que a su vez reza:

“...una atención limpia, es una atención más segura”, referente a esto, es posible asociarlo a un pronunciamiento de la OMS:

*“Cada día, las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias.*

*Aunque las IAAS son el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, su verdadera carga mundial aún no se conoce con exactitud debido a la dificultad de reunir datos fiables: la mayoría de los países carecen de **sistemas de vigilancia de las IAAS**, y aquellos que disponen de ellos se ven confrontados con la complejidad y la falta de uniformidad de los criterios para diagnosticarlas.*

*La carga de IAAS es una de las principales esferas de trabajo del programa <<Una atención limpia es una atención más segura>>. Se han realizado exámenes sistemáticos de la literatura sobre el tema con el fin de **identificar los estudios publicados al respecto en los países desarrollados y en desarrollo y resaltar la magnitud del problema de las IAAS.**” (Negrita fuera de texto original. Insertada: Propio autor)*

Del primer párrafo habrá que decir que se ha hablado en casi todo el primer capítulo, por eso, en el segundo y tercer párrafo se encuentra la necesidad de resaltar con formato de negrita, a lo que, ha de referirse que, primero, crear sistemas de vigilancia de las IAAS y si me permiten atreverme, no solo de vigilancia, si no también crear comités científicos y de investigación dedicados a las infecciones asociadas a la atención en salud, de manera que, se pueda -segundo- identificar plenamente y con mayor seguridad la problemática real, atacarla y en ejercicio de la comparación entre los sistemas desarrollados y los que están en desarrollo generar una mayor burbuja de protección efectiva para que la atención en salud no termine siendo peor que la misma enfermedad.

Es claro que, se necesitará un mayor apoyo por parte de entidades nacionales e internacionales, públicas y privadas que presten y adecuen laboratorios en pro de

generar mayores investigaciones, cuyos resultados sean benéficos y favorables para la supervivencia sana en el planeta tierra.

Todo lo anterior, nos ha dado una gran conceptualización referente a las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, se especifican las zonas de contagio o riesgo, pero si hay algo que aún hace falta, es que nada nos da una prohibición interpretativa de que además de contraer microorganismos patógenos multirresistentes en algún centro sanitario o de salud o Institución prestadora del servicio de Salud -IPS-, no se puedan contraer en los lugares donde se prestan servicios alejados de salud que sean cerrados, donde se paga un precio por ingresar o acceder a la prestación del servicio, durante un tiempo considerable, y además de eso, podría haber gérmenes (en sentido amplio) circundantes, y donde peor aún, habría la posibilidad de proliferación de éstos micro organismos, llámense: virus, bacterias, hongos o parásitos.

## 2.2. IAAS EN COLOMBIA

Seguido a la conceptualización de la OMS, pasamos a observar el diagnóstico que trae el Instituto Nacional de Salud, la cual tiene existencia en nuestro país. Para ello, el INS responde expresamente a la pregunta ¿Qué son las IAAS?, de la siguiente manera:

*“...son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición **médica o quirúrgica** y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo, pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, **transmisión** entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, las IAAS son causadas por una variedad de agentes infecciosos, incluyendo bacterias, hongos y virus. Las IAAS son consideradas como un evento adverso producto de una atención en salud que de manera **no intencional produce algún daño al paciente, pudiéndose catalogar como prevenible o no prevenible**. De acuerdo a la información generada por la OMS/OPS la definición de IAAS, reemplazará otras definiciones previamente*

*utilizadas en otros subsistemas tales como infección nosocomial, infección intrahospitalaria o infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).<sup>5</sup>*

Como vemos, la INS no se aleja de lo expresado por la OMS, sin embargo, nos deja un pequeño uso de significantes que podría prestarse para confusión, cuando se expresa que las IAAS se adquieren cuando “el paciente recibe tratamiento por alguna condición médica o quirúrgica”, al expresar esto, podría confundirse con la abstracción del *Oblito Quirúrgico*, el cual, según la Real Academia de la Lengua Española expresa que: “...*Es el cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica.*”<sup>6</sup>, esto entonces, nos dice que el tratamiento médico quirúrgico que contribuya a la adquisición de microorganismos por parte del paciente es muy diferente a los cuerpos extraños **olvidados** en el interior de un paciente durante la intervención quirúrgica. Aún con esto, hay que hacer claridad acerca del concepto de Centro Quirúrgico, siendo este el ambiente o también denominado unidad operativa compleja, donde se encuentran o convergen las acciones propiamente quirúrgicas – programadas y de emergencias de varios Servicios de salud que presta la IPS, Centro u Hospital. Adicionalmente, una de las cualidades del centro quirúrgico es su funcionamiento por las 24 horas del día, a su vez cabe decir que no está en todos los hospitales puesto que para este tipo de intervenciones es necesaria que tal entidad cumpla con unos mínimos requeridos para tales acciones, en estas, el presupuesto y el personal que demanda.

Todo el tiempo, se ha hablado de los microorganismos y microorganismos resistentes a los antimicrobianos, también llamados fármacos resistentes, para eso el INS, ha explicado qué es la resistencia a los antimicrobianos, rezando:

*“...La resistencia a los antimicrobianos (o farmacoresistencia) se produce cuando los microorganismos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos, sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces.*

---

<sup>5</sup> Acápites 1 del siguiente hipervínculo -> <http://www.ins.gov.co/iaas/paginas/que-son-las-iaas.aspx>

<sup>6</sup> Acápites dos del siguiente hipervínculo -> <http://www.ins.gov.co/iaas/paginas/que-son-las-iaas.aspx>

Los microorganismos resistentes a la mayoría de los antimicrobianos se conocen como ultrarresistentes. **El fenómeno es muy preocupante porque las infecciones por microorganismos resistentes pueden causar la muerte del paciente, transmitirse a otras personas<sup>2</sup> y generar grandes costos tanto para los pacientes como para la sociedad.**

La resistencia a los antimicrobianos **se ve facilitada por el uso inadecuado de los medicamentos**, como, por ejemplo, cuando se toman dosis insuficientes o no se finalizan los tratamientos prescritos. Los medicamentos de mala calidad, las prescripciones erróneas y **las deficiencias de la prevención y el control de las infecciones son otros factores que facilitan la aparición y propagación de la farmacorresistencia**. La falta de empeño de los gobiernos en la lucha contra estos problemas, las deficiencias de la vigilancia y la reducción del arsenal de instrumentos diagnósticos, terapéuticos y preventivos también dificultan el control de la farmacorresistencia.<sup>7</sup> (Negrita fuera de texto original. Insertada: Propio autor)

Con esto, debemos cerrar lo referente a la conceptualización de las IAAS con un interrogante que abrirá paso al siguiente capítulo, es cierto que las infecciones asociadas a la atención en salud son patentes en los centros hospitalarios y centros de salud donde se presta el servicio de salud y sanitario, también cabe la **posibilidad razonable** de que las infecciones se puedan contraer en lugares cerrados o abiertos al público; donde se preste un servicio y al mismo tiempo medie un contrato que pueda ser probado mediante título ejecutivo o con recibos, facturas, boletos u otro medio semejante; donde además por la cantidad de personas que acudan al lugar, con diferentes patologías cada una; donde también haya la existencia de ventilación; consumo de comidas puedan expandirse a lo largo y ancho del establecimiento privado, afectando así la salud de las personas, generando clusters, brotes o peor aún epidemias producto de las deficientes **políticas de prevención y el control de las infecciones**, que facilita la aparición y propagación de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos.

---

<sup>7</sup> Acápites tres del siguiente hipervínculo -> <http://www.ins.gov.co/iaas/paginas/que-son-las-iaas.aspx>

### 2.3. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE INFECCIONES DE ORIGEN COMÚN

Una aproximación acertada y referida al concepto de Infecciones en la Comunidad, o de Origen Común o que también podría ser llamadas apropiadamente como Infecciones Extrahospitalarias, es que son aquellas inoculaciones patógenas adquiridas en la comunidad, las cuales difieren de las infecciones adquiridas en cualquier unidad o centro donde prestan el servicio de salud, precisamente porque no se adquieren en un nosocomio sino en un entorno totalmente ajeno a éste, siendo por consiguiente espacios donde se presume no habría agentes infecciosos propios de lo intrahospitalario.

Así las cosas, una infección podría catalogarse como de origen común si el paciente no ha estado recientemente, ni ha tenido contacto con alguien dentro de una IPS u Hospital. Esto, es una inferencia válida que cabe dentro de la razón del individuo producto de la exposición concreta referente a las infecciones asociadas a la atención en salud.

Sin embargo, en la actualidad el concepto utilizado para hacer alusión a una infección en la comunidad es lo que usualmente conocemos como cualquier tipo de infección que adquirimos fuera de centros de salud. Verbi gratia, la definición que trae el blog español **madri+d**, dedicado principalmente a la Salud Pública (publicado por Consuelo Ibáñez Martí el 9 de julio de 2007), el cual reza en términos del significante de infección comunitaria, lo siguiente:

*“Son aquellas enfermedades, generalmente comunes, que adquirimos en nuestra vida diaria. Entre ellas son más fácilmente identificables los brotes que ocurren en colectivos ya sean colegios, restaurantes, etc.”<sup>8</sup>*

Según lo anterior, es claro que no hacen referencia al contexto que se ha narrado en este capítulo, aun así, es necesario decir que la existencia de infecciones en la comunidad no es un asunto irreflexivo o fuera de lugar, por el contrario, aunque es un asunto oculto y poco lucido, hay que expresar que es de vital importancia, puesto que los microorganismos patógenos que una vez estaban dentro del centro de salud, IPS u

---

<sup>8</sup> Acápite sexto del siguiente [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2007/07/09/69613](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/07/09/69613)

Hospital, y pasan a estar fuera del mismo producto de que el paciente (que también hace la calidad de agente infeccioso en la calle) “dado de alta”, y adicionalmente sigue siendo paciente derivado de su cualidad patógena, pero que no fueron puestos en condición de aislamiento porque su tratamiento debe realizarse en su hogar (por diferentes razones, ya sean de política de salud o económicas), y éste a su vez tiene, por ejemplo, un diagnóstico alusivo a una infección asociada a la atención en salud, y su tratamiento se lo realizan en la casa, yendo el personal de la entidad a aplicarle el antibiótico cada 8 o 12 horas, en las cuales el paciente tiene un contacto permanente con su familia y hermano de 7 años, y resulta que tal infección diagnosticada como multisensible es realmente multirresistentes, transmisible o blee<sup>9</sup> y efectivamente resulta contagiando al niño de 7 años e incluso a su pareja que le hacía una visita continua.

Aquí es cuando se podría decir que estamos en presencia de un prebrote<sup>10</sup> o “caso índice” derivado de una fuente propagada<sup>11</sup>. Por tal razón, es necesario reflexionar sobre el enorme vacío que existe en las políticas de prevención de propagación de infecciones cuya raíz fue el centro de salud, pero por razones espacio temporales y de falta de control y promoción pasaron a estar en entornos diferentes a los mismos, que pudieran incluso generar un clúster, brote o peor aún, una epidemia, producto de la propagación que podría darse incluso en establecimientos privados y abiertos al público como cines, el metro, buses de transporte público cuyo servicio es en totalidad cerrado y durante horas; o casos tan simples como la prestación del servicio médico residencial o domiciliario. Aquí, podría aparecer fenómenos jurídicos transgredidos, como lo es la obligación de seguridad que debe prestar el hospital a su paciente y la responsabilidad que tiene el mismo para evitar afectar los bienes jurídicamente tutelados de las personas, como la salud pública, la salud y la integridad de la persona. Tema, que sin duda alguna trataremos con mayor profundidad en el capítulo séptimo del presente trabajo.

---

<sup>9</sup> Betalactamasas de espectro prolongado: [https://www.drugs.com/cg\\_esp/betalactamasas-de-espectro-prolongado-blee.html](https://www.drugs.com/cg_esp/betalactamasas-de-espectro-prolongado-blee.html)

<sup>10</sup> Se expresa en el siguiente [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2007/10/11/76148](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/10/11/76148)

<sup>11</sup> Explicado en [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2007/05/09/65263](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/05/09/65263)

## **CAPÍTULO III**

### **DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL**

**SUMARIO: 3.1. Análisis del artículo 49 de La constitución política; 3.2. Análisis de la sentencia t 760 de 2008; 3.3. Ley estatutaria 1751 de 2015: reconocimiento al derecho a la salud como fundamental; 3.3.4. Derechos y deberes De las personas, relacionadas con la prestación del servicio de salud (artículo 10).**

#### **3.1. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 49 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA**

Antes de comenzar a analizar el contenido que reza el artículo mencionado en el subtítulo del presente acápite, es necesario decir que no sólo este apartado de la Constitución Política de Colombia de 1991 hace alusión al Derecho Fundamental a la Salud, puesto que, existen otros imperativos que de manera indirecta o directa hacen mención al mismo, como lo son:

El artículo 2<sup>do</sup>, referido a los fines esenciales del Estado, el cual servirá a la comunidad (...) y velará -entre otras cosas-, por los derechos y deberes consagrados en la Constitución. El artículo 5<sup>to</sup>, concerniente a que el Estado dará prioridad sin discriminación alguna a los derechos inalienables de la persona. Artículo 11, relativo al derecho a la vida, el cual tiene un inexcusable vínculo con la salud, aun siendo ambos derechos inviolables y derechos fundamentales autónomos. Artículo 43, acerca de la especial protección y asistencia que el Estado debe brindarle a la mujer en condición de embarazo, durante éste y aun después del parto. Artículo 44, el cual expresa dentro del cúmulo de derechos fundamentales que gozan los niños y niñas, el derecho a la salud, aclarando que, prevalecerá los derechos de éstos sobre el de los demás. Artículo 45, establece que, los adolescentes tienen derecho a la protección y a la formación integral. Artículo 46, donde se habla de una corresponsabilidad tácita entre el Estado, la Sociedad y la Familia para el cuidado y la protección de las personas en calidad de la tercera edad. Artículo 47, alusivo a la especial atención que el Estado le prestará a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos.

Igualmente, el Artículo 48, que concentra la necesaria protección, dirección, control y vigilancia a cargo del Estado para garantizar el servicio público e irrenunciable a la seguridad social y además ampliar su cobertura de manera progresiva. Artículo 50, el cual da protección al niño menor de un (1) año que no esté cubierto por algún tipo de seguridad social, e igualmente tendrá derecho a recibir una atención gratuita en todas las instituciones de salud. Artículo 53, donde el Estado deberá garantizar -entre otros- la seguridad social del trabajador. Artículo 54, expresa que el Estado debe garantizar el acceso al trabajo al minusválido acorde a sus condiciones de salud. Artículo 64, relativo a que el Estado deberá garantizar el acceso a los servicios de salud a las personas cuyas labores se desempeñan en el agro. Artículo 78, concerniente a que la facultad reglamentaria del Estado, el cual velará por la protección de la salud a los consumidores. Artículo 86, el cual impetra la Acción de tutela o también conocida como Acción de Amparo, el cual se usa como mecanismo de protección inmediata de los derechos fundamentales. Artículo 95, cuyo imperativo es vinculante a los deberes de los ciudadanos, más concretamente expresado en el numeral segundo, alusivo a la posición de garante y el ejercicio del principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que ponga en peligro la vida o la salud de las personas.

Artículo 288 y 289, relacionado con la atención en servicios públicos -Salud- que el Estado debe garantizar en las líneas fronterizas atendiendo a su función administrativa con facultad reglamentaria y de las competencias atribuidas a las entidades territoriales conforme a los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad. Artículo 334, referente a que el Estado en su facultad de Director, hará lo suficiente para garantizar las cualidades que dignifican el Estado Social de Derecho, por lo que, en ningún momento deberá alejarse de la prevalencia de los derechos fundamentales, ni restringir su alcance o negar su protección efectiva, y siempre actuar conforme al interés general. Artículo 336, atinente a la financiación de la salud proveniente de las rentas generadas por los únicos monopolios que están permitidos en Colombia, los cuales son: Juegos de suerte y azar, los rentísticos y, los de licores; producto de las rentas derivadas de estas prácticas serán destinadas preferentemente a los servicios de salud y a la educación.

Así las cosas, y una vez anunciado el cúmulo de normas que hacen parte del cuerpo que se entraña Constitución Política de Colombia de 1991, es oportuno entonces comenzar a analizar el artículo 49 de la Carta para hacer profundidad en el derecho a la Salud, como derecho constitucional, fundamental y autónomo.

*“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

*Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.*

*La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.*

*Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.*

*El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.”*

Antes de entrar a analizar a fondo lo expresado en la constitución, es necesario saber, cuál es la definición del significante SALUD. Así las cosas, la Organización Mundial de la Salud es muy clara referente al sentido propio del mismo, definiéndolo, como un completo estado de bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia

de afecciones o enfermedades<sup>12</sup>. Según esto, es claro que la salud tiene una relación intrínseca con la Vida misma de la persona, y nos da a entender que hace parte entonces de un derecho igualmente colectivo, además de ser individual, porque se desarrolla con la persona misma y con los actos propios de un ser humano. Por ende, es apropiado concluir, que el derecho a la salud es un derecho irrenunciable y está en cabeza del Estado garantizar la protección primordial del mismo.

Ahora bien, el inciso primero del artículo 49 de la Constitución Política, expresa que la atención en salud hace parte de los derechos colectivos, por ser servicios públicos que deben ser prestados y garantizado por el Estado. A su vez, tendrá que crear, para el desarrollo de tal servicio público, políticas que vayan en dirección de promocionar los servicios y el acceso a salud, la protección del paciente y el derecho como tal, y la recuperación del bienestar físico, mental y social de la persona que acude a la prestación de los servicios de salud.

A fin de lo anterior, el inciso segundo expresa de manera directa el conjunto de obligaciones que tiene el Estado para garantizar un efectivo servicio de la Salud, entre ellas está, la obligación y facultad de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes. Y es que, es una de las obligaciones del Estado ser director de los administrados, no solo en lo que refiere a la economía sino también al destino de alcanzar lo pertinente a un Estado Social de Derecho, según la facultad también constitucional conferida en el artículo 334 de la carta, que a su vez debe estar vinculada a la prevalencia del interés general y la dignidad humana<sup>13</sup>. A renglón seguido, expresa que las actuaciones del Estado encaminadas a el desarrollo del derecho a la salud y la prestación de los servicios de salud, deberán guiarse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

---

<sup>12</sup> "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

<sup>13</sup> Constitución Política de Colombia de 1991. "Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en **el respeto de la dignidad humana**, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la **prevalencia del interés general**." (Negrita a propio autor)

Siendo el primero dirigido a el cumplimiento de su función de manera adecuada y oportuna, con el ejercicio de sus capacidades y la implementación de sus herramientas dirigidas al cumplimiento de tal fin. El segundo, describe la necesidad de cumplir con la prestación del servicio de salud sin ningún tipo de discriminación y; el tercero, expone, además de ser un deber del ciudadano (contemplado en el artículo 95 numeral segundo de la Constitución Política)<sup>14</sup>, la imposición de obrar conforme a tal principio, respondiendo con acciones inmediatas, humanitarias y diligentes ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

A su vez, el Estado deberá vigilar, inspeccionar y controlar las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas; y de acuerdo a los términos de ley que regulan la materia, establecer las competencias de las entidades territoriales, que, entre otras cosas, gozan de una autonomía limitada por el desarrollo legislativo y el ordenamiento jurídico mismo.

Para el inciso tercero, es necesario entender que el Estado colombiano tiene facultades para descentralizar sus funciones administrativas<sup>15</sup>, de manera territorial, por servicios y por colaboración. Abordando la que nos compete, se hace referencia a una descentralización por servicios, entrando en esta categoría las Entidades Sociales del Estado (ESE) e incluso las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), con vinculación a entidades promotoras de salud (EPS) y cuyo encargado de la inspección, control y vigilancia se encuentra en manos de la Superintendencia Nacional de Salud (Súper-salud), entidad ésta, igualmente descentralizada, la cual desconcentra otras entidades de carácter territorial, como lo son las Seccionales de Salud (nivel departamental) y la Dirección Local de Salud (nivel municipal).

Así entonces, el Estado encarga una de funciones para el cumplimiento de los fines inherentes al mismo, a entidades territoriales con funciones administrativas de naturaleza nacional, departamental, distrital y municipal, en coordinación con el eje

---

<sup>14</sup> Constitución Política de Colombia de 1991. Artículo 95, numeral 2<sup>do</sup>, reza: "(...) Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas."

<sup>15</sup> Constitución Política de Colombia de 1991. Artículo 209, inciso 1ro: Artículo 209: "La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones."

central de la nación para el desempeño efectivo de las obligaciones estatales, más concretamente, en el orden de las ideas, para prestación de un servicio de salud idóneo, de calidad y encaminado a satisfacer las necesidades de los habitantes y mejorar la calidad de vida de los administrados, dignos de un Estado Social de Derecho.

Del cuarto y quinto inciso, es necesario decir, que la atención en salud debe privilegiar a quienes se encuentran en una situación de debilidad, como lo son los niños, niñas y adolescentes, e igualmente las mujeres que están en condiciones de maternidad; incluso podría incluirse a las personas en situación de calle, las cuales, en concordancia con el artículo 13, último inciso<sup>16</sup>, el estado deberá protegerlos especialmente, en razón de su condición física y mental, que los deja en circunstancias de debilidad manifiesta, máxime cuando estos podrían incluso ser un problema posterior a la salud pública, producto de sus actividades rutinarias y reiteradas, a tal punto que sería reflexivo pensar que éstas son personas potencialmente infecciosas, y por lo tanto, la atención en salud debería ser para ellas obligatoria, gratuita y por supuesto, de calidad.

En conclusión, el artículo 49 de la Constitución Política, favorece de manera notoria el derecho a la salud, la cual debe cumplir a cabalidad con estándares de calidad y protección para la prestación de los servicios propios de la temática, contribuyendo el Estado con los instrumentos y mecanismos suficientes e igualmente necesarios; los cuales favorezcan a la atención y prestación de los servicios de salud; en todo el ancho y amplio del territorio nacional, donde el Estado hace actos de poder y rige con soberanía para buscar garantizar y amparar el interés general, la dignidad humana y por supuesto, la vida y la salud de la población.

---

<sup>16</sup> Constitución Política de Colombia de 1991. Artículo 13, último inciso: “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”

### 3.2. ANÁLISIS DE LA SENTENCIA T 760 DE 2008

La sentencia fue expedida por la Corte Constitucional, cuyas funciones se encuentran expresadas en el artículo 241 superior<sup>17</sup>, las cuales, en términos generales hacen énfasis en la facultad que posee como organismo perteneciente a la función judicial del Estado para salvaguardar la integridad y la supremacía de la Constitución Política.

La Corte le da naturaleza de fundamental al derecho a la salud. Naturaleza que, va ligada inconfundiblemente con otros derechos fundamentales, sin afectar la esencia de autónomo, elemento también integrador del derecho a la vida y a la integridad de las

---

<sup>17</sup> Artículo 241. A la Corte Constitucional se le confía la guarda de la integridad y supremacía de la Constitución, en los estrictos y precisos términos de este artículo. Con tal fin, cumplirá las siguientes funciones:

1. Decidir sobre las demandas de inconstitucionalidad que promuevan los ciudadanos contra los actos reformativos de la Constitución, cualquiera que sea su origen, sólo por vicios de procedimiento en su formación.
2. Decidir, con anterioridad al pronunciamiento popular, sobre la constitucionalidad de la convocatoria a un referendo o a una Asamblea Constituyente para reformar la Constitución, sólo por vicios de procedimiento en su formación.
3. Decidir sobre la constitucionalidad de los referendos sobre leyes y de las consultas populares y plebiscitos del orden nacional. Estos últimos sólo por vicios de procedimiento en su convocatoria y realización.
4. Decidir sobre las demandas de inconstitucionalidad que presenten los ciudadanos contra las leyes, tanto por su contenido material como por vicios de procedimiento en su formación.
5. Decidir sobre las demandas de inconstitucionalidad que presenten los ciudadanos contra los decretos con fuerza de ley dictados por el Gobierno con fundamento en los artículos 150 numeral 10 y 341 de la Constitución, por su contenido material o por vicios de procedimiento en su formación.
6. Decidir sobre las excusas de que trata el artículo 137 de la Constitución.
7. Decidir definitivamente sobre la constitucionalidad de los decretos legislativos que dicte el Gobierno con fundamento en los artículos 212, 213 y 215 de la Constitución.
8. Decidir definitivamente sobre la constitucionalidad de los proyectos de ley que hayan sido objetados por el Gobierno como inconstitucionales, y de los proyectos de leyes estatutarias, tanto por su contenido material como por vicios de procedimiento en su formación.
9. Revisar, en la forma que determine la ley, las decisiones judiciales relacionadas con la acción de tutela de los derechos constitucionales.
10. Decidir definitivamente sobre la exequibilidad de los tratados internacionales y de las leyes que los aprueben. Con tal fin, el Gobierno los remitirá a la Corte, dentro de los seis días siguientes a la sanción de la ley. Cualquier ciudadano podrá intervenir para defender o impugnar su constitucionalidad. Si la Corte los declara constitucionales, el Gobierno podrá efectuar el canje de notas; en caso contrario no serán ratificados. Cuando una o varias normas de un tratado multilateral sean declaradas inexecutable por la Corte Constitucional, el Presidente de la República sólo podrá manifestar el consentimiento formulando la correspondiente reserva.
11. Dirimir los conflictos de competencia que ocurran entre las distintas jurisdicciones.
12. Darse su propio reglamento.

PARÁGRAFO. Cuando la Corte encuentre vicios de procedimiento subsanables en la formación del acto sujeto a su control, ordenará devolverlo a la autoridad que lo profirió para que, de ser posible, enmiende el defecto observado. Subsanao el vicio, procederá a decidir sobre la exequibilidad del acto.

personas. La alta corporación expresa, que la salud como derecho fundamental “comprende, entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad”, por lo que, no es solo establecer que la salud es un derecho fundamental, sino que además debe vincular la oportuna actuación de las entidades e instituciones que se encargan de la prestación del servicio de salud, obligando a realizar sus actuaciones enfocadas a garantizar siempre la eficacia, la calidad, la idoneidad y por supuesto, la seguridad del paciente; atendiendo de manera oportuna a las necesidades correspondientes a cada caso. La corte le da una cualidad inherente al derecho, siendo éste, inviolable y respetado por las entidades responsables de asegurar y prestar los servicios de salud -IPS y EPS-.

A su vez, señala aspectos relevantes y asociados al derecho a la salud, aspectos que sin duda alguna despertaban conmoción en el sistema general de seguridad social en salud, como lo son: “Las Circunstancias en que es tutelable el Derecho Fundamental a la Salud (artículo 86 de la Constitución Política)<sup>18</sup>; los órganos de regulación y vigilancia del Sistema, quienes tienen el deber de adoptar y mejorar las medidas para proteger el derecho a la salud (como lo es la Comisión de Regulación de la Salud -CRES-, la SúperSalud, el Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<sup>19</sup>), y por supuesto, estableció imperativos categóricos tanto negativos y positivos para proteger el derecho a la salud, garantizar la inclusión de quienes no estuvieran

---

<sup>18</sup> Artículo 86 de la Constitución Política de Colombia de 1991. “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución.

La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión.”

<sup>19</sup> Ley 100 de 1993. **Artículo 170:** “Dirección del Sistema. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud y la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.”

dentro el sistema y que la cobertura se ampliara de manera necesaria y oportuna para garantizar aún más el derecho; así como asignación de recursos conducentes a la prestación eficaz del servicio y generar actualización progresiva de los planes de beneficio - Plan Obligatorio de Salud (POS)- acorde a las circunstancias sociales y económicas del país. Es decir, la Alta corporación fue diligente en crear una providencia judicial que sería hito para la historia del Estado Colombiano.

La providencia superior resolvía 22 acciones de tutela originadas por situaciones que violentaban el derecho constitucional a la salud; no de manera específica y determinada, sino de manera general y colectiva, puesto que consideraba la corte que el cúmulo de acciones representaban las fallas existentes en la estructura misma de los diferentes niveles de aplicación del sistema general de seguridad social en salud colombiano. Así, la alta corporación en reiteradas ocasiones expone las clases de obligaciones que fueron transgredidas y que abarcaban la pretensión de las 22 acciones de amparo, siendo ésta, obligaciones derivadas del derecho a la salud como lo son: “(...) *respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud.*”, puede ser entonces, en el contexto de la sentencia referidos a *respetar* la cualidad y calidad del paciente, *proteger* el derecho como bien jurídicamente tutelado y, *garantizar* una oportuna atención y prestación del servicio de salud que resalte la característica de Estado Social de Derecho que vincula al Estado Colombiano.

Asimismo, es notorio la importancia que el máximo organismo de control constitucional le da a la observación general número 14 referente a **El derecho al disfrute del más alto nivel posible de la salud (Artículo 12)**<sup>20</sup>, el cual expresa que, la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, el cual entraña a la protección y garantía del derecho - igualmente fundamental- a la Dignidad Humana. A su vez, habla de cómo alcanzar la efectividad del derecho a la salud, el cual “(...) *se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial*

---

<sup>20</sup> observación general número 14 referente a **El derecho al disfrute del más alto nivel posible de la salud (Artículo 12)**: [http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos\\_hum\\_Base/CESCR/00\\_1\\_obs\\_grales\\_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html](http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html)

*de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”* (Negrita a propio autor).

La Corte toma en consideración otras disposiciones normativas internacionales aplicables, como lo son el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; parágrafo 1 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el inciso cuarto del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989; entre otras.

La cuestión es entonces, la afirmación y declaración del Derecho Fundamental y Autónomo a la Salud, el cual enfoca a su vez el ejercicio de otros derechos fundamentales, y por lo tanto el Estado deberá fijar las formas adecuadas para el cumplimiento efectivo del derecho, y el ejercicio o atención a los servicios de salud por parte de las entidades encargadas tanto de prestar el servicio, como de vigilar, inspeccionar y controlar tales entidades. A fin, de *respetar, garantizar y proteger el derecho fundamental a la salud.*

La importancia de haber analizado la presente providencia, se enfoca en el marco de la ausencia de formulación de políticas adecuadas y estructuradas para evitar el contagio y propagación de infecciones con características de asociadas a la atención en salud, generando el riesgo y la aparición de infecciones de origen común o extrahospitalarias, las cuales, sin duda alguna podrían ocasionar una afectación a la salud pública y la salud misma de los habitantes del territorio nacional.

### **3.3. LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015: RECONOCIMIENTO AL DERECHO A LA SALUD COMO FUNDAMENTAL**

#### **3.3.1. Naturaleza Y Contenido Del Derecho Fundamental A La Salud**

Tal acápite lo expresa el artículo segundo (2<sup>do</sup>) de la presente Ley estatutaria, que a su vez fue declarado exequible por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-634 del 2015.

*“Artículo 2: El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

*Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.”*

Una vez más, reitera el congreso de la república la en su función legislativa la calidad de fundamental que posee el Derecho a la Salud, que, a su vez, fue declarado con tal naturaleza en la sentencia T-760 de 2008, donde expresó también que la salud es un derecho autónomo e irrenunciable, por lo tanto, no depende de otro, sino que existe por sí solo, sin la necesidad de ser conexo a otro, como era anterior a la sentencia del 2008, que debía ser conexo o vinculado a derecho a la vida, la dignidad y la integridad de la persona. También, es importante entonces recalcar que el derecho a la salud es irrenunciable, y por lo tanto lo hace una prerrogativa que es garantizada por el Estado.

El inciso segundo, es una copia fiel de lo expresado en la sentencia anteriormente mencionada, cuando dice que el derecho fundamental a la salud comprende además, el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad; con el fin de atender a las necesidades que posee el paciente, así contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona mediante la garantía de preservación de la salud, el mejoramiento del mismo y de la prestación del servicio y la promoción y prevención producto de planes y políticas referidas al cumplimiento efectivo de estos significantes. Reitera entonces, que está en cabeza del Estado la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación, inspección y control de la prestación y servicio de la atención en salud en todo el territorio nacional.

## Ámbito De Aplicación

La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta en la garantía del derecho fundamental a la salud.

### 3.3.3. Obligaciones Del Estado

Asimismo, referido a las obligaciones del Estado y en cumplimiento de lo preceptuado en el artículo 49 superior, la sentencia T-760 de 2008 y el artículo 2<sup>do</sup> de la ley 1751 de 2015; el artículo 5<sup>to</sup> de la presente ley expresa en su art. 5 las obligaciones generales del estado para la presente investigación se tendrán como objeto de estudio sólo las que permitan analizar la normatividad nacional en relación con las normas autorreguladoras que tenga como eje temático las políticas de promoción y prevención, así:

*“Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:*

*b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;*

*c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;*

*e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;”*

Si bien la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 expresó que el sistema de salud debía respetar, proteger y garantizar el derecho fundamental a la salud, como el acceso a los servicios del mismo; la ley 1751 de 2015 lo reitera, y a su vez lo desarrolla al expresar las obligaciones que recaen en cabeza del Estado y de los entes que realizan la función administrativa con facultad reglamentaria de competencia

de sus entidades territoriales y entidades descentralizadas por servicios para el cumplimiento de tales mandatos constitucionales, deben ir acordes y por el sendero de la oportuna y efectiva prestación de los servicios de salud y la protección y garantía del derecho a la salud.

### **3.3.4. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD (Artículo 10)**

La relación entre los deberes y derechos de los pacientes regulados con la Ley Estatutaria hacia las políticas de prevención y control que tienen rango autorregulador, parte de su misma concepción expresa, por ello se hace necesario elegir de la lista taxativa del art. 10, las que tienen direccionan a normas, condiciones de calidad, responsabilidad en tratamiento, procedimiento, entre otras, así:

*“Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:*

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;*
- b) d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud;*
- c) e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.”*

Además de los derechos constitucionales, la ley desarrolla otros derechos inherentes a la prestación del servicio de salud que debe garantizar el Estado, entre ellos los expresados en el artículo décimo, que además son propios del presente trabajo de grados, referente al uso de las tecnologías de la salud que garanticen la atención a la salud y las cualidades que ésta debe cumplir, como, obtener información oportuna acerca de los procedimientos y **riesgos** de los mismos.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.*
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.*
- f) Cumplir las normas del sistema de salud.”*

Los seleccionados, eran concernientes y más apropiadas para la temática de investigación, donde el usuario o paciente tendrá el deber -algo interesante- de propender su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad, tal y como lo expresa el literal a) del presente acápite, pero no dice, ni especifica cómo hacer efectivo tal deber, que a su vez genera un vacío y una sensación de inconclusión para el desarrollo, creación o formulación efectiva de políticas de promoción, prevención y control a las cuales se ha hecho alusión a lo largo del presente capítulo.

Además, expresa que el paciente debe atender las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención, pero no detalla cuales recomendaciones, lo que es de desconocimiento para un paciente, el cual, en su calidad de mortal común le va a quedar la incertidumbre de cuáles son tales especificaciones que lo reglamentan y lo obligan, tal y como lo son el cumplimiento de las normas del sistema de salud. Por lo tanto, en ocasiones el principio de legalidad (artículo 6<sup>to</sup> superior)<sup>21</sup> y más enfáticamente el ***Ignorantia juris non excusat*** o “la ignorancia no exime del cumplimiento de la ley” hace complejo de hacerlo efectivo puesto que el desconocimiento es producto del mismo desarrollo específico y adecuado de la norma y la falta de publicidad y congruencia por parte de las entidades encargadas de realizar las políticas pertinentes. Así entonces, es como es positivo haber realizar tal reflexión referente a la ausencia de políticas que traten las enfermedades producto de infecciones de origen común o extrahospitalarias originadas del vacío evidenciado.

---

<sup>21</sup> Artículo 6o. Los particulares sólo son responsables ante las autoridades por infringir la Constitución y las leyes. Los servidores públicos lo son por la misma causa y por omisión o extralimitación en el ejercicio de sus funciones.

## CAPÍTULO IV

### NORMAS RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

**SUMARIO: 4.1 Alcance Del Decreto 2492 De 2004;  
4.2 Alcance Del Decreto 1011 De 2006;  
4.3 Alcance Del Resolución 0429 De 2016.**

#### 4.1 ALCANCE DEL DECRETO 2492 DE 2004

*“(...) en relación con los componentes anatómicos.”*

El presente decreto, en su objeto, expresa la voluntad del Ministerio de Protección Social (Hoy facultad que le competiría al Ministerio de Salud), para reglamentar lo concerniente a componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante en seres humanos; dispuesto, en el artículo primero del mencionado decreto<sup>22</sup>.

Así mismo, esta disposición normativa establece políticas de promoción enlazadas con la coordinación entre el Ministerio y las entidades competentes y autorizadas (IPS, Entidades territoriales de salud y Red Nacional de Donación y Trasplantes) para el ejercicio de la donación, preservación, extracción obtención, procesamiento, distribución, transporte, destino y disposición final de los tejidos y órganos y a los procedimientos para trasplantes e implantes, incluido el rescate de órganos y tejidos en seres humanos; mediante la implementación de estrategias tales como educación, información y comunicación para toda población, con el fin de

---

<sup>22</sup>Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.* El presente decreto tiene por objeto regular la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos. Las disposiciones contenidas en el presente decreto se aplicarán a:

1. Todos los Bancos de Tejidos y de Médula ósea
2. Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplantes, y
3. A las personas, instituciones y establecimientos dedicados a todas o algunas de las siguientes actividades: Promoción, obtención, extracción, procesamiento, preservación, distribución, transporte, destino y disposición final de los tejidos y órganos y a los procedimientos para trasplantes e implantes, incluido el rescate de órganos y tejidos en seres humanos.

Parágrafo. Las disposiciones contenidas en el presente decreto no se aplican a la sangre y a los componentes sanguíneos.

fomentar la “conciencia solidaria” que incremente la donación a favor de enfermos que necesiten órganos y tejidos para trasplantes<sup>23</sup>.

Si hay algo novedoso en este decreto, es el fomento y creación de políticas de promoción más sociales y solidarias, ejemplo claro que se ve reflejado en promover la conciencia solidaria, cuya aplicación podría realizarse o desplazarse a otros escenarios de la medicina, y de las ciencias sociales, por qué no, desde el entorno de las infecciones nosocomiales y extranosocomiales o extrahospitalarias, en coordinación con el Ministerio de Salud, el Comité de Infecciones Nosocomiales<sup>24</sup>, IPS y Entidades territoriales de salud, las cuales generarían un mayor impacto en la creación de políticas no solo de promoción de la salud sino también de prevención de la enfermedad, de tal modo que, se disminuya progresivamente la aparición de infecciones asociadas a la atención en salud e impedir la propagación de infecciones extrahospitalarias producto del contagio intrahospitalario.

#### **4.2 ALCANCE DEL DECRETO 1011 DE 2006**

*"Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "*, tema que se profundizará con mayor cuidado en el Capítulo VI del presente trabajo.

Por lo tanto, este decreto trae varias peculiaridades que favorecen directamente a las políticas de control y prevención, comenzando con el artículo segundo inciso dos, en el cual se define el concepto de *Atención en Salud*<sup>25</sup>, referido a los servicios y procedimientos e intervenciones asistenciales que deberán abarcar necesariamente las etapas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico,

---

<sup>23</sup> *Capítulo IX. De la Promoción.* Inciso primero del Artículo 41. *Promoción de la donación.* El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales de salud en coordinación con la Red Nacional de Donación y Trasplantes, realizarán campañas públicas de promoción de la donación, mediante estrategias de información, educación y de comunicación para toda la población, con el fin de fomentar la conciencia solidaria que incremente la donación a favor de los enfermos que necesiten órganos y tejidos para trasplantes. Estas campañas serán financiadas con recursos del Estado a través de las acciones de salud pública, sin perjuicio de que se puedan realizar campañas de carácter privado.

<sup>24</sup> Creada por la resolución 073 del 2008, capítulo II artículo décimo primero.

<sup>25</sup> Artículo 2, inciso 2. ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

tratamiento y rehabilitación que deberá prestársele a la población que hace parte del territorio que comprende la entidad territorial de salud.

Adicionalmente, destaca la participación activa de la Súper Intendencia Nacional de Salud<sup>26</sup> -Súper Salud-, en sus funciones de Inspección, Control y Vigilancia<sup>27</sup> realizadas de manera diligente y cuidadosa, decretando sanciones en caso de ser necesario a las entidades territoriales de salud, IPS y demás instituciones o entidades que promuevan y presten el servicio de atención en salud. Siendo necesario aclarar que la Súper Salud, es solo una de las entidades responsables del funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-, considerando que el Ministerio de Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud<sup>28</sup> y las Entidades Municipales de Salud<sup>29</sup>, también desarrollan funciones y competencias destinadas al efectivo funcionamiento del Sistema, sin perjuicio del cumplimiento de otras disposiciones legales relacionadas con sistemas de calidad en atención de la salud, sanitarios y de salubridad.

Dicho brevemente, con el Decreto 1011 de 2006, el Gobierno y el Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993 busca crear y fortalecer la calidad sanitaria, de atención en salud y salubridad del territorio nacional, a través de los medios y elementos que tal disposición normativa contempla. Sin embargo, observando detalladamente, el SOGCS no socava la problemática presente

---

<sup>26</sup> Artículo 5<sup>o</sup>. ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS. Numeral 2. Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

<sup>27</sup> Artículos 5; 32 y siguientes; 45 y ss.; 49 y ss. Del Decreto 1016 del 2006, conectados al Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De Atención En Salud Del Sistema General De Seguridad Social En Salud -SOGCS-.

<sup>28</sup> Artículo 5<sup>o</sup> numeral 3: Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

<sup>29</sup> Artículo 5<sup>o</sup> numeral 4: Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

referida a las IAAS y mucho menos a las Infecciones Extranosocomiales o de Origen Común producto falta de estipulación normativa, y de la ausencia de tratamientos y políticas de promoción y prevención al respecto.

### **4.3 ALCANCE DEL RESOLUCIÓN 0429 DE 2016**

#### ***“Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”***

La Política de Atención Integral en Salud -PAIS-, está dirigida hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación<sup>30</sup> en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución<sup>31</sup>.

Las condiciones anteriormente expuestas, hacen parte del cúmulo de principios que adicionalmente abarcó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- previo a la expresión de la Sentencia T-760 del 2008, la cual estableció que el Derecho a la Salud es un Derecho Fundamental y Autónomo, garantizando además el acceso oportuno e integral a los servicios de salud.

En mérito de lo anteriormente expuesto, la presente Resolución dictada por el Ministerio de Salud y Protección Social, reza en el inciso tercero del artículo primero continuo, la necesidad y exigencia de la coordinación de las entidades territoriales que tienen a su cargo la gestión de la Salud Pública, de los entes administradores de planes de beneficios -EAPB-, de las entidades promotoras de salud -EPS- e instituciones prestadoras del servicio de salud -IPS- para la implementación y seguimiento de los

---

<sup>30</sup> Paliación, según el Diccionario de la Lengua Española, es el alivio de los síntomas y el sufrimiento causado por el cáncer y otras enfermedades que pueden ser mortales. La paliación ayuda al paciente a sentirse más cómodo y mejora la calidad de vida del paciente, pero no cura la enfermedad.

<sup>31</sup> Artículo primero, inciso segundo, de la Resolución 0429 del 17 de febrero de 2016.

Planes Territoriales de Salud<sup>32</sup> en concordancia con los Planes de Desarrollo Territorial y el Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 prescrito por el Gobierno Nacional; sin dejar a un lado el marco estratégico y operacional inserto en la política de atención integral en salud que corresponde al *Modelo Integral De Atención En Salud -MIAS*-<sup>33</sup>. Es decir, coordinar a aquellas entidades que tienen un vínculo estrecho con la prestación y atención al servicio de salud para que fomenten y hagan efectivo las políticas creadas para el ejercicio real de la atención en salud, cuyos elementos se ven reflejados en la seguridad del paciente, la atención oportuna, continua e integral, la promoción de la salud y la prevención, rehabilitación y paliación de la enfermedad, cuya finalidad en última instancia es garantizar el derecho fundamental a la salud.

En efecto, la presente resolución esboza tratamientos enfocados al fortalecimiento de la calidad en la atención en salud, la cual garantice el positivo ejercicio del derecho colectivo a la Salud Pública desarrollando los componentes del MIAS<sup>34</sup> y enfocando las PAIS a la salud familiar y comunitaria, con observancia del cuidado, la ***gestión integral del riesgo*** y el enfoque diferencial para los diferentes territorios y poblaciones. Tal y como lo manifiesta el artículo segundo, es necesaria la implementación de estrategias que permiten la estructuración y armonización del aseguramiento del paciente, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, *soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial*, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.

---

<sup>32</sup> Realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual abarca espacio – temporalmente los años 2012 a 2021. Llamado también “*Plan decenal de salud pública 2012-2021*”

<sup>33</sup> R. 0429/2016. Artículo 3°.- Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS. La PAIS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación.

<sup>34</sup> Expresado en el artículo 5<sup>to</sup>

### **Análisis del artículo quinto punto 5.3. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS.**

La implementación de la GIRS en la operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Las intervenciones están dirigidas a **anticiparse** en la ocurrencia de los eventos de **interés en salud pública, controlar los riesgos** para la salud del individuo, la familia y la comunidad, **prevenir** las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud se hace operativa mediante la **identificación** de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS (Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud-Punto 5.2 del artículo 5<sup>to</sup>), el **seguimiento** de cohortes, **la aplicación de modelos predictivos de riesgo**, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la RED (Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – Artículo 5<sup>to</sup> numeral 5.5), así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los integrantes del sistema.

De acuerdo a lo anterior, la figura de la Gestión Integral del Riesgo en Salud - GIRS- es creada para el empleo efectivo de las acciones y actuaciones que competen a las entidades territoriales encargadas y con facultades para la prestación de la atención en salud, adicionalmente, implementar la GIRS tiene como objetivo **anticipar** la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, **controlar** los riesgos para la salud del paciente, la familia y la comunidad, y **prevenir** enfermedades y discapacidades derivadas o con ocasión de la enfermedad. Precisamente, es claro que el presente artículo de la resolución en desarrollo, enfoca y resalta la **aplicación de modelos predictivos del riesgo**, los cuales, van encaminados a generar una mayor confianza y seguridad tanto para la prestación del servicio de salud en general, como para el paciente en el cumplimiento de la obligación de cuidado que tiene la Entidad con el individuo.

Sin embargo, es dable resaltar que, a pesar de las apreciaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el esfuerzo realizado, solo toca de manera

indirecta lo referente a el régimen de políticas de prevención relativo a las infecciones originadas dentro de los centros de salud. Haciendo desde luego un análisis concentrado de lo establecido en la presente resolución. Aun así, la ausencia de presupuestos para el tratamiento y la implementación de políticas dirigidas a exterminar o atenuar las infecciones asociadas a la atención en salud e infecciones derivadas de estas que como consecuencia se traducen en infecciones extranosocomiales o extrahospitalarias, que podrían ser multirresistentes o multisensibles a los antimicrobianos, siendo tímida (por no decir que nula) la mención expuesta en la resolución, la cual, pone en entredicho la calidad del servicio de salud y la salud pública como prerrogativas de la población, máxime cuando los más vulnerables son los menores de edad a quienes por mandato constitucional se les debe proteger especialmente y con prevalencia material los derechos fundamentales.

Por otra parte, **la Resolución 1441 de 2013**, define los procedimientos y condiciones que deben cumplir las entidades Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus actuaciones o funciones.

Acorde con lo anterior, la norma establece que los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, deberán cumplir con una serie de condiciones, las cuales son: i) Capacidad técnico-administrativa, ii) Suficiencia patrimonial y financiera y iii) Capacidad tecnológica y científica<sup>35</sup>. Dejando así, un vacío referente a la calidad sanitaria y ambiental que favorezca a la salubridad y la salud pública de las personas, individuos y pacientes.

Ahora veamos, la resolución habla de la “*autoevaluación*”<sup>36</sup>, la cual consiste en la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud<sup>37</sup>. Hay que decir, que el proceso de autoevaluación es un requisito previo para la inscripción de la habilitación. Sin embargo, en caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de una o más

---

<sup>35</sup> Artículo 3.

<sup>36</sup> Artículo 4.

<sup>37</sup> Artículo 2.

condiciones de habilitación, los prestadores de servicios de salud deberán abstenerse de ***inscribir, ofertar y prestar el servicio.***

Luego entonces, es necesario considerar las consecuencias que trae consigo la resolución, dentro de las cuales, es posible encontrar las siguientes: - La inobservancia del cumplimiento del proceso de autoevaluación y su reporte en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS-, tendrá como efecto la inactivación del prestador de servicios de salud en el mismo. Como secuela el prestador de servicios de salud, deberá realizar como nuevo prestador la inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud Correspondiente.

Llegados a este punto, referente a la vigencia de habilitación en el REPS expresado en el artículo 5<sup>38</sup>, el párrafo estipula que a partir del 1<sup>o</sup> de junio de 2014, los prestadores que cumplan los cuatro años de vigencia de la habilitación, conforme a lo previsto en el artículo 14 del Decreto 1011 de 2006, renovarán anualmente su habilitación, siempre y cuando el prestador, antes del 31 de mayo de cada año, haya realizado el proceso de autoevaluación.

Así las cosas, es necesario que la entidad, -sea pública, privada o mixta- que preste la atención en salud, renueve anualmente su habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud, con observancia de la normatividad aplicable al caso concreto, según la resolución 1441 de 2013.

Finalmente, es notorio la ausencia de disposiciones normativas que enfoquen el ámbito de las infecciones asociadas a la atención en salud y las infecciones extrahospitalarias, el aumento de resistencia bacteriana a los antimicrobianos y la

---

<sup>38</sup> Artículo 5. Vigencia de la Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. La vigencia de la habilitación será de 4 años a partir de la inscripción, vencido éste término se renovará automáticamente por periodos de un año, siempre y cuando realice la autoevaluación anual y ésta sea reportada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en las condiciones definidas en la presente resolución. La inobservancia del cumplimiento del proceso de autoevaluación y su reporte en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), tendrá como resultado la inactivación del Prestador de Servicios de Salud del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). En consecuencia, el Prestador de Servicios de Salud deberá realizar nuevamente la inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, como nuevo prestador de servicios de salud. Para el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se deberá tener verificación previa, conforme a lo previsto en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012.

pronunciación modesta por parte de las autoridades responsables del funcionamiento eficaz del SOGCS; aun cuando es un problema de salud pública, en el momento en que de normas habilitantes de entidades prestadoras de servicios de salud se trata.

## CAPÍTULO V

### ESTUDIO DE CASO: ALEXANDER HERNÁNDEZ JIMÉNEZ

**SUMARIO: 5.1 Indicación Del Caso; 5.2 Factores De Riesgo Para La Transmisión De Las IAAS Según El INS; 5.3 Modo De Transmisión De Las IAAS Según El INS.**

#### 5.1 INDICACIÓN DEL CASO

La entrevista fue realizada el 25 de agosto de 2016.

Alexander Hernández Jiménez, es un joven de 23 años que desde hace aproximadamente 3 meses viene padeciendo de una infección asociada a la atención en salud; lo extraño del caso, es que en ningún momento estuvo en una entidad territorial de salud, o centro de salud, sino que, cuando ingresó por primera vez a un centro de atención en salud, ya soportaba los síntomas originados por el microorganismo patógeno de calidad bacteriana denominado *Escherichia Coli (E-coli)*.

La E-Coli, según la OMS, “(...) es una bacteria habitual en el intestino del ser humano y de otros animales de sangre caliente. Aunque la mayoría de las cepas son inofensivas, algunas pueden causar una grave enfermedad de transmisión alimentaria. La infección por *E. coli* se transmite generalmente por consumo de agua o alimentos contaminados, como productos cárnicos poco cocidos y leche cruda.”

Acorde con lo anterior, la OMS limita la transmisión de la bacteria y de la enfermedad grave como consecuencia del consumo de agua o alimentos contaminados con el microorganismo patógeno, sin embargo, Alexander expresa que, “...a raíz de problemas en el colon sufría de estreñimiento, creado en el proceso en el que iba al baño y se creaba una lesión, y al momento de crearse una lesión, dentro del intestino se infectó, cuando se infectó se creó un acceso interno, entonces, como dentro del intestino no pudo drenarse naturalmente, lo que hizo el cuerpo fue crear un conducto desde el interior del intestino hasta el ano, cuando creó ese conducto, había dos partes por las que entonces se creó la infección. Una por el ano y la otra con la fístula que se me había creado de manera natural, pero ya infectada”, Dice.

De esta manera, se puede inferir que la e-coli logra emerger también producto del mal funcionamiento del cuerpo humano, lo que da pie a manifestar que Alexander - siendo un ser humano común y corriente- haga deposiciones fecales en su hogar, poniendo en amenaza la salud de sus familiares; incluso hacer evacuaciones en ambientes externos a su hogar (como baños de Centros Comerciales, Salas de Cine, Universidad, Salas de Teatro, Transportes Públicos de carácter municipal y departamental, entre otros escenarios a los cuales pueda tener acceso un ciudadano), lo que **generaría una preocupación mayor en caso de que tal bacteria resultare siendo contagiosa.**

Aduce, que una vez ingresó a un centro de salud, le hicieron un “cultivo<sup>39</sup>” con la materia que le extrajeron, dando como resultado el microorganismo patógeno bacteriano denominado Escherichia Coli multirresistente.

Aunado a lo anterior, se procederá a exponer textualmente una parte de la entrevista realizada al joven Alexander Hernández Jiménez, referido al **tratamiento** que le han realizado.

PREGUNTA: ¿La infección la adquirió dentro de su hogar o algún centro de salud u hospital?

*RESPUESTA: “El doctor dijo que todos la tenemos en los intestinos y en las heces, pero puede ser también transmitida en un ambiente hospitalario, entonces como mi papá trabaja en un hospital, entonces el doctor me dijo que puede ser que él la haya traído desde el hospital y me la haya pegado a mí y que a él no se le haya pegado.”*

PREGUNTA: ¿De casualidad el médico le explicó por qué a su padre no se “le pegó” y a usted sí?

*RESPUESTA: “No, no me explicó. Puede que sea que una vez que fui a consulta con el doctor, el doctor, antes de yo mostrarle el cultivo, él se puso los guantes y me examinó, y yo le dije: “doctor yo tengo los exámenes acá”; cuando yo le dije que tenía los*

---

<sup>39</sup> Minuto 2:35 y siguientes del CD anexo al trabajo de Grado. Titulado: “Estudio de Caso: AHJ”.

*exámenes él miró y era una bless, el doctor me dijo que por qué no le había mostrado los exámenes antes, que según como que el doctor se contaminó, y ese día, el doctor tuvo que dejar de trabajar; llamó a la coordinadora médica y la coordinadora médica le dijo que se fuera para la casa, que se desinfectara, que se bañara y que mandaran a desinfectar también el consultorio en el que estaba. La bacteria era una bless.”*

PREGUNTA: ¿Te explicaron qué era una “bless”?

*RESPUESTA: “No, pues, supuestamente, al mirar los exámenes, el médico simplemente me dijo que la bacteria, era una bacteria multirresistente y que al momento de tocar, de examinarme, de tocar la infección y la materia, él pudo haberse contaminado o pudo haber salpicado en la bata o en la camilla; y así es como se transfiere, por el contacto.”*

PREGUNTA: Cuando te dijeron que la bacteria era multirresistente y que era transmisible, ¿Te dieron algún tipo de tratamiento, de recomendación fuera del escenario del hospital, clínica o centro de salud donde le prestaron el servicio de salud?

*RESPUESTA: “No. Simplemente me dijeron que tenía que estar...eeh...no podía hacer actividades que tuvieran como mucho ejercicio, que me fuera como a irritar o a generar mayor problema, luego más adelante que yo asistí donde el médico, el médico, pues otro médico ya me explicó que era la e-coli. Me incapacitaron primero, antes de este médico por 3 días, a los 3 días yo me sentí otra vez mal y fui; y fue ahí donde me incapacitaron, me mandaron para urgencias para que me examinara un infectólogo y me apartaran, me tuvieran como en cuarentena y me examinaran esa bacteria. Fui a urgencias al Hospital General y no me atendieron porque el hospital no tiene convenio con Coomeva, entonces no me atendieron, luego de que no me atendieron ahí, me dijeron que vaya a esta IPS, y fui a la IPS que me dijeron y allá me dieron 3 días de incapacidad, después de los 3 días de incapacidad, ahí la doctora me dijo que **simplemente había que hacer asientos de agua caliente como que con sal** y me mandó, lidoprocto, **me mandó a que cada vez que se me inflamara y que tuviera la fístula ahí, me exprimiera para que saliera la infección y no me doliera. Yo mismo.***

*Y ya después de que me pasaron los 3 días, me tocó otra vez volver a ir donde el médico, y ahí fue donde me mandaron un tratamiento por 10 días, con antibiótico.”*  
*(negrita a propio autor)*

PREGUNTA: Cuénteme en qué consistía el tratamiento

RESPUESTA: *“El tratamiento consistía en hospitalización en casa y el antibiótico era con Amikacina, la amikacina duró nada más 5 días porque no me estaba funcionando, y yo le dije al doctor que no me estaba funcionando. Me lo aplicaban cada 12 horas, con la orden de hospitalización en casa yo dirigí a laureles y allá en hospitalización en casa, entregué lo que fue la orden e historia clínica y ya me dieron todos los medicamentos en una bolsa, lo llevé hasta la casa y me dijeron que iban a ir cada 12 horas enfermeros, y cada 3 días iba a venir un doctor – médico general a examinarme y a mirar cómo iba el tratamiento. Eso fue durante 5 días con amikacina, el tratamiento duró 10 días, al 5to día yo le dije al doctor que eso no me estaba funcionando porque seguía supurando, votando la infección y seguía inflamándome y doliéndome. Entonces el médico me dijo que me iba a cambiar el tratamiento por Meropenem. Entonces los otros 5 días se usó Meropenem durante el tiempo restante, cada 8 horas.*

PREGUNTA: ¿Le dieron alguna prohibición de acción durante el tratamiento? O ¿Le dijeron que debía usar guantes o tapabocas?

RESPUESTA: *“No. Simplemente me dijeron que igual me iban a mandar tratamiento, pero que no era una incapacidad permanente, que me iban a tratar mientras me hacían la cirugía. El médico me dijo que muchas veces esa bacteria da en zonas muy específicas, como entrepierna, axilas, línea intergluteal, da en partes muy sudorosas, por las glándulas que hay y cómo se maneja tanta sudoración, hay infección. Esa bacteria es la misma que es cuando a una persona le sale un absceso. **Entonces como prevención, no me mandaron nada, me mandaron unas solas recomendaciones, que hiciera asientos, que me exprimiera yo mismo. Lo único que me dijo el médico es que, cuando me exprimiera que no fuera tocar a nadie, ni que fuera a contaminar el lugar, fueron las únicas indicaciones que me hicieron** Ya luego me mandaron, después de que se acabó el tratamiento de los 10 días, volvieron y me mandaron a 1 semana trabajando. Como mi trabajo requiere de estar*

*sentado 8, 9 o 10 horas, volví y me sentí muy mal, y fui otra vez a la EPS. Allí me incapacitaron durante 15 días, me mandaron a urgencias, fui al Marco Fidel Suárez, me dijeron que tampoco tenía convenio con Coomeva, que no me podían atender. Entonces al día siguiente pedí cita y hablé con la coordinadora médica y la coordinadora médica me dijo que eso era de cirugía. El cirujano general me dio orden para el coloproctólogo y me dijo que eso solo se quita con cirugía. Y yo le dije a la coordinadora médica que estoy yendo a trabajar con la infección ahí y me está doliendo y sigo supurando igual.” (negrita a propio autor)*

PREGUNTA: ¿Cuánto tiempo lleva usted con la infección?

RESPUESTA: *“Más de 2 meses. El último tratamiento duró 15 días con Meropenem cada 8 horas y me dijeron que si me volvía a sentir mal que fuera otra vez a consulta, que me volvía a hacer el tratamiento.”*

De manera que, de acuerdo con los anteriores fragmentos estipulados y derivados de la entrevista realizada al joven Alexander Hernández, se permite concluir lo siguiente:

- El joven Alexander Hernández Jiménez tiene una infección de carácter bacteriano multirresistente denominado Escherichia Coli (e-coli).
- Al ser un microorganismo patógeno multirresistente merece un especial cuidado y tratamiento para evitar factores de riesgo a la salud pública y probables contagios o propagación del mismo.
- En el espectro interno de la atención en salud no se especificó una política o tratamiento acorde a las necesidades del joven Alexander que dieran mayor seguridad y cuidado del paciente referente a la atención domiciliaria ordenada por la EPS y en ejecución de la IPS o entidad territorial encargada de la oportuna e integral prestación del servicio de salud.
- No se excluye una inferencia razonable acerca del peligro que genera el vacío sanitario de salubridad referente a las infecciones asociadas a la atención en salud con tratamientos domiciliarios para el control del paciente y una probable

propagación del microorganismo patógeno en establecimientos o entornos diferentes a hospitales.

- No se dieron a conocer políticas estructuradas de prevención y control referente a el tratamiento del paciente infectado fuera del centro de salud, que vayan más allá de simples recomendaciones.
- Las infecciones de origen común, extrahospitalarias o extranosocomiales son un hecho que no es de menor importancia, las cuales merecen una mayor atención, análisis, prevención y control por parte de las entidades y autoridades competentes, desarrollando políticas que atenúen o disminuyan la problemática.

## 5.2 FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE LAS IAAS SEGÚN EL INS

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud -INS-, en el PRO-R02.046, versión 04 del 13 de septiembre de 2016 - página 7-, mediante la cual se realiza la Vigilancia y Análisis de Riesgos en Salud Pública – Protocolo de Vigilancia en Salud Pública – Infecciones Asociadas a Dispositivos; establece que el riesgo para desarrollar infecciones durante los procesos de atención en salud, se relaciona directamente con tres elementos: **i) El modo de transmisión de los agentes infecciosos; ii) El tipo de cuidado; y iii) Las condiciones inmunológicas de base de los pacientes** (En este, es de resaltar la existencia de comorbilidades<sup>40</sup> como antecedente de enfermedad neoplásica, diabetes, desnutrición, presencia de quemaduras extensas o trauma).

Así mismo, la entidad manifiesta que la duración de la exposición, el inóculo y la patogenicidad de los agentes infecciosos, también influye significativamente sobre el riesgo de infección.

Por otra parte, se ha demostrado que hay intervenciones pueden influir sobre el riesgo de infección, como:

- a) La presencia de dispositivos invasivos,
- b) La permanencia en servicios de cuidado crítico,

---

<sup>40</sup> Según la enciclopediasalud.com, una comorbilidad es un “Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas.”

- c) La exposición a antimicrobianos,
- d) Terapia inmunosupresora,
- e) Estancia hospitalaria prolongada
- f) El número incrementado de exámenes y procedimientos.

Se debe agregar que, los pacientes pueden estar en riesgo de infección o colonización con microorganismos a través de varias rutas de transmisión, las cuales pueden conducir a la aparición de un proceso infeccioso asociado a la atención.

Finalmente, establece el instituto que, ***“los pacientes también pueden representar un riesgo de infección para otros pacientes, trabajadores de la salud y visitantes a causa de su afección”***.

### 5.3 MODO DE TRANSMISIÓN DE LAS IAAS SEGÚN EL INS

De acuerdo con el Protocolo De Análisis Y Vigilancia Del Riesgo En Salud Pública expuesto por el Instituto Nacional de Salud el 13 de septiembre de 2016, existen formas principales de transmisión de las IAAS; las cuales son:

➤ **Transmisión por gotas:**

Es aquel que sobreviene producto del contacto cercano con un paciente. Puesto que, las gotas respiratorias que transportan microorganismos patógenos infecciosos ***“transmiten la infección cuando viajan directamente de las vías respiratorias de la persona infectada a la superficie de las mucosas sensibles del receptor”***<sup>41</sup>, usualmente a distancias cortas.

Las gotas se generan cuando una persona infectada tose, estornuda o habla o durante procedimientos como la aspiración, intubación endotraqueal, la inducción de la tos de fisioterapia torácica y la reanimación cardiopulmonar.

Aun así, la distancia máxima para la transmisión de las gotas está actualmente sin resolver y depende de varios factores como, por ejemplo: i) La velocidad y el mecanismo por el cual son impulsadas desde la fuente, ii) La densidad de las secreciones respiratorias, iii) Factores ambientales tales como temperatura y humedad,

---

<sup>41</sup> Página 7 del PRO-R02.046 -INS- / 13 de septiembre de 2016

y iv) La capacidad del patógeno para mantener la infectividad sobre esa distancia. “**Sin embargo se ha definido una zona de riesgo de más o menos 1 metro alrededor del paciente.**”<sup>42</sup>

➤ **Transmisión por vía aérea o aerosoles**

Es aquella forma de transmisión que ocurre por diseminación de gotas en el aire (tienen un tamaño <5 micras) los cuales contienen agentes infecciosos, o que siguen siendo infecciosos a través del tiempo y la distancia (por ejemplo, las esporas de *Aspergillus spp* -hongo-, y *Mycobacterium tuberculosis* -bacteria-).

Dice el INS que, “*Los microorganismos transportados en esta forma pueden dispersarse a grandes distancias por las corrientes de aire y pueden ser inhaladas por personas susceptibles que no han estado cara a cara con (o ha estado en la misma habitación) la persona infectada*”. Afirmación esta, que infiere una connotación de problemática mayor, ya que los microorganismos se desplazan hasta encontrar un nuevo recipiente humano.

De acuerdo al protocolo, hay varias situaciones en las cuales puede ocurrir este tipo de transmisión:

1. Cuando un paciente con una enfermedad respiratoria **no es aislado** siguiendo las precauciones adecuadas o, cuando el personal de la salud o visitantes con procesos infecciosos (resfriados, tuberculosis, varicela, entre otros) no siguen las recomendaciones para evitar la transmisión de microorganismos.
2. Cuando el sistema de ventilación se contamina con microorganismos. La patogenicidad del germen podrá variar y representar diferentes riesgos de acuerdo al estado inmune del huésped.
3. Cuando las condiciones del aire o los sistemas de agua se contaminan con bacterias que se vuelven aerosoles y pueden ser inhaladas por los pacientes.

---

<sup>42</sup> Página 8 del PRO-R02.046 -INS- / 13 de septiembre de 2016

➤ **Transmisión por contacto:**

Es el modo de transmisión más común y, se puede clasificar en dos subgrupos:

- *Contacto Directo:* Se produce **cuando los microorganismos se transfieren de una persona infectada a otra sin un intermediario**, como, por ejemplo: El contacto directo con trabajadores de la salud que transportan agentes infecciosos durante procesos asistenciales con fluidos corporales, piel o mucosas contaminadas.  
Se considera que las manos contaminadas del personal sanitario son importantes contribuyentes a la transmisión de microorganismos.
  
- *Contacto Indirecto:* Este **implica la transferencia de un agente infeccioso a través de un objeto contaminado o de una persona infectada**, baste como muestra: El uso de dispositivos, juguetes, prendas de vestir o instrumentos que **no** están adecuadamente limpios ni cumplen con los adecuados procesos de limpieza y desinfección.

De igual manera, cuando los alimentos y el agua no se preparan ni se mantienen de acuerdo a los estándares sanitarios, cuando los residuos biológicos y el material contaminado no se disponen de manera apropiada, cuando las preparaciones farmacéuticas no se preparan, almacenan o administran de acuerdo a los estándares sanitarios, entre otros.

## **CAPÍTULO VI**

### **ANÁLISIS DEL SOGCS FRENTE A LAS ENFERMADES EXTRAHOSPITALARIAS**

SUMARIO: 6.1 Competencia del SOGCS;  
6.2 Características del SOGCS;  
6.3 El sistema único de habilitación;  
6.4 Auditoria para el mejoramiento de  
La calidad de la atención de salud; 6.5  
Sistema único de acreditación; 6.6 Sistema  
De información para la calidad; 6.7 Regulación  
Contemporánea en el tratamiento de IAAS<sup>43</sup> / IOC<sup>44</sup>.

#### **6.1 COMPETENCIA DEL SOGCS**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud -SOGCS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, está regulado esencialmente por el Decreto 1011 de 2006, el cual desarrolla lo concerniente a una atención en salud que tenga como prerrogativa, la garantía de calidad del servicio.

Conforme al artículo primero del decreto mencionado, el SOGCS se aplicará a las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud -IPS-, a las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Acorde con lo anterior, la aplicación del SOGCS es de amplia cobertura, por lo tanto, todas aquellas instituciones mencionadas deberán acatar los imperativos positivos y negativos dispuestas por el aludido sistema, más los preceptos creados por las entidades responsables del funcionamiento del mismo, con facultad y autoridad competente para inspeccionar, vigilar y controlar el ejercicio de sus funciones, con el fin de que su actuación sea en pro de hacer efectiva la obligación de garantía de calidad de la prestación del servicio de salud.

Por otro lado, la excepción para la aplicación del SOGCS, la tienen las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía

---

<sup>43</sup> IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

<sup>44</sup> Infecciones de Origen Común

Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS, siempre y cuando no ofrezcan la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB- e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- o con Entidades Territoriales, puesto que, les será obligatorio.

## 6.2 CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS

El artículo tercero del Decreto 1011 de 2006, habla acerca de las características propias del SOGCS, especificando que, las acciones desarrolladas en el sistema van orientadas a mejorar los resultados de la atención en salud, enfocado en el usuario; por tanto, va más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos; los cuales, solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Considerando lo anterior, la disposición normativa establece que, para evaluar y mejorar la calidad de atención en salud, el sistema obligatorio de garantía de calidad deberá cumplir con cinco elementos:

1. *Accesibilidad.* Éste supone, la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. *Oportunidad.* Posibilita al usuario a obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica va relacionada con la organización de la oferta de servicios en conexión con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. *Seguridad.* Hace énfasis en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en **evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.** *(Negrita a propio autor)*
4. *Pertinencia.* Encauzado en grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la

evidencia científica, pretendiendo que sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. *Continuidad*. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Los anteriores significantes, son entonces las características o elementos integrantes del SOGCS, por lo que cada actuación realizada por las instituciones y entidades que prestan servicios de atención en salud deberán cumplir a cabalidad. Ahora bien, más que características son obligaciones, por lo tanto, conforme la sentencia T-760 de 2008 y a la Constitución Política en el artículo 49, la salud como derecho fundamental debe tener integrada de manera inherente cada una de las obligaciones dispuestas por el desarrollo de la presente disposición normativa para garantizar el cumplimiento de las obligaciones derivada del deber de calidad en la atención en salud producto del sistema mencionado.

A continuación, se observarán los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales son:

### **6.3 EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN**

De acuerdo con el artículo sexto, el sistema único de habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-.

Aunado a lo anterior, hay que denotar que la guía realizada por el sistema que nos ocupa en el presente acápite, el cual hace parte inherente de los componentes de la SOGCS, lleva consigo elementos que deben de integrar necesariamente la

habilitación de entidades e instituciones prestadoras del servicio de salud; por tanto, es un esquema matriz para la realización de políticas de control y prevención dentro de las entidades cuyo objeto de prestar servicios de salud.

Para ello, el decreto 1011 de 2006 en sus artículos séptimo al veintiséis, establece el conjunto de requisitos integrantes para la habilitación de las prestadoras el servicio de salud, las cuales son:

- Condiciones de capacidad tecnológica y científica.
- Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.
- Condiciones de capacidad técnico administrativa.
- Registro espacial de prestadoras de servicios de salud.
- Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
- Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.
- Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
- Término de vigencia de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud (4 años a partir de la fecha de su radicación ante la entidad departamental o distrital).
- Obligaciones de los prestadores de servicios de salud respecto de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
- Reporte de novedades.
- Administración del registro especial de prestadores de servicios de salud.
- Consolidación del registro especial de prestadores de servicios de salud.
- Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.
- Equipos de verificación.
- Plan de visitas.
- Planes de cumplimiento.
- Certificación de cumplimiento.
- Revocatoria de la habilitación.
- Información a los usuarios.
- Responsabilidades para contratar.

En el presente acápite, es importante aludir al *manual de habilitación*. Aunque su contenido procede de la Resolución 1441 de 2013, es un instrumento que contiene las condiciones mínimas para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país cumplan con la **condición de brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud**. (Negrita a propio autor)

Si bien es cierto que la Salud es un derecho fundamental, por sí solo no se hace efectivo, sino que es necesaria que el acceso a este sea oportuno, eficaz y de calidad; lo cual implica brindar necesariamente seguridad y cuidado a los usuarios o pacientes que estén en el proceso de la atención en salud.

De acuerdo con las disposiciones normativas expuestas, es de entender que el Sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que estos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, para dar seguridad a los usuarios, la verificación de las condiciones de habilitación para los prestadores de servicios de salud, debe estar orientada hacia situaciones tangibles generadoras de riesgo, siempre sin exceder los estándares planteados en el Manual al que se hace referencia, con el objetivo de no interponer barreras innecesarias a la prestación de los servicios de salud, toda vez que, las exigencias de habilitación están referidas a condiciones mínimas de estructura y procesos, para contribuir a mejorar el resultado en la atención en salud.

De lo anterior resulta que, si bien es cierta la existencia de obligatoriedad de una oportuna, idónea y de calidad atención en salud producto de la ejecución de políticas que favorezcan a la prestación de la atención en salud, también es cierto que no hay especificaciones concretas y directas dirigidas o encaminadas a saciar la problemática referida a las infecciones asociadas a la atención en salud, y mucho menos a las infecciones que emergen por fuera de las prestadoras de atención en salud -Infecciones Extrahospitalarias-, lo que genera preocupación por parte de la seguridad y el cuidado que debe el Estado y las prestadoras de salud brindar a sus administrados, usuarios o pacientes.

#### **6.4 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD (Artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y Artículo 32 Decreto 1011 / 2006)**

Son aquellos programas de auditoría que suponen concordancia con la intencionalidad de los estándares de acreditación, superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Por lo tanto, estos procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Está claro que la auditoría tiene como fin el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención en salud, por lo tanto, en cada una de las entidades e instituciones obligadas a desarrollar procesos de auditoría, se aplicará un modelo concreto de ejecución. Baste como muestra:

- *El Autocontrol:* Consiste en que cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización y coordinación propia de la cadena entidades, de acuerdo a su jerarquía y funcionalidad.
- *Auditoría Interna.* Se apoya en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

- *Auditoría Externa.* Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se lleva a cabo a través de acciones, que contienen sus propias tipologías, las cuales son: i) *Acciones Preventivas* (son el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.); ii) *Acciones de Seguimiento* (consisten en el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.); y iii) *Acciones Coyunturales* (es el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia)<sup>45</sup>.

Por otro lado, hay un tipo de énfasis de auditoría designado para cada modelo de entidad (no se entrará a analizar lo referente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, estipulado en el artículo 35 numeral uno del D. 1011/06), de la siguiente manera:

---

<sup>45</sup> De acuerdo al artículo 34 del decreto 1011 de 2006

1. *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*: Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.
2. *Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud*. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

No obstante, el artículo 37 del decreto 1011 de 2006, establece los procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud, para cual expone, que estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, el desarrollo de la **Autoevaluación del Proceso de Atención en Salud**, fundamentado en la priorización para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3° del presente decreto, referido a las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS<sup>46</sup>; y **La Atención al Usuario**, donde la entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

De tal manera que, el sistema sigue siendo -en teoría- bastante completo, de ahí a que su aplicación sea efectiva en hospitales de primer y segundo nivel es un asunto

---

<sup>46</sup> SGSSS: Entiéndase como Sistema General de Seguridad Social en Salud.

de política estatal, que debe mejorar el control de calidad de estos, puesto que, en su mayoría, se encuentran en municipios bastante alejados del domicilio de las principales entidades responsables del funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Por supuesto, sin desconocer que los municipios también tienen su entidad responsable del funcionamiento eficaz del SOGCS.

## 6.5 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Conforme al artículo 13 del Decreto Nacional 903 de 2014, este sistema se refiere al conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, **destinados a demostrar, evaluar y comprobar** el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB<sup>47</sup> y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. Así mismo, el manual de estándares del sistema único de acreditación, deberá revisarse y ajustarse -en caso de ser necesario- por lo menos, cada tres años.

Los principios inherentes al sistema único de acreditación son el de *Confidencialidad*<sup>48</sup>, *Eficiencia*<sup>49</sup> y *Gradualidad*<sup>50</sup>.

## 6.6 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Su objeto, conforme al artículo 45 del Decreto 1011 de 2006 es estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de

---

<sup>47</sup> Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

<sup>48</sup> Conforme al Artículo 13 del Decreto Nacional 903 de 2014, entiéndase confidencialidad como: “La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.”

<sup>49</sup> Entiéndase como: Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.”

<sup>50</sup> Fundaméntese en: El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social (hoy conexo al Ministerio de Salud) incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

*Objetivos del Sistema de Información para la Calidad.* Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes: **i) Monitorear.** Se traduce en hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS; **ii) Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad; **iii) Referenciar.** Contribuir al referenciación competitivo sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios; y **iv) Estimular.** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

*Principios del Sistema de Información para la Calidad.* Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. *Gradualidad.* La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
2. *Sencillez.* La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
3. *Focalización.* La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. *Validez y confiabilidad.* La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. *Participación.* En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. *Eficiencia.* Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

*Finalmente,* las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social, y a su vez establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente decreto. Adicionalmente, la aplicación del SOGCS es obligatorio para todas las escalas de categorización de las ESE<sup>51</sup> Hospitales, sea de tercer, segundo o primer nivel.

#### **6.7 REGULACIÓN CONTEMPORÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE IAAS<sup>52</sup> / IOC<sup>53</sup>**

Conforme a lo analizado durante el desarrollo del presente actuar académico, las IAAS y la resistencia a los antimicrobianos, son una problemática inmersa en el entorno e interés de la Salud Pública, por tal razón, las Entidades e Instituciones dedicadas a la prestación del servicio de salud han hecho en los últimos años esfuerzos para tratar tal flagelo. Lo último fue el protocolo PRO-R02.046 - Versión 04 – 13 de septiembre de 2016; realizado por el Instituto Nacional de Salud, referente a la “La vigilancia en Salud Pública – Infecciones Asociadas a Dispositivos”.

---

<sup>51</sup> ESE: Entidad Social del Estado.

<sup>52</sup> IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

<sup>53</sup> Infecciones de Origen Común

Expresa el instituto con relación a la justificación de la vigilancia de las IAAS lo siguiente:

*“Las IAAS se consideran un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con la que se producen, la morbilidad y mortalidad, el aumento en la estancia hospitalaria y a la importante carga que impone a los pacientes, al personal y al sistema de salud. Para calidad en la prestación de servicios y seguridad del paciente, las IAAS son tomadas como insumo para medir la eficiencia y calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud.”*

Además, la poca inversión dirigida a la investigación para la creación de nuevos medicamentos farmacológicos que atenúen la problemática referida, es un causante de la misma; máxime, cuando la inadecuada venta y consumo de antimicrobianos hace parte integrante de los comportamientos reiterados y repetitivos de la población colombiana. De tal manera, el Instituto establece que “...el abordaje de las IAAS, se hace cada vez más complejo al considerar el uso inadecuado de los antimicrobianos, tanto a nivel hospitalario como comunitario, por ser uno de los principales factores responsables en el desarrollo de la resistencia a la acción de los antimicrobianos, lo cual se ha convertido en una seria amenaza para la salud pública a nivel mundial, sobre todo porque hay muy pocas opciones terapéuticas disponibles y una limitada inversión en investigación y desarrollo de nuevos fármacos.”

Referido a la forma de atenuar la problemática, el Instituto dice que “...A nivel mundial se ha establecido como pasó inicial para mitigar la problemática de las IAAS el fortalecimiento de los procesos de control de las infecciones y la creación de sistemas de vigilancia en salud pública, por lo que conocer la problemática en torno a estas infecciones constituye un interés de los gobiernos, ya que su importancia se reconoce por ser una de las causas de enfermedades y muertes potencialmente prevenibles.”(Negrita a propio autor)

Bien lo ha dicho el Instituto Nacional de Salud, las enfermedades y muertes producto de las IAAS son **potencialmente prevenibles**, lo que deja una gran brecha referida a la responsabilidad de los hospitales, entidades territoriales de salud, IPS y demás

prestadoras de servicios de salud, por la falta de políticas de prevención, control y vigilancia, y el no cumplimiento de **la obligación de cuidado y de seguridad**<sup>54</sup>, y la ausencia oportuna y efectiva de diligencia, que tales entidades e instituciones deben tener con los usuarios, pacientes y la misma población en general, para evitar eventos que incluyan cualquier tipo de propagación. Es en este punto, donde el presente trabajo de investigación académica se centra, puesto que hay circunstancias, en los que independientemente de la modalidad de transmisión, puede suceder que un paciente contaminado infecte o le transmita el microorganismo patógeno a una persona que tuvo contacto con aquel. Aquende, es donde el régimen de responsabilidad jurídica, contractual o extracontractual, civil o estatal -dependiendo del caso- se hace viviente y palpitante.

Para finalizar el presente acápite, el Instituto aduce que "...Se ha demostrado que la prevención, vigilancia y control de las infecciones permiten disminuir tanto los costos del sistema de salud como los índices de mortalidad en distintos entornos de forma sostenible y con una relación costo-beneficio muy favorable.

Se estima que los costos que generan las IAAS se pueden disminuir hasta en 32% si se implementa un programa de prevención, vigilancia y control. Es por ello que es innegable la necesidad del compromiso de los gobiernos y del sistema de salud para asumir estos procesos."

Como es de observar, no hay nada referido a las infecciones extrahospitalarias, sin embargo, deja un breve presentimiento de que el Instituto ya es conocedor de tal problemática, siendo igualmente compleja, con tendencia a erupcionar en cualquier momento. Especialmente, cuando es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud, a través de la Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia conforme al actual protocolo y demás normas aplicables, y en coordinación a los demás actores del sistema, como lo son: *El Ministerio de Salud y Protección Social* - Centro Nacional de Enlace, Dirección de

---

<sup>54</sup> Conforme a la Sentencia del Consejo de Estado: 1995-00964 de septiembre 29 de 2015. Consejera Ponente: Stella Conto Díaz del Castillo.

Prestación de Servicios de Salud; *Unidades Notificadoras*: Entidades territoriales departamental, distrital y municipal; y *Unidades Primarias Generadoras de Datos*: entidades de carácter público y privado de alta complejidad que captan los eventos de interés en salud pública<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> Página 36 y siguientes del protocolo del Instituto Nacional de Salud: PRO-R02.046 Versión 04, del 13 de septiembre de 2016.

## **CAPÍTULO VII**

### **REFLEXIONES DOCTRINARIAS FRENTE A LAS IAAS Y LA POSIBLE CONEXIÓN CON LAS IEH**

#### **SUMARIO: 7.1 Chile; 7.2 Francia.**

Antes que nada, es prudente aclarar que las IAAS es igual que Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Por otro lado, IEH, hacen referencia a las Infecciones Extrahospitalarias, conforme a lo tratado en lo amplio del concurrente trabajo de grado.

A continuación, se presentará e indicará la forma en que se tratan las IAAS en uno de los principales sistemas de salud de Latinoamérica: Chile; y en uno de los mejores del mundo: Francia.

#### **7.1 CHILE**

El sistema de salud chileno, está dividido en un sistema público y privado, respectivamente conocidos como Fondo Nacional de Salud -FONASA- e Instituciones de Salud Previsional -ISAPRE-. El primero, es clasificado como un sistema público, el cual está basado es un sistema sanitario nacional que se paga con los ingresos de los impuestos obligatorios. El esquema ofrece atención en hospitales públicos y la opción de tarifas subvencionadas en algunas clínicas privadas asociadas. Mientras tanto, el segundo adentra en el sector privado, hecho por compañías aseguradoras como el mencionado, Sus numerosos planes dictan a qué clínicas y médicos tendrás que ir si están disponibles. La calidad de los servicios normalmente es mejor en las clínicas ISAPRE que en los hospitales públicos, pero también depende de la clínica. El seguro específico que le ofrecerán dependerá sobre todo de sus ingresos, edad, sexo, condiciones médicas previas e historial familiar, entre otros. Comparado al sistema estadounidense, el sector privado chileno es relativamente asequible si miramos la calidad de la atención y mantienen los niveles nacionales que lo comparan muy favorablemente a otros países desarrollados<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> <http://www.decapack.com/como-funciona-el-sistema-de-salud-en-chile/>

En Latinoamérica, Chile es considerado como uno de los países con mejor sistema de salud, brindado calidad a los usuarios y pacientes; y con una esperanza de vida mayor<sup>57</sup>.

Sin embargo, conforme a la evaluación realizada por los usuarios del sistema de salud chileno (Tanto público como privado) el 8 de julio de 2016, se dice que *Uno de cada tres aseguran que se debe reformular por completo*. Ante esto, El superintendente, Sebastián Pavlovic, afirmó que los desafíos en el sector público - FONASA- giran en torno a la disponibilidad de acceso a consultas de especialidad, mientras que en las ISAPRE queda al debe, la transparencia y el control de los costos de la atención en salud<sup>58</sup>.

Por otro lado, referido a las Infecciones Asociadas a la atención en Salud, Chile cuenta con un programa de control de infecciones bien establecido y la tasa de este tipo de infecciones es uno de los parámetros importantes para establecer la acreditación de los hospitales. Aun así, es un problema vigente que afecta en forma importante los costos en salud. Un estudio realizado en hospitales públicos estimó en 70.000 los casos anuales de infecciones intrahospitalarias, las cuales prolongaban la estadía de los pacientes en un promedio de 10 días y aumentaba el uso de antibióticos en los pacientes afectados en dos a cuatro veces, con el consiguiente aumento en los costos de atención<sup>59</sup>.

El sistema de salud chileno aplica la capacidad bactericida del cobre<sup>60</sup>, utilizándolo en superficies de contacto en el ambiente hospitalario, lo cual, ha demostrado ser eficiente para reducir la carga bacteriana ambiental, cualidad que se mantiene en el tiempo, lo cual significa menor riesgo de transmisión de patógenos a los pacientes, producto de la constante relación entre paciente y paciente; el personal médico con el paciente; y la contaminación creada en las superficies, telas y equipos

---

<sup>57</sup> <http://www.infobae.com/2014/11/01/1605756-los-paises-el-mejor-sistema-salud-america-latina/>

<sup>58</sup> <http://www.cnnchile.com/noticia/2016/07/08/usuarios-evaluan-el-sistema-de-salud>

<sup>59</sup> Brenner P, Nercelles P, Pohlenza M, Otaíza F. Costo de las infecciones intrahospitalarias en hospitales chilenos de alta y mediana complejidad. Rev Chil Infect 2003.

<sup>60</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=KggQqINtUJU>

médico. Por lo tanto, el cobre se debería considerar un complemento interesante junto a otras medidas de control de infecciones<sup>61</sup>.

A pesar de lo anterior, los tribunales del Estado Chileno, han considerado que una enfermedad contraída durante la permanencia en el establecimiento es evidencia *prima facie* de la negligencia incurrida en los deberes preventivos que recaen sobre la clínica u hospital o de la falta del servicio del hospital público. El criterio aplicado en estos casos ha sido el de presunción de culpa (que encuentra sustento legal en el artículo 2329 del Código Civil). No obstante, esta postura ha sido criticada por un sector de la doctrina, que considera que el daño y no la culpa es el fundamento de la responsabilidad del Estado, de manera que, si éste se produce por una infección intrahospitalaria, surge la obligación de indemnizarlo, para lo cual **sólo es necesario acreditar la relación de causalidad que existe entre la prestación del servicio de salud y el daño**, “sin importar si hubo o no culpa en el establecimiento o sus dependientes”<sup>62</sup>(Negrita a propio autor)

Como es de observar, todo lo aludido en el presente acápite, fue referente a las infecciones asociadas a la atención en salud, con énfasis en las existentes a nivel intrahospitalario, dejando a un lado aquellas infecciones de énfasis extrahospitalario, generando una preocupación producto de lo invisible pero complejo que es esta problemática. Referente a la responsabilidad, conforme a lo establecido por el tribunal chileno, es notoria la en causación en el régimen objetivo de la responsabilidad de las prestadoras del servicio de salud, en virtud de la cual al paciente le basta con probar el daño que padece producto de su estancia hospitalaria. La pregunta que surge es, ¿bajo qué modalidad de responsabilidad dirigir las infecciones de énfasis extrahospitalario producto de la atención domiciliaria?

---

<sup>61</sup> [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012001000014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000014)

<sup>62</sup>

file:///C:/Users/User/Desktop/Universidad/Tesis/info%20pa%20tesis/Consejo\_de\_Estado\_nfecciones\_intrahospitalarias.pdf.36.

## 7.2 FRANCIA

El sistema de salud francés, según la Organización Mundial de la Salud, es uno de los mejores del mundo. Se basa en el estado de salud general de la población, su satisfacción por su funcionamiento; y el reparto de las cargas de la financiación del sistema. En cifras, Francia invierte el 11,8% de su PIB en salud (en Colombia se invierte el 6,5% del PIB<sup>63</sup>), un 9,2% destinado a la mejora de los servicios públicos, y el restante 2,6%, sobre las instituciones privadas<sup>64</sup>.

Un breve resumen de la historia jurídico - social de la asistencia sanitaria pública en Francia, comienza con la ley del 15 de julio de 1893, la cual, instaura la asistencia médica gratuita. La ley del 27 de junio de 1904, referente a el servicio departamental de asistencia social en la infancia; y la ley del 14 de julio de 1905, con la asistencia a las personas mayores enfermas<sup>65</sup>.

En 1930 se creó el ministerio de sanidad pública, pero no es hasta, 1945 cuando se empiezan a sentar las bases del sistema de seguridad social francés, basado en el principio de solidaridad (la contribución es proporcionada a los recursos y el reembolso es idéntico) e inspirado en el sistema alemán en cuanto a las modalidades de financiación. Nace la “assurance maladie” (seguro médico) que cubre la enfermedad, las necesidades de la familia y de la tercera edad y que está basada en las cotizaciones de los trabajadores, llamados “assurés sociaux” (asegurados sociales). En el 2000 se crea el CMU (Cobertura Médica Universal) para dar asistencia médica a la totalidad de la población<sup>66</sup>.

Aunado a lo anterior, en materia jurídica, Francia ha establecido en su legislación un sistema de responsabilidad sin culpa<sup>67</sup> que opera en los casos de infecciones

---

<sup>63</sup> <http://www.infobae.com/2014/11/01/1605756-los-paises-el-mejor-sistema-salud-america-latina/>  
Gasto a la Salud como porcentaje del PIB. OMS.

<sup>64</sup> <http://profesionaleson.eu/el-sistema-sanitario-frances-las-claves-de-su-exito/>

<sup>65</sup> <https://sistemas-sanitarios-uah.wikispaces.com/5.1+Descripci%C3%B3n+general+del+sistema>

<sup>66</sup> <https://sistemas-sanitarios-uah.wikispaces.com/5.1+Descripci%C3%B3n+general+del+sistema>

<sup>67</sup> La Ley del 4 de marzo de 2002, también conocida como “Ley Kouchner”, establece dos sistemas específicos y distintos de responsabilidad por infecciones hospitalarias. El primero, aplicable a los establecimientos de salud, tanto públicos como privados, que es de carácter objetivo. El segundo, aplicable a los médicos, que es de carácter subjetivo (falta probada). Juan Manuel Prevot, Responsabilidad civil de los médicos, editorial Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2008, p. 318.

nosocomiales y que descansa sobre tres pilares fundamentales: “**El Riesgo** (las infecciones nosocomiales existen y cualquiera puede padecerlas), **La Igualdad** (todas las personas son iguales y por ello todas tienen derecho a estar protegidas de igual forma) y **La Solidaridad** (pese a que no se enfermarán todos, todos debemos hacernos cargo porque podría dañar a cualquiera)<sup>68</sup>”. En el marco de este sistema, los establecimientos y profesionales de la salud, sean de carácter público o privado, responden por los daños resultantes de infecciones hospitalarias, salvo si ellos logran demostrar que la infección fue causada por un factor ajeno al servicio sanitario y profesionales de la salud, sean de carácter público o privado, responden por los daños resultantes de infecciones hospitalarias, salvo si ellos logran demostrar que la infección fue causada por un factor ajeno al servicio sanitario.<sup>69</sup>

Una vez más, se excluyen a las infecciones asociadas a la atención en salud con énfasis en las infecciones extrahospitalarias, las cuales son igualmente complejas y que ameritan una mayor racionalidad y desarrollo por parte de los sistemas de salud mundiales, empezando por pronunciamientos oficiales de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, es claro que el sistema de salud francés lleva consigo posiciones muy innovadoras y garantistas, puesto que, al someter la responsabilidad en los pilares fundamentales ya expresados, los cuales, sin lugar a dudas son bastantes llamativas y objetivamente oportunas; dejando así, una brecha abierta e importante, para las infecciones con énfasis de extrahospitalarias.

---

<sup>68</sup> Josefina Tocornal Cooper, Op. Cit. p. 16.

<sup>69</sup>file:///C:/Users/User/Desktop/Universidad/Tesis/info%20pa%20tesis/Consejo\_de\_Estado\_nfecciones\_intrahospitalarias.pdf

## CAPÍTULO VIII

### ANÁLISIS DE DATOS: ENTREVISTAS

De manera concreta, se realizará el análisis y las reflexiones que contribuyan a la estructura de la IAAS con énfasis en las Infecciones Extrahospitalarias.

Así mismo, en la entrevista realizada al Doctor **Juan Fernando Estrada**, es que correcto afirmar que la información suministrada fue concreta, llena de convicción y fundamentación jurídica, científica y empírica. Gracias a esta entrevista se pudo llevar a cabo un direccionamiento concreto de la investigación como trabajo de grado.

Se estableció parámetros básicos para comprender que las infecciones asociadas a la atención en salud, es una problemática de la salud pública misma, y es de alta complejidad, que incluso, los hospitales de alto nivel y especialización están enfrentando, con el inconveniente de que, en ocasiones, el resultado sea el inesperado: La no eliminación total de los microorganismo patógenos e infecciosos.

Al final, el Doctor Estrada asegura que muchos hospitales se exoneran de responsabilidad gracias a la pertinencia de sus políticas de prevención, control y vigilancia, ya que presentan planes de mejoramiento y planes de proyección de calidad; pero, da pie a que las infecciones con énfasis en extrahospitalarias son prácticamente desconocidas y que el vacío jurídico es grande, ya que ni la jurisprudencia se ha referido acerca de esta tipología de infecciones.

Por otra parte, la entrevista realizada a el joven de 23 años y estudiante universitario de administración de empresas, de la Fundación Universitaria Minuto de Dios, **Alexander Hernández Jiménez**, que padece de infección asociada a la atención en salud, denominada e-coli, deja constancia de que incluso en tratamientos rutinarios como el de atención domiciliaria, el paciente no tiene una garantía total de aplicación de prevención de propagación, ni guías que ayuden al direccionamiento del cuidado y el cumplimiento de la protección del derecho a la salud pública de la población, creando así factores riesgo; máxime cuando la vigilancia por parte de la prestadora de salud y

de las responsables de que se cumpla a cabalidad con el funcionamiento de políticas nacionales como el SOGCS no ejercen un aparente control suficiente.

De igual forma, se imposibilita la exclusión de una inferencia razonable acerca del peligro que genera el vacío sanitario y de salubridad referente a las infecciones asociadas a la atención en salud con tratamientos domiciliarios para el control del paciente y una probable propagación del microorganismo patógeno en establecimientos o entornos diferentes a hospitales.

- No se dieron a conocer políticas estructuradas de prevención y control referente a el tratamiento del paciente infectado fuera del centro de salud, que vayan más allá de simples recomendaciones.

Finalmente, nos deja estas entrevistas, que las infecciones de origen común, extrahospitalarias o extranosocomiales son un hecho que no es de menor importancia o relevancia, contrario sensu, merecen una mayor atención, análisis, prevención, vigilancia y control por parte de las entidades y autoridades competentes, a través del desarrollo de políticas que atenúen o disminuyan la problemática; el aumento de la inversión para el ejercicio oportuno, pertinente y necesario que conlleve a la creación de nuevas moléculas antimicrobianas capaces de eludir los mecanismos de resistencia de estos microorganismos patógenos infecciosos; e instaurar nuevas estrategias que potencialicen la eliminación de la resistencia a los antimicrobianos por parte de los microorganismos patógenos - infecciosos.

## CAPÍTULO IX

### APROXIMACIÓN AL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD EN LAS INFECCIONES EXTRAHOSPITALARIAS

Desde que Colombia tuvo conocimiento aplicado acerca de las infecciones asociadas a la atención en salud, el régimen de imputación adaptado para éste, ha venido en una constante evolución. Sin embargo, hoy, las altas cortes resuelven los litigios originados por la presente causa, basándose en el régimen objetivo de responsabilidad jurídica, con cualidad de riesgo excepcional, y de subclasificación en un Riesgo álea o de azar<sup>70</sup>; cuando antes se establecía responsabilidad a la administración demostrando falla del servicio<sup>71</sup>; es decir, clasificando tal responsabilidad en el régimen subjetivo.

De igual forma, a través de la providencia judicial de carácter decisorio, considerado por algunos medios como un fallo histórico<sup>72</sup>, el Consejo de Estado, en la sentencia con Radicado 25000 2326 000 2001 01343 01, titulado por el Consejero Ponente, Danilo Rojas Betancourth; precisa en uno de sus acápites que “(...) Es cierto que los hechos irresistibles, por regla general, no comprometen la responsabilidad patrimonial de la administración en razón a que pueden ser calificados como “casos fortuitos”. No obstante, ***tratándose de las infecciones nosocomiales, la Sala considera, junto con un sector de la doctrina, que no pueden ser calificadas como casos fortuitos porque no son ajenas a la prestación del servicio público de salud.***” (Negrita y cursiva a propio autor)

<sup>70</sup> [http://www.acin.org/acin/new/images/Consejo\\_de\\_Estado\\_nfecciones\\_intrahospitalarias.pdf](http://www.acin.org/acin/new/images/Consejo_de_Estado_nfecciones_intrahospitalarias.pdf) “(...) 42. No obstante, la Sala considera que nada obsta para hacer extensiva la categoría de riesgo-álea a los casos en los cuales el daño es consecuencia de una infección contraída en un centro asistencial como quiera que en todas estas situaciones el daño surge por la concreción de un riesgo que es conocido por la ciencia médica, pero que se torna irresistible en tanto su concreción depende, muchas veces, de la “ineludible mediación del azar”.

<sup>71</sup> Sentencia del Consejo de Estado. Expediente 30283. Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth: “(...) IV. Problema jurídico 10. En el caso concreto se discute si el Instituto de Seguros Sociales es administrativamente responsable del daño alegado por la parte actora, el cual consiste en la afectación motriz y cerebral que presenta el niño Carlos Alberto Rojas Pérez a consecuencia de la meningitis bacteriana que adquirió y desarrolló mientras estuvo internado en la clínica Jorge Bejarano. Para ello, resulta relevante establecer si existe una falla del servicio que pueda tenerse como causa de la enfermedad y, en caso negativo, si tal condición es necesaria para que pueda imputársele responsabilidad a la administración por el daño 8 aducido en la demanda o si, por el contrario, el solo hecho de que esté demostrado, con base en el dictamen de medicina legal, que la meningitis se produjo por una bacteria de carácter intrahospitalario, como lo era la “klebsiella pneumoniae multirresistente”, basta para imputarle responsabilidad a la entidad bajo un título de atribución de carácter objetivo.”

<sup>72</sup> <http://www.elheraldo.co/columnas-de-opinion/fallo-historico-por-infecciones-intrahospitalarias-133020>

De esta manera, el Consejo de Estado le da un Jaque Mate, a la posibilidad de que las prestadoras del servicio de salud puedan exonerarse de responsabilidad aduciendo Causa Extraña, en modalidad de Caso Fortuito, puesto que, los microorganismos patógenos están vinculados a la prestación del servicio de atención en salud, y su sola cercanía genera un riesgo. Carga que sin duda alguna, el paciente no está obligado a soportar.

Otras providencias de las altas corporaciones jurisdiccionales que concuerdan con la postura narrada anteriormente, son las siguientes:

RADICADO	DÍA	MES	AÑO
1998-02268	11	Junio	2014
1996-13709	25	Junio	2014
1995-11369	10	Septiembre	2014
2001-00535/29602	26	Junio	2015
1995-00964/21774	29	Septiembre	2015

En cuanto al régimen de responsabilidad de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud con énfasis en **Infecciones Extrahospitalarias**, es notoria la ausencia devastadora de norma regulante e imperante, lo que deja un marco de responsabilidad jurídica abierto a cualquier entorno normativo, incluso se podría hablar de responsabilidad civil por incumplimiento de a las obligaciones de Calidad, Idoneidad y Seguridad<sup>73</sup> de las cuales habla el Estatuto del Consumidor (Ley 1480 del 2011). Para ilustrar mejor, A consumidor del Servicio de Entretenimiento ofrecido por Cinemas Porcinal. A tiene sus defensas bajas porque padeció una fuerte gripa días anteriores. A

<sup>73</sup> Ley 1480 de 2011. Título II. Artículo sexto. *Calidad, idoneidad y seguridad de los productos*. Todo productor debe asegurar la idoneidad y seguridad de los bienes y **servicios que ofrezca** o ponga en el mercado, así como la calidad ofrecida. **En ningún caso** estas **podrán** ser inferiores o **contravenir lo previsto en reglamentos técnicos y medidas sanitarias o fitosanitarias**.

El incumplimiento de esta obligación dará lugar a:

1. Responsabilidad solidaria del productor y proveedor por garantía ante los consumidores.
2. Responsabilidad administrativa individual ante las autoridades de supervisión y control en los términos de esta ley.
3. Responsabilidad por daños por producto defectuoso, en los términos de esta ley.

**Parágrafo.** Para efectos de garantizar la calidad, idoneidad y seguridad de los productos y los bienes y servicios que se comercialicen, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, expedirá los Registros Sanitarios, de conformidad con las competencias establecidas en el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, que ordena el control y la vigilancia sobre la calidad y seguridad de los mismos.

compra el boleto para ver la película de terror llamada: *“Cómo ser contagiado de e-coli por consumir bebidas y alimentos contaminadas por microorganismos patógenos e infecciosos multirresistentes”*. A tiene el asiento H-07. B compañero de fila de A, tiene el asiento H-08, y B posee una infección asociada a la atención en salud *Klebsiella Pneumoniae*. B está en cine porque tiene una atención en salud de carácter domiciliario (Puesto que la estancia hospitalaria genera un aumento desbordante del gasto de la atención en salud, de lo que se puede decir que éste tipo de prestación del servicio, desnaturaliza el decreto 1011 de 2006, la resolución 1441 de 2013, la resolución 0429 de 2016 y -entre otras- la obligación de seguridad y cuidado. Generando un riesgo de propagación -Valgan las hipótesis-), con aplicación de antibióticos cada 8 horas. B y A, se vuelven amigos y conversan parte de la película y aún después de salir de esta se ven frecuentemente. A, para ingresar a la sala de cine, compra un perro con gaseosa, productos que poseían un microorganismo patógeno que le generó, tiempo después, una infección a A. A tiene una afectación grave y degenerativa de su salud.

Como es de observar en el anterior ejemplo, es posible también hablar de responsabilidad jurídica producto de agentes infecciosos en establecimientos privados con prestación de servicios de fácil acceso a la comunidad. Otros casos podrían ilustrarse incluso en contratos de transporte.

Finalmente, se constata que normativa aplicable de manera expresa y directa referida a las infecciones extrahospitalarias no hay, por lo que tocaría acudir a las normas generales de la responsabilidad civil (o del Estado, dependiendo del caso), coordinadas con las demás normas aplicables establecidas en el ordenamiento jurídico colombiano.

## CONCLUSIONES Y REFLEXIONES DE AUTOR

Con toda la información compilada anteriormente, constituye fundamento suficiente para presentar a continuación las conclusiones y reflexiones como parte apodíctica de los objetivos específicos generadores de resultados integradores para dar respuesta a la pregunta orientadora de la investigación, y como consecuencia, dar cumplimiento al objetivo general del presente acto académico.

Para hacer efectivo la salud como derecho fundamental en el Estado colombiano, aun es necesario la creación de nuevas políticas y estrategias encaminadas a resolver o atenuar el complejo de problemas emergentes, antes de que se vuelvan riesgos inquebrantables.

El SOGCS, pareciera necesitar una reforma, con inclusión directa de la calidad de la atención en salud domiciliaria, con políticas y tratamientos específicos y concretos que generen mayor seguridad y cuidado del paciente, con prevenciones de propagación de la infección, sin dejar a un lado la vigilancia por parte de las responsables del cumplimiento y el funcionamiento de las prestadoras de salud y su respectivo control acorde con la institución.

Las IAAS con énfasis en infecciones extrahospitalarias, deben de recibir una mayor atención y desarrollo legal y doctrinario, que defina el régimen de responsabilidad, si es civil o estatal, objetivo o subjetivo, contractual o extracontractual; o inclusive, si es posible hablar de una violación al mismo estatuto del consumidor, por atacar directamente el elemento de seguridad -fuera del de calidad e idoneidad- al cual se refiere dicha disposición normativa, en calidad de consumidor, en el evento en que es contagiado en un establecimiento privado, como cines, baños, transportes, teatros o demás actividades mercantiles acordes con el riesgo.

Finalmente, tomar como ejemplo algunos sistemas de calidad de la prestación del servicio de salud, como es el caso de Francia, Chile, Canadá o Inglaterra, los cuales contienen lo más altos estándares de esperanzas de vida, calidad de la atención en salud y políticas de prevención, control y vigilancia. Sin discriminar las políticas referidas a los planes y estrategias de manejo de equipos médicos, de uso adecuado de medicamentos y de la creación de espacios más seguros y bactericidas.

## **ANEXOS**

- 2 CD'S que contienen las entrevistas realizadas respectivamente al Experto en Medicina y Derecho Juan Fernando Estrada y el joven Alexander Hernández Jiménez.
- Acta de Constancia de Entrevista a Profundidad realizada al Experto en la materia de análisis Juan Fernando Estrada.
- Acta de Constancia de Entrevista de Estudio de Caso realizado al joven Alexander Hernández Jiménez.

## REFERENCIAS

Con el fin de realizar una debida citación y referenciación de autores, además de vinculación a los conceptos técnicos y especializados para la comprensión de la temática, es pertinente realizar la siguiente clasificación:

### NORMATIVO:

Constitución Política de Colombia de 1991.

Código Civil

Ley 100 de 1993

La Ley del 4 de marzo de 2002, también conocida como “Ley Kouchner” - francés-.

Decreto 2492 de 2004

Decreto 1011 de 2006

Resolución 073 del 2008

Sentencia T-760 de 2008

Ley 1480 de 2011

Resolución 1441 de 2013

Sentencia del Consejo de Estado. Radicado: 25000 2326 000 2001 01343 01. Consejero Ponente, Danilo Rojas Betancourth.

Decreto Nacional 903 de 2014

Ley Estatutaria 1751 DE 2015

Sentencia del Consejo de Estado: 1995-00964 de septiembre 29 de 2015. Consejera Ponente: Stella Conto Díaz del Castillo.

Resolución 0429 de 2016

Protocolo: PRO-R02.046 - Versión 04 – 13 de septiembre de 2016; realizado por el Instituto Nacional de Salud.

### BIBLIOGRÁFICO

Manual de Legislación en Salud y Seguridad Social. 14ª Edición – 2013. Dr. Luis Fernando Palacio Tamayo.

Autorregulación en el Derecho Administrativo. Richard S. Ramírez Grisales

Costo de las infecciones intrahospitalarias en hospitales chilenos de alta y mediana complejidad. Rev Chil Infect 2003. Brenner P, Nercelles P, Pohlenza M, Otaíza F.

## WEBGRAFÍA

Cosgrove S. The relationship between antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay, and health care costs. Clinical Infection Disease 2006; 42 Supl: 82-9 b) Organización Panamericana de la salud. Una atención más limpia es una atención más segura. [Fecha de consulta: septiembre de 2015]. <http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html>

Significados conceptuales conectados con las IAAS:  
[http://www.whp.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/es/](http://www.whp.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/)

Instituto Nacional de Salud, recuperado de:  
<http://www.ins.gov.co/iaas/paginas/que-son-las-iaas.aspx>

Definiciones, recuperado de  
[http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2007/07/09/69613](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/07/09/69613)

Betalactamasas de espectro prolongado, recuperado de:  
[https://www.drugs.com/cg\\_esp/betalactamasas-de-espectro-prolongado-blee.html](https://www.drugs.com/cg_esp/betalactamasas-de-espectro-prolongado-blee.html)

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. <http://www.who.int/>

Observación General número 14 referente a El derecho al disfrute del más alto nivel posible de la salud (Artículo 12): [http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos\\_hum\\_Base/CESCR/00\\_1\\_obs\\_grales\\_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html](http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html)

Comorbilidad, es un *“Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas.”* Recuperado de, [enciclopediasalud.com](http://enciclopediasalud.com)

Sistema de Salud Chileno. <http://www.decapack.com/como-funciona-el-sistema-de-salud-en-chile/>

Sistemas de Salud en América Latina. Recuperado de:  
<http://www.infobae.com/2014/11/01/1605756-los-paises-el-mejor-sistema-salud-america-latina/>

Calificación al Sistema de Salud Chileno:  
<http://www.cnnchile.com/noticia/2016/07/08/usuarios-evaluan-el-sistema-de-salud>

El cobre como Bactericida. Recuperado de:  
<https://www.youtube.com/watch?v=KggQqINtUJU>

Capacidad Bactericida del Cobre. Recuperado de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012001000014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000014)

Gasto a la Salud como porcentaje del PIB. OMS. Recuperado de:  
<http://www.infobae.com/2014/11/01/1605756-los-paises-el-mejor-sistema-salud-america-latina/>

Sistema Sanitario Francés. Recuperado de:  
<http://profesionaleson.eu/el-sistema-sanitario-frances-las-claves-de-su-exito/>  
<https://sistemas-sanitarios-uah.wikispaces.com/5.1+Descripci%C3%B3n+general+del+sistema>  
<https://sistemas-sanitarios-uah.wikispaces.com/5.1+Descripci%C3%B3n+general+del+Sistema>

Riesgo álea.  
[http://www.acin.org/acin/new/images/Consejo\\_de\\_Estado\\_infecciones\\_intrahospitalarias.pdf](http://www.acin.org/acin/new/images/Consejo_de_Estado_infecciones_intrahospitalarias.pdf)

Fallo histórico de las Infecciones intrahospitalarias. El Heraldó.  
<http://www.elheraldo.co/columnas-de-opinion/fallo-historico-por-infecciones-intrahospitalarias-133020>

