

LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR INFECCIONES ASOCIADAS A LA
PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MÉDICO HOSPITALARIO

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma Latinoamericana



LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR INFECCIONES ASOCIADAS A LA
PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MÉDICO HOSPITALARIO

LAURA MORALES ZULUAGA
FABIO ZULUAGA GONZÁLEZ
Autores

ANGY PLATA ÁLVAREZ
Asesora del trabajo de grado

Agosto 2021

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma Latinoamericana

Dedicatoria

Cada logro alcanzado luego de los diversos pasos tomados en los caminos personales y profesionales, son un recordatorio del acompañamiento divino y el apoyo incondicional de nuestras familias, por tal razón, a ellos dedicamos este logro.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias por el acompañamiento constante y comprensivo a lo largo de nuestras vidas, por las expectativas y la ilusión que les inspira la obtención del título de abogado, el cual procuraremos ejercer con ética y responsabilidad social.

Gracias a Dios por permitirnos alcanzar un nuevo peldaño en nuestra vida personal, académica y profesional.

A nuestros docentes que a lo largo de la carrera nos inculcaron la importancia de leer, investigar y proponer, incluyendo a nuestra asesora que nos acompañó en este proyecto con sus aportes, experiencia y conocimiento.

RESUMEN

Este escrito contiene el desarrollo de una investigación encaminada a analizar la figura de la responsabilidad del Estado por infecciones asociadas a la prestación del servicio de salud médico hospitalario, principalmente a la luz de la jurisprudencia del Consejo de Estado, procurando identificar si la misma procede y a través de cual título de imputación, así como la identificación de problemas asociados a la temática y posibles soluciones.

Como primera medida se realiza un abordaje de las infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario, luego de ello, se revisan los títulos de imputación aplicables para atribuir responsabilidad al Estado por estas infecciones, y por último, a través de un estudio juicioso y detallado, se analiza la posición jurídica del Consejo de Estado frente a la responsabilidad estatal por infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario.

Palabras clave: responsabilidad estatal, imputación, infección hospitalaria, nosocomial, riesgo excepcional.

ABSTRACT

This writing contains the development of an investigation aimed at analyzing the figure of the State's responsibility for infections associated with the provision of the hospital medical health service, mainly according to the jurisprudence of the Consejo de Estado, trying to identify if it is already applicable through which title of imputation, as well as the identification of problems associated with the subject and possible solutions.

As a first measure, an approach is made to the infections associated with the provision of hospital medical services, after that, the applicable indictment titles are reviewed to attribute responsibility to the State for these infections, and finally, through a careful study and In detail, the legal position of the Consejo de Estado is analyzed in relation to State responsibility for infections associated with the provision of hospital medical services.

Keywords: State responsibility, imputation, hospital infection, nosocomial, exceptional risk.

Tabla de Contenidos

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo 1..... | 3 |
| Las infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario | |
| Capítulo 2..... | 11 |
| Los títulos de imputación aplicables para atribuir responsabilidad al Estado por infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario | |
| Capítulo 3..... | 17 |
| La posición jurídica del Consejo de Estado frente a la responsabilidad estatal por infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario | |
| Conclusiones..... | 32 |
| Bibliografía | 34 |

INTRODUCCIÓN

Durante décadas se ha venido cuestionando en Colombia acerca de la calidad del servicio de salud que se presta tanto en entidades públicas (hospitales) como privadas (clínicas), y dentro de los diversos escenarios que ello involucra se han visto casos donde personas han acudido a instituciones médicas con el propósito de atender una afección particular, en procura del mejoramiento de su estado de salud, en lugar de ello, éste ha empeorado o incluso han fallecido, por razones diferentes a la patología objeto de la atención, asociadas a las llamadas infecciones intrahospitalarias.

Esto, ha conllevado a la interposición de numerosas demandas de responsabilidad tanto en la Jurisdicción Civil como en la Contencioso Administrativa. En esta última, en ejercicio del medio de control de reparación directa, pretendiendo la declaratoria de responsabilidad del Estado, generando la discusión en torno a su procedencia, los títulos de imputación aplicables e incluso, la incapacidad financiera generada por las cuantiosas condenas impuestas.

Esta problemática resulta de gran relevancia si se tiene que la Constitución Política de 1991 contempla en su artículo 1 que Colombia es un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto por la dignidad humana, y que en su artículo 2 establece como fines esenciales, los de garantizar la efectividad de los principios y derechos consagrados en la Carta Política, entre otros (Constitución Política de Colombia, 1991. Artículos 1 y 2). Sumado a que en su artículo 90 prevé la responsabilidad del Estado por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, conocida como la cláusula general de responsabilidad (Constitución Política de Colombia, 1991. Artículo 90).

Para resolver los casos llevados a la Jurisdicción, el Consejo de Estado ha desarrollado diversas teorías acerca de si es posible atribuir la responsabilidad al Estado para reparar los perjuicios ocasionados por el daño antijurídico consistente en la adquisición de una infección nosocomial o intrahospitalaria, resultado de la prestación del servicio salud de carácter hospitalario.

Cuestiones como asepsia, higiene y esterilización son planteadas por las entidades de salud para fundamentar su defensa, así como incapacidad financiera del sistema para asumir notables condenas mientras que la aplicación de los títulos de imputación de falla en el servicio y riesgo excepcional tampoco se muestran pacíficas.

Como pregunta problematizadora, para el desarrollo del proyecto de investigación se planteó:

¿Es atribuible al Estado responsabilidad por infecciones asociadas a la prestación del servicio de salud médico hospitalario? De ser afirmativo, ¿a través de qué título de imputación es ello posible?

Para el abordaje del problema planteado, se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo general: Analizar la figura de la responsabilidad del Estado por infecciones asociadas a la prestación del servicio de salud médico hospitalario

Objetivos específicos: i) Determinar cuáles son las infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario; ii) Identificar los títulos de imputación aplicables para atribuir responsabilidad al Estado por infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario; iii) Establecer la posición jurídica del Consejo de Estado frente a la responsabilidad estatal por infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario.

Para poder abordar el objeto de estudio planteado, se planteó una monografía de tipo cualitativo, pretendiendo desde la documentación teórica responder al problema jurídico planteado, aplicando una investigación de tipo descriptivo para poder presentar la posición jurídica adoptada por el Consejo de Estado frente al tema, y para construir además una posición personal debidamente argumentada.

Se utilizó el método deductivo a partir de la información que se recolectó, para la correspondiente elaboración de los capítulos que comprenden este informe final, conforme a los objetivos específicos planteados.

Como fuentes de información se tuvieron la doctrina, la ley y la jurisprudencia, esta última jugando un papel importante, en la medida que se buscó establecer la posición que ha decantado la Máxima Corporación en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, para lo cual fue preciso elaborar una línea jurisprudencial.

Para el efecto se desarrollaron tres capítulos denominados así:

Capítulo 1: Las infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario

Capítulo 2: Los títulos de imputación aplicables para atribuir responsabilidad al Estado por infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario

Capítulo 3: La posición jurídica del Consejo de Estado frente a la responsabilidad estatal por infecciones asociadas a la prestación del servicio médico hospitalario

LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO HOSPITALARIO

El artículo 49 de la Constitución Política establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizándose a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Constitución Política de Colombia, 1991).

La Dirección de salud pública Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, resalta en los protocolos de Vigilancia en Salud Pública, que la Ley 09 de 1979 “*por medio de la cual se dictan normas sanitarias*”, consideró la salud como:

“un bien de interés público y estableció normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles así como para la divulgación de la información epidemiológica” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2000).

Posteriormente, mediante el Decreto reglamentario 1562 de 1984, se reglamentaron parcialmente los títulos vii y xii de dicha ley, en lo relativo a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad (hoy derogado por el Decreto 3518 de 2006), estableciendo en el capítulo III, artículo 23, que todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, debería conformar su respectivo comité de infecciones intrahospitalarias; además, fijó la obligatoriedad de la información y la notificación epidemiológica en sus artículos 27 y 34), siendo ratificados por el Decreto 1918 de 1994 por medio del cual se reglamenta el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptado por Decreto 1298 de 1994.

Por su parte, el Decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, en su artículo 37 establece que los departamentos, distritos y municipios crearán Comités de Vigilancia en Salud Pública en sus respectivas jurisdicciones (Congreso de la República, 2006), y para efectos de aplicación del decreto, actuarán como tal, los Comités de Infecciones Intrahospitalarias. Aunado a esto, el capítulo V de esta norma, relativo al régimen de vigilancia y control, medidas sanitarias y sanciones, contempla en el artículo 41 que

“con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

a) Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;

- b) Cuarentena de personas y/o animales sanos;
- c) Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;
- d) Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;
- e) Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;
- f) Clausura temporal parcial o total de establecimientos;
- g) Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;
- h) Decomiso de objetos o productos;
- i) Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;
- j) Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos” (Congreso de la República, 2006).

Asimismo, en su párrafo 1 contempla que sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada (Congreso de la República, 2006). Mientras que en el párrafo 2 contempla que las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

A su turno, el artículo 45 establece:

“Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios. Consiste en las medidas y procedimientos existentes para el control o eliminación de agentes o materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios, presentes en las personas, animales, plantas, materia inerte, productos de consumo u otros objetos inanimados, que puedan constituir un riesgo para la salud pública. Incluyen desinfección, descontaminación, desisfestación, desinsectación y desratización” (Decreto 3518, 2006).

De acuerdo con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2000), “el registro, control e investigación de las infecciones intrahospitalarias es parte de los requisitos esenciales que debe cumplir cualquier IPS, ARS o ESE para la certificación por parte de las autoridades de salud y la contratación de las EPS”, en esa misma línea se encuentra tratado el manejo de residuos hospitalarios y similares.

Luego de la anterior revisión normativa, para poder abordar más a fondo el objeto de estudio planteado, resulta importante tener como punto de partida la definición o concepto de infección intrahospitalaria.

Según María Amor Rodríguez Granda, se cataloga como infección intrahospitalaria o también llamada nosocomial, a:

“aquella infección que aparece durante la hospitalización del paciente y que no estaba presente o que podía estar en periodo de incubación, cuando fue llevada a cabo la admisión del paciente en el centro hospitalario, independientemente si se manifiesta o no durante su estadía en el Hospital” (Rodríguez, 2020, pág 1).

Las atribuye a la propagación por contactos o vehículos contaminados, al contacto directo a través de las manos, o a través de la contaminación de medicamentos, alimentos e instrumental médico (Rodríguez, 2020).

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, refiere en sus protocolos, que resulta importante diferenciar las infecciones intrahospitalarias de las extrahospitalarias, así:

“Infección intrahospitalaria

Las infecciones intrahospitalarias son aquellas adquiridas en el hospital o institución prestadora de servicios de salud y son causadas por microorganismos reconocibles a través de manifestaciones clínicas y/o confirmación microbiológica.

Las características dependen del agente causal, del sitio infectado y de las condiciones del huésped; pueden ocurrir durante la estancia hospitalaria o hasta 72 horas después del egreso del paciente, dependiendo del tiempo de hospitalización y del periodo de incubación de la enfermedad. En caso de prótesis, pueden presentarse hasta doce meses después.

También se consideran infecciones intrahospitalarias las adquiridas por los trabajadores de la institución o la comunidad en general como consecuencia de contagio con otros pacientes o con los desechos patógenos de instituciones hospitalarias.

Infección extrahospitalaria

Las infecciones que se presentan en las siguientes circunstancias no se consideran intrahospitalarias, dado que se asocian a procesos infecciosos presentes al momento de la admisión, y aquellas en las que el paciente ingresa infectado y sale con el mismo proceso.

Se clasifican como extrahospitalarias:

- Paciente que ingresa infectado y sale con el mismo proceso.
- Paciente que ingresa en periodo de incubación y desarrolla la infección dentro del hospital o después del egreso.
- Neonato que adquiere la infección en forma transplacentaria, como herpes, sífilis, toxoplasmosis y rubéola, entre otras, la cual se evidencia al nacer” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2000).

Revisando el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para las Infecciones Intrahospitalarias de la Gobernación de Antioquia, Puentes (2017) extrae que una infección intrahospitalaria es “aquella que no estaba presente, ni se encontraba en período de incubación al momento del ingreso del paciente o de realizarle un procedimiento y se adquirió durante la hospitalización o como consecuencia de un procedimiento” (Puentes Sánchez, 2017. Pág 2)

Igualmente, afirma que dichas infecciones se pueden dar en las siguientes circunstancias:

- (i) Paciente que ingresó infectado y sale infectado (extrahospitalaria);
- (ii) Paciente que ingresó en período de incubación y desarrolló la infección por fuera del hospital (extrahospitalaria);
- (iii) Paciente que ingresó sano, adquirió la infección y la desarrolló en el hospital (intrahospitalaria); y
- (iv) Ingresa infectado, se cura, adquiere una nueva infección intrahospitalaria y egresa en período de incubación, pero desarrolla la infección por fuera del hospital (Puentes Sánchez, 2017. Página 3)

Según la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el documento denominado “Sistema de Vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias”, las infecciones intrahospitalarias son las causantes de un importante número de casos de morbilidad y mortalidad cada año en todo el mundo, y que existen asociaciones científicas muy importantes que desde hace más de 30 años realizan seguimiento y vigilancia de las mismas, con el fin de prevenir y controlar las patologías y disminuir los costos sociales y económicos que suponen para los pacientes, sus familias y para las instituciones prestadoras de servicios de salud (2000. Página 3).

Giraldo Vega (2005), citando al infectólogo pediatra Víctor Hugo Espinoza Román, menciona que desde el punto de vista de la historia médica, las infecciones intrahospitalarias tienen por lo menos 2.500 años, resaltando los siguientes datos:

- i) Que, en la primera mitad del siglo XVIII, médicos de origen Escoses, iniciaron el análisis científico de las infecciones intrahospitalarias. Así, John Pringle en el año 1740, dio a conocer las primeras observaciones como resultado de un estudio muy

detallado y concluyó que esta era la consecuencia más gravosa de los hospitales. En ese estudio introdujo el término “antiséptico”.

ii) Que a partir del año 1950 durante el brote infeccioso por causa de la bacteria *Staphylococcus aureus* en neonatos hospitalizados, el control de infecciones intrahospitalarias quedó establecido formalmente en los Estados Unidos.

iii) Que, en la década de los 90, los tres principales cocos Gram positivos *S. epidermidis*, *S. aureus* y *Enterococcus* sp ocasionaron el 34% de las infecciones nosocomiales en E.E.U.U. y los 4 bacilos Gram negativos *E. coli*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* y *Enterobacter* sp.

iv) Que las instituciones donde se prestan servicios médicos de origen pediátrico como de adultos, en las unidades de cuidados intensivos tienen las tasas más altas de infecciones nosocomiales. Los recién nacidos son el grupo de edad más afectado.

v) Que el agente de origen patógeno más común son las bacterias, que ocupan generalmente el tercer o cuarto lugar de las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias con un 5 a 15% del total de ellas, predomina la *S. epidermidis*, seguida de enterobacterias como *E. coli* y *K. pneumoniae*. (Vega, 2005. Pág 12- 13)

Según la Dirección de salud pública Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, las infecciones intrahospitalarias IIH, son un problema de salud pública en nuestro país por tres razones: i) frecuencia, ii) severidad y iii) alto costo, advirtiendo que siempre que se realizan procedimientos médicos, el paciente está en riesgo de infección, durante e inmediatamente después del procedimiento, pues tanto el personal como las instalaciones mismas están constantemente expuestas a materiales potencialmente infecciosos. En todo caso, se indica que la mayoría de los pacientes que acuden a los servicios de salud, es más susceptible de adquirir una infección que la población sana, dado que la patología de base que presenten puede producir inmunosupresión en mayor o menor grado (2000. Página 1).

De conformidad con la guía técnica “detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud” del Ministerio de Salud Colombiano (2014. Página 30), la 55ª Asamblea Mundial de Salud convocó a los países a prestar mayor atención al tema de la seguridad del paciente, por considerarlo un reto mundial, llamando a reforzar los sistemas de seguridad y control. En virtud de lo anterior, en el año 2004 en la versión No. 57 de la Asamblea, se aprobó la creación de una alianza internacional enfocada al mejoramiento de la seguridad del paciente.

Según esta guía, en Colombia las estadísticas revelaron un promedio histórico para el periodo 2002-2006 con una tasa de IAAS -Infecciones Asociadas a la Atención en Salud- del 13.9% x 1000 días /estancia. En lo que refiere al interrogante

¿Cuántas muertes se relacionan con la presencia de infecciones asociadas a la atención en salud?, se sostiene que, a pesar de tratarse de un evento frecuente, su verdadera carga mundial se desconoce debido a la dificultad de reunir datos fiables.

La OMS estima que **entre el 5% y el 10% de los pacientes** atendidos en instituciones de salud de países desarrollados contraerán una o más infecciones nosocomiales y que en países en desarrollo, la proporción de pacientes afectados se calcula que **supera el 25%** (Ministerio de Salud Colombiano, 2014). Citando indicadores extraídos por el mismo Ministerio, la guía indica que:

- En Inglaterra, más de 100.000 casos de infecciones nosocomiales causan cada año más de 5000 muertes
- En Estados Unidos 1 de cada 136 pacientes hospitalizados se enferma gravemente a causa de una infección intrahospitalaria, lo que equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año
- En México, aproximadamente 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes al año.
- En 2013, la proporción de infecciones intrahospitalarias en Colombia fue de 1.25 a nivel nacional, y de manera interna, Antioquia, Bogotá DC, Santander, Tolima y Valle del Cauca, los departamentos con las tasas más altas, con 2.02, 1.37, 1.58, 1.4 y 1.77 respectivamente (Ministerio de Salud, 2014. Página 32).

En lo que refiere al impacto económico de las IAAS, expone el Ministerio de Salud (2014. Página 35), que la OMS calcula que generan un costo así:

- Inglaterra: 1.000 millones de libras por año
- Estados Unidos: Entre 4.500 millones y 5.700 millones de dólares
- México: 1.500 millones de pesos mexicanos al año aproximadamente
- Colombia: entre 206 y 2010, en un estudio de impacto de costos de infección por *Acinetobacter baumannii*, se revelan costos directos pagados por las IPS o aseguradoras de aproximadamente 13 a 15 millones por paciente. Los costos indirectos asumidos por las familias de los pacientes se calculó en un adicional de 75 mil pesos que puede llegar hasta la tercera parte del Salario Mínimo en caso que el paciente esté hospitalizado hasta por 14 días, y aumenta de manera proporcional al tiempo de estancia del paciente.

Citando un estudio realizado por la Secretaría Distrital de Bogotá, el Ministerio de Salud (2014. Página 34) refiere que el orden de los microorganismos causales implicados en las infecciones, es el siguiente:

- *Staphylococcus aureus* 65,8%
- *Pseudomonas aeruginosa* 55,9%
- *Klebsiella pneumoniae* 28,8%
- *E. Coli* 9,24%

Los investigadores Aguilera Calzadilla, Y., Diaz Morales, Y., Ortiz Díaz, L., Gonzalez Martínez, O., Lovelle Enríquez, O., & Sánchez Álvarez, M. (2020. Página 9), del Cubano Hospital Militar “Comandante Manuel Fajardo Rivero” de Villa Clara, expresan que la revisión de literatura existente indica que un 8% del total de los pacientes ingresados han sufrido coinfecciones fúngicas o bacterianas, siendo la presentación más habilitar la bacteriana.

Entre los microorganismos encontrados aparecen bacterias grampositivas (*staphylococcus aereus*) como gramnegativas (*Acinotebacter baumannii*, *klebsiella pneumoniae*), en muestras respiratorias se detectan también bacterias atípicas (*legionella sp*, *chlamydophila pneumoniae*). Según citan en el estudio de Chen y otros (2020), algunos pacientes, especialmente los gravemente enfermos, tenían coinfecciones de bacterias y hongos. Los cultivos bacterianos comunes de pacientes con infecciones secundarias incluyeron *A. baumannii*, *K. Pneumoniae*, *A. flavus*, *C. glabrata* y *C. albicans* (2020. Página 9).

Se acuerdo con esto concluyen que las bacterias gramnegativas son altamente eficientes en la regulación ascendente o en la adquisición de mecanismos de resistencia a los antibióticos, especialmente en presencia de selección de antibióticos. Esta presión agrava aún más la necesidad de medidas de control de infecciones, no solo para controlar la propagación del SARS-CoV-2, sino también bacterias resistentes a múltiples fármacos (Aguilera Calzadilla y otros, 2020. Página 10).

La guía técnica “detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud” del Ministerio de Salud Colombiano (2014. Página 34), contempla igualmente los datos según la localización de las infecciones, así:

- Sistema respiratorio bajo 44,7%
- Herida quirúrgica 47,7%
- Sanguínea 42%
- Sistema urinario 26,2%

Aguilera Calzadilla y otros (2020. Página 10), sostienen que un estudio realizado en China informa que:

“la transmisión nosocomial del SARS-CoV-2, puede prevenirse en gran medida mediante medidas de control de infecciones, basadas en un enfoque combinado de vigilancia de laboratorio activa y optimizada, pruebas de diagnóstico molecular rápido, y rastreo de contactos para trabajadores de la salud con exposición no protegida”.

Según la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2000. Páginas 20 a 30), estos son los criterios diagnósticos en infecciones intrahospitalarias:

- Sistema nervioso central (meningitis o ventriculitis, absceso espinal sin meningitis, infección intracraneana)
- Órganos de los sentidos (conjuntivitis, otitis externa, otitis media, otitis interna, mastoiditis)
- Infección respiratoria alta (faringitis, laringitis, epiglotitis, amigdalitis, faringoamigdalitis, sinusitis).
- Infección respiratoria baja (neumonía nosocomial, bronquitis, bronquiolitis, traqueítis, traqueobronquitis, absceso pulmonar – excluye neumonía)
- Intratorácica (mediastinitis, endocarditis, miocarditis o pericarditis).
- Infección intra-abdominal (enterocolitis necrotizante infantil, infección gastrointestinal, hepatitis, infección intrabdominal)
- Gastroenteritis
- Genitales (infección vaginal, otras infecciones del tracto reproductivo de hombres y mujeres – las del epidídimo, testículos, próstata, vagina, ovarios, útero, trompas u otros tejidos pélvicos profundos, excluyendo endometritis)
- Infección urinaria (infección sintomática, bacteriuria asintomática, otras infecciones riñón, uréter y espacio perinefrítico).
- Osteoarticular (osteomielitis, articulación o bursa, infección de disco vertebral)
- Infección de piel y tejidos blandos (infección de piel, infección de tejidos blandos, incluye fascitis necrotizante, gangrena, celulitis necrotizante, miositis, linfadenitis o linfangitis, infección de úlcera por decúbito, infección de quemaduras, mastitis, onfalitis de recién nacido.
- Infección del sitio quirúrgico (incisional superficial, incisional profunda, órgano/espacio).
- Infección vascular (arterial o venosa)
- Infección gineco – obstétrica (endometritis, episiotomía)
- Infección sistémica (bacteremia, sepsis clínica)
- Infección asociada a catéteres (infección localizada, infección sistémica)

Según Gómez (2019. Pág 121), Colombia, no solamente pasa por mejorar los protocolos médicos- sanitarios, e intentar disminuir los brotes de bacterias asociadas a la atención en salud, sino que, además, tiene que afrontar eventuales procesos judiciales producto de este fenómeno. Advierte que, desde el punto de vista científico, es imposible erradicar totalmente estas infecciones, lo que representa una dificultad adicional.

LOS TÍTULOS DE IMPUTACIÓN APLICABLES PARA ATRIBUIR RESPONSABILIDAD AL ESTADO POR INFECCIONES ASOCIADAS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO HOSPITALARIO

En palabras del catedrático Juan Carlos Henao, el daño representa el primer elemento de la responsabilidad, el cual, de no estar presente se tornaría inoficioso el estudio de la misma, por simple lógica, si una persona no ha sido dañada, no tendría por qué ser favorecida con una condena, pues conllevaría a enriquecerle sin justa causa. De acuerdo con lo anterior, el daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil. A consideración de este autor, el estudio debe partir del daño, para luego pasar a la imputación, y finalmente, determinar por qué se debe reparar, esto es, el fundamento (1998. Páginas 36 y 37).

Procurando una aproximación a la definición del daño, el profesor en comento propone el de la “alteración negativa de un estado de cosas existente”, y recuerda el expuesto por el tratadista Hinestrosa como la “lesión del derecho ajeno consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que la acongoja” (Henao, 1998, páginas 83 y 84). Lo anterior lleva a una discusión extensa e importante surgida entre los tratadistas, en la diferenciación de daño y perjuicio, sobre la cual no se pretende profundizar en el este escrito, considerándolos dos conceptos relacionados pero autónomos, donde el segundo (perjuicio), no es otra cosa que la materialización de la consecuencia derivada del daño, ya sea patrimonial o extrapatrimonial.

Luego de las anteriores precisiones, el autor en cita indica que existen ocasiones donde a pesar de existir daño, no hay lugar a declarar la responsabilidad, dado que el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad (ejemplos: existe el daño pero no es atribuible al demandado o se ha demostrado una causal exonerativa de responsabilidad, o el daño existe y siendo imputable, el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre (Henao, 1998. Página 38).

Para el ex Consejero de Estado Enrique Gil Botero, para la valoración e imputación del daño, éste requiere cumplir con las siguientes características: ser directo, personal y cierto (2001. Páginas 23 a 31).

Lo anterior, lleva además a recordar que el artículo 90 de la Constitución Política Colombiana contempla:

“Artículo 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste” (Constitución Política, 1991).

Es claro que la norma superior claramente refiere que el deber de reparar solamente surge en los eventos que se trate de daños antijurídicos y que estos sean imputables al Estado, por la acción u omisión de sus agentes.

Por su parte, ex Consejero de Estado, Ramiro Saavedra sostiene que:

“Generalmente se considera que para que exista responsabilidad se requiere la ocurrencia de un daño que afecte la integridad física, moral o patrimonial de una persona, la actuación de un sujeto y la existencia de un nexo causal que permita imputar, es decir, atribuir el daño a la conducta del sujeto”. En el marco de la responsabilidad civil extracontractual, que ha girado principalmente en torno de la culpa, se ha afirmado que los elementos de la responsabilidad son la culpa, el daño y el vínculo de causa a efecto entre una y otro. La responsabilidad administrativa por su parte, requiere la existencia de un daño o perjuicio, la actuación de la Administración y un nexo causal entre el daño y la actuación administrativa” (Saavedra, 2008. Página 201).

En lo que respecta a la imputación, el importante jurista refiere que, por lo general, una vez se determina el vínculo causal entre el hecho dañoso y el perjuicio que determina la responsabilidad, conviene preguntarse a qué persona se le ha de atribuir la obligación de responder. De acuerdo con ello, para obtener la satisfacción de sus pretensiones el demandante debe demostrar que el hecho dañoso es imputable a la persona cuya responsabilidad reclama (Saavedra, 2008. Páginas 201 y 202).

A título de conclusión se tiene que la actuación de la administración constituye uno de los elementos necesarios para atribuirle responsabilidad, la cual puede ser calificada de acuerdo con diversos regímenes según el fundamento y los presupuestos sobre los cuales se estructure la responsabilidad (Saavedra, 2008. Páginas 229 y 230).

Para Pinzón Muñoz, Carlos Enrique (2015. Página 26), el concepto más depurado de imputación lo forjan García de Enterría y Fernández Rodríguez, quienes señalan que es un fenómeno jurídico consistente en la atribución a un sujeto determinado del deber de reparar un daño, en base a la relación existente entre aquél y éste. Conforme a dicho concepto, concluye que debe afirmarse que imputar no es solamente encontrar la causalidad del hecho dañino, sino, teniendo en cuenta que la administración es una persona jurídica, encontrar los títulos que justifican su imputación para lograr acoplar ese reproche con el orden preestablecido.

A través de la jurisprudencia nacional, el Consejo de Estado ha desarrollado de forma frecuente y sistemática tres títulos de imputación tradicionales: i) la falla (presunta o probada), ii) el riesgo excepcional y el daño especial. Aunque en ciertos pronunciamientos ha establecido que otros fenómenos pueden dar a considerarse como títulos autónomos, verbigracia: ocupación de inmuebles, entre otros. A su vez, los títulos se encuentran comprendidos dentro de dos grandes regímenes de responsabilidad: el subjetivo y el objetivo.

Dentro del régimen de responsabilidad subjetivo se encuentra como título principal el de la falla en el servicio, y si se quieren aceptar como títulos independientes, los del defectuoso funcionamiento del aparato de justicia y el error jurisdiccional. Mientras que dentro del régimen de responsabilidad objetivo se ubican el riesgo excepcional y el daño especial, donde es determinante la intención y la culpa del agente en la generación del daño.

Tal como refiere en su estudio María Ivany Gómez Ortiz (2010):

- La falla en el servicio tradicionalmente se asoció a un defectuoso funcionamiento o prestación de un servicio, pero a través del desarrollo jurisprudencial efectuado por el Consejo de Estado, tiene una nueva noción más amplia, vinculado a la violación del contenido obligacional que se impone al Estado ya sea en la Constitución Política o en distintas normas (Página 7).
- El riesgo excepcional tiene fundamento en el principio de igualdad de todos los ciudadanos ante la ley y las cargas públicas, y conforme a la jurisprudencia del Consejo de Estado, ocurre en el desarrollo de actividades que creen un riesgo por arte de la administración y se dé la concreción del mismo, ya sea en la construcción de una obra o en la prestación de un servicio. Algunas actividades consideradas peligrosas son la utilización de armas de fuego, la conducción de vehículos, el manejo y transporte de explosivos, y la conducción de redes de energía eléctrica. La responsabilidad surge al materializarse el riesgo creado por la administración (Página 9).
- El daño especial es un régimen de aplicación subsidiaria y excepcional, que conforme a la jurisprudencia del Consejo de Estado responde a unos requisitos que le configuran como: i) que se desarrolle una actividad legítima por parte de la autoridad pública, ii) que dicha actividad cause un menoscabo en el derecho de una persona o grupo de personas, iii) que el menoscabo tenga origen en el rompimiento del principio de igualdad de los ciudadanos frente a la ley y las cargas públicas, iv) que ese rompimiento cause un daño grave, anormal, especial y, v) que exista un nexo causal entre la actividad legítima de la administración y el daño antijurídico causado (Páginas 9 y 10).

En sentencia del 09 de febrero de 2011 proferida por el Consejo de Estado con ponencia del magistrado Mauricio Fajardo Gómez, dentro del proceso con radicado 73001233100019980029801 (18793), diferencia la teoría de la falla del servicio

presunta de la probada, donde la primera exige siempre a las entidades públicas demandadas la prueba de que el servicio fue prestado debidamente para poder exonerarse de responsabilidad, mientras que en la segunda le corresponde al actor la demostración de los hechos y cargos relacionados en la demanda. En todo caso, refiere que es más beneficioso para la administración de justicia si quienes se encuentran en mejores condiciones de conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta profesional, satisfacen directamente las inquietudes y cuestionamientos que contra sus procedimientos se formulan (Consejo de Estado, 2011).

En este proveído se cita la sentencia del 10 de septiembre de 2000, donde reestudiando la anterior posición, el Consejo de Estado sostuvo que el llamado principio de las cargas probatorias dinámicas, encuentra asidero suficiente en las normas constitucionales. Concluyendo en todo caso, que habrá que valorar cada caso, buscando superar la falla presunta que exige siempre a las entidades la prueba de la prestación debida del servicio, dado que no todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas o científicas; recordando en todo caso, que habrá situaciones en las que el paciente se encuentre en mejor posición de demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Es por ello que se concibe la tarea del juzgador como ardua y exigente, al ser quien establezca, en cada caso, cuál de las partes se encuentra en condiciones más favorables para demostrar cada uno de los hechos relevantes, en relación con la conducta del demandado, para adoptar la decisión (Consejo de Estado, 2011).

En el tema de la responsabilidad del Estado por los perjuicios causados por las infecciones intrahospitalarias, Tabares indica que el Consejo de Estado partió de la falla presunta, pasó por la falla probada y actualmente se asienta en la responsabilidad objetiva para atribuir la responsabilidad, a través del título del riesgo excepcional (2016, Pág 213).

Igualmente refiere:

“En efecto, a pesar de que una entidad sea diligente y respetuosa de los protocolos de desinfección, pueden ocurrir casos en que la infección es inoculada durante la prestación del servicio médico-asistencial. Esto se debe a que hay un porcentaje constante de microorganismos hospitalarios, a pesar de que existen medidas a la mano de todos los prestadores de salud que pueden evitar la presentación de estos eventos¹. No existe duda entonces que hay un riesgo constante de infecciones intrahospitalarias y por lo tanto de producir daños en los pacientes”. (Tabares, 2016, pág 213).

¹ Lisboa T., Rello, J. (2008). Prevención de infecciones nosocomiales: estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Medicina Intensiva*, 32(5) 248-252.

Para el caso concreto del título de imputación del riesgo excepcional, el Consejo de Estado en varias providencias, dentro de las cuales se destaca la proferida el 10 de septiembre de 2014, dentro del radicado 25000232600019951136901 (27771), con ponencia del Consejero Hernán Andrade Rincón, existen 4 modalidades de riesgo: i) riesgo – peligro, ii) riesgo – beneficio, iii) riesgo –conflicto y iv) riesgo – álea. Esta última a juicio de la alta Corte, resulta la más apropiada para imputar responsabilidad jurídica a la administración por daños que se derivan de las infecciones intrahospitalarias.

Al respecto dispuso la Alta Corporación:

“La aplicación de la categoría de riesgo-álea se reserva para 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” (Consejo de Estado, 2014). Para este caso en concreto se condenó a la entidad accionada, por una infección que contrajo la demandante y que conllevó a que se le practicara una histerectomía total después de haberse realizado una cesárea. No encontró probado el Consejo de Estado que el cuadro infeccioso estuviera presente en la paciente antes de ingresar al nosocomio, y tampoco causal de exoneración como fuerza mayor, hecho exclusivo de un tercero o la culpa exclusiva y determinante de la víctima. Se reconocieron perjuicios materiales e inmateriales.

Tabares (2016. Página 214), analizando el tema, resalta que el Consejo de Estado ha afirmado que en estos casos no es posible que el daño sea atribuible a título de una falla del servicio pues no se demuestra un nexo causal con algún desconocimiento de los deberes de la entidad en materia de higiene y limpieza para la prevención de infecciones. Así, una actividad médica que se despliega en condiciones normales o adecuadas, respetando las reglas de higiene intrahospitalaria, puede dar lugar a un daño en los pacientes. Igualmente sostiene:

“Al respecto, la Corporación excluyó analizar este fenómeno desde el campo de los eventos adversos los cuales son asociados al incumplimiento de una obligación de seguridad y vigilancia, sino que deben ser estudiados desde un régimen objetivo de responsabilidad. Tampoco, para la Sala, puede analizarse el fenómeno como una manifestación de la doctrina de los “riesgos de desarrollo” pues este concepto se refiere específicamente a aquellos eventos que son imprevisibles², lo cual es ajeno a las infecciones intrahospitalarias” (Tabares, 2016. Página 214).

Teniendo en cuenta que en ciertas actividades hay una *ineludible mediación del azar* en la producción del daño, sin intervención de culpa alguna, en la Sentencia de 29 de agosto de 2013 de la Sección Tercera del Consejo de Estado, con ponencia

² Alarcon Fidalgo, J. (2014). Genética, Medicina y Seguro: Una introducción sobre los avances y riesgos para juristas y profesionales interesados. Revista Ibero-Latinoamericana de Seguros, 41(23), 51-76.

del consejero Danilo Rojas Betancourth dentro del expediente 30.283, se ordena hacer extensiva a los eventos de infección intrahospitalaria la categoría de riesgo alea para proceder a una atribución jurídica de responsabilidad. El Consejo crea entonces un nuevo esquema de responsabilidad y deja de lado un régimen de excepción al principio general de falla en el servicio, como se venía realizando hasta ese momento. (Consejo de Estado, 2013).

Tabares (2016. Página 219), propone que la indemnización de las víctimas de infecciones intrahospitalarias se realice través de un sistema de solidaridad nacional, que deberá reconocerse bajo las siguientes condiciones:

- i) que el acto dañoso haya tenido lugar en ausencia de culpa,
- ii) que se trate de una infección de carácter exógena al cuerpo de la víctima,
- iii) que la institución prestadora de servicios de salud haya demostrado diligencia en la realización de los protocolos de desinfección y esterilización, a pesar de lo cual se produjo el daño.

LA POSICIÓN JURÍDICA DEL CONSEJO DE ESTADO FRENTE A LA RESPONSABILIDAD ESTATAL POR INFECCIONES ASOCIADAS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO HOSPITALARIO

Con el apoyo de la Relatoría del Tribunal Administrativo de Antioquia, gracias a peticiones respetuosas elevadas en virtud de la atención virtual con ocasión de la pandemia del COVID, se logró construir la siguiente línea jurisprudencial desde el año 1997 a la fecha.

En total se revisaron 15 sentencias del Consejo de Estado

| LÍNEA JURISPRUDENCIAL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO FRENTE A INFECCIONES ASOCIADAS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD | | | Fundamentos de la sentencia |
|---|---|--|---|
| FALLA PROBADA | FALLA PRESUNTA | RESPONSABILIDAD OBJETIVA | |
| Carga dinámica de la prueba de la falla (culpa) | | | |
| Le corresponde al demandante probar la falla (la culpa) | Le corresponde al demandado acreditar su diligencia y cuidado o una causa extraña | Le corresponde al demandado acreditar cualquier causa extraña. | |
| | 1. Oct/22/97, Exp. 11.607 C.P. Carlos Betancur Jaramillo | | El régimen aplicable era el de la culpa presunta en el entendido de que “a la entidad demandada le correspondía desvirtuar la presunción de falla que obraba en su contra, en virtud de la cual se estimaba precisamente que la infección había ocurrido por su falta de diligencia”. |
| | 2. Nov/06/97, Exp. 11.782 C.P. Carlos Betancur Jaramillo | | Así mismo, “la demandada tenía la carga de demostrar las precauciones que allí se tomaron para practicar la operación o al menos explicar cuáles fueron los resultados de las investigaciones que el propio hospital hizo para investigar la causa de la citada infección”. |
| | 3. Feb/10/2000, Exp. 11.878 C.P. Alier Eduardo Hernández E. | | No se refería específicamente a daños causados por infecciones intrahospitalarias, sino, en general a la responsabilidad de la administración |

| | | |
|--|--|--|
| <p>4. Feb/08/2001, Exp. 12.792 C.P. Alier Eduardo Hernández E.</p> | | <p>por la prestación del servicio de salud, se estableció que la utilización de la teoría de la falla presunta del servicio se ha utilizado en términos tan definitivos que se ha puesto en peligro su fundamento, cual es precisamente la carga dinámica de la prueba.</p> <p>Lo anterior obligaba a que las entidades prestadoras del servicio de salud demandadas siempre tuvieran que acudir al proceso a acreditar que el servicio había sido prestado de la manera adecuada, para así exonerarse de responsabilidad.</p> <p>Se manifiesta que no se estaba haciendo un buen uso de la teoría de la carga dinámica de la prueba, ya que a las entidades estatales siempre les correspondía acreditar su diligencia y cuidado en la prestación del servicio de salud, y que no todos los hechos que acontecían en los casos de responsabilidad médica tienen connotaciones científicas o técnicas y que por lo tanto en cada caso debía valorar el operador jurídico si era el paciente o la entidad la parte procesal que se encontraba en mejor posición para acreditar determinada circunstancia.</p> <p>Se indicó que al juez le corresponde establecer, en cada caso, cuál de las partes se encuentra en condiciones más favorables para demostrar cada uno de los hechos relevantes, en relación con la conducta del demandado, para adoptar la decisión.</p> <p>Así pues, luego de estas providencias los temas relativos a responsabilidad estatal derivados de la prestación del servicio de salud, incluso cuando se trataba de infecciones intrahospitalarias, quedaban sometidos a la discrecionalidad del juez quien debía desentrañar la decisión de a cuál de las partes procesales le correspondía la carga de</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | acreditar la falla (para el demandante) o la ausencia de la misma (para el demandado, en este caso la administración). |
| | 5. Ago/19/09, Exp. 17.333 C.P. Enrique Gil Botero "Riesgo" | En estas sentencias no se decidió ningún asunto de infecciones nosocomiales, sino que se trataba el tema paralela o aisladamente, se empieza a plantear y a introducir pronunciamientos frente a la objetivización de la responsabilidad estatal en materia de infecciones nosocomiales y de otros asuntos médicos asociados al factor del riesgo, esto es, se catalogan algunos eventos como riesgosos en el ejercicio de la actividad médica, y se les otorga la consecuencia la posibilidad de ser tratados bajo el régimen objetivo de responsabilidad. |
| | 6.Mar/25/11, Exp. 20.836 C.P. Enrique Gil Botero "Riesgo" | |
| | 7. Jun/27/12, Exp. 21.661 C.P. Mauricio Fajardo Gómez "Riesgo" | el Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo aplicó el régimen objetivo de responsabilidad en asuntos en los que, si se trataba de infecciones nosocomiales, basándose en los planteamientos de las anteriores sentencias del Consejero Enrique Gil Botero. |
| | 8. Nov/07/12, Exp. 26.124 C.P. Mauricio Fajardo Gómez. "Riesgo" | El Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo aplicó el régimen objetivo de responsabilidad en asuntos en los que, si se trataba de infecciones nosocomiales, basándose en los planteamientos de las anteriores sentencias del Consejero Enrique Gil Botero. |
| | 9. May/29/13, Exp. 28.483 C.P. Hernán Andrade Rincón. "Riesgo" | Se aplicó el régimen objetivo de responsabilidad en asuntos en los que, si se trataba de infecciones nosocomiales, basándose en los planteamientos de las anteriores sentencias del Consejero Enrique Gil Botero. |
| | 10. Ago/29/13, Exp. 30.283 C.P. Danilo Rojas Betancourth "Daño Antijurídico" | Acogió el régimen de responsabilidad objetiva, argumentando que "el eje del sistema de responsabilidad extracontractual en Colombia no es la noción de falla en el servicio, sino el daño antijurídico". Seguidamente |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>“Riesgo excepcional” “Riesgo Álea”</p> | <p>señaló que existe en el derecho comparado una tendencia hacia la objetivización de la responsabilidad de los establecimientos de salud que permite que al demandante le sea suficiente demostrar que el daño se derivó de una bacteria adquirida durante su estancia en el hospital.</p> <p>En caso de responsabilidad del Estado por causa de infecciones asociadas a la prestación del servicio de salud, se aplicaría el régimen de “<i>riesgo excepcional</i>”, en su modalidad de “<i>riesgo-álea</i>”, ya que “esta categoría de riesgo toma en consideración la probabilidad de que “cierto tipo de actividades o procedimientos, pueden dar lugar, quizás con la ineludible mediación del azar o de otro tipo de factores imprevisibles, a la producción de daños sin que medie asomo alguno de culpa”.</p> <p>Adicionalmente, se aclaró que este riesgo no cabe dentro del concepto de “riesgos del desarrollo”, ya que las infecciones intrahospitalarias a pesar de ser irresistibles no son imprevisibles pues constituyen un riesgo conocido por la ciencia médica y, por lo tanto, corresponde a los hospitales adoptar medidas para reducir los riesgos que comporta para los pacientes.</p> <p>Se sostuvo que las infecciones intrahospitalarias, si bien pueden llegar a ser irresistibles, no son imprevisibles pues constituyen un riesgo conocido por la ciencia médica y, además, son prevenibles y controlables, al punto de que la tasa de incidencia de infecciones nosocomiales en los pacientes de un establecimiento determinado es un indicador de la calidad y seguridad de la atención.</p> <p>En este punto se debe poner de presente que estas bacterias si son prevenibles y controlables, como lo refiere el Alto Tribunal, empero no se</p> |
|--|--|---|---|

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | | puede garantizar científicamente su ausencia absoluta en los centros de salud. |
| | | <p>11. Abr/30/14, Exp. 28.214 C.P. Danilo Rojas Betancourth "Daño Antijurídico" "Riesgo excepcional" "Riesgo Álea" "Bacterias Multi- resistentes" "Atribución General" "Justicia Distributiva" "Medidas Legislativas"</p> | <p>Hizo referencia a las decisiones jurisprudenciales tomadas con anterioridad por el mismo organismo jurisdiccional, en las que se daba solución al asunto concerniente haciendo uso de la teoría de la falla presunta y de la falla probada. Sin embargo, manifiestan que estas teorías ya han sido abandonadas trayendo a colación la teoría del riesgo excepcional – riesgo álea profesada en la sentencia del 29 de agosto de 2013.</p> <p>Así, el Alto Tribunal resuelve con base en el régimen de responsabilidad objetiva por la teoría del riesgo excepcional, atendiendo el precedente citado y expresando argumentos "dogmáticos", "normativos", "científicos" y "filosóficos" con el ánimo de fortalecer o reforzar su posición de la teoría de la responsabilidad sin culpa.</p> <p>Se indica que "la responsabilidad por infecciones intrahospitalarias en efecto se encuentra apoyada por la teoría del riesgo en la modalidad de riesgo alea". Como se sabe, en esta teoría el que lo crea se le tiene por responsable o como lo dijo la Corte Suprema de Justicia, "el deber de reparar el daño dimana de la idea de que quien ejecuta una actividad generadora de riesgo tiene que responder de las consecuencias de su realización independientemente o abstracción hecha de la consideración de culpa".</p> <p>Por otra parte, introdujo el concepto de bacterias multi-resistentes, con el ánimo de considerarlas como indicio grave de haber sido adquirida en el nosocomio. Así: <i>"Si la bacteria original tiene la característica de ser multi-resistente, esta circunstancia puede ser</i></p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p><i>considerada como indicio grave de que fue adquirida en el ambiente hospitalario. El mismo efecto tiene la comprobación del incumplimiento de protocolos de esterilización y la falta de mantenimiento de la planta física en estrictas y máximas condiciones de aseo.”</i></p> <p>Explica el Consejo de Estado el mecanismo para aplicar el régimen objetivo de responsabilidad por infecciones nosocomiales de la siguiente manera:</p> <p><i>“(...) deberá constatarse que el daño: a) tuvo su origen en una infección de origen exógeno al paciente, b) fue ocasionado por una bacteria multirresistente y c) por tanto, resultó inevitable para la institución la producción del mismo – porque de haber sido evitable se trataría eventualmente de una falla del servicio-, esto es, la constatación de que se ha concretado el riesgo aleatorio al que están sometidos los usuarios del sistema de salud (...)”</i></p> <p>El Consejo de Estado, toma una posición “<i>filosófica</i>” (o más bien política y no jurídica, como le correspondería) manifestando que la entidad estatal tiene que asumir el riesgo de la adquisición de una bacteria intrahospitalaria, no por una <i>imputación</i> al prestador de servicios de salud, sino por la teoría de la <i>atribución general</i>, asociada al papel que debe cumplir el Estado de prestar el servicio público de salud para garantizar dicho derecho fundamental.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, la institución de salud no podría exonerarse, probando diligencia y cuidado.</p> <p>Se resaltan los siguientes argumentos:</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | | <p>-Casos como el de las infecciones nosocomiales fuerzan una reinterpretación de la noción y relación “dañador-víctima”.</p> <p>- Para imputar responsabilidad en estos casos, es necesario no solo poner el énfasis en los derechos de la víctima, sino entender que el carácter de dañador se adquiere por una suerte de atribución general –que no imputación-, asociada al papel que cumple y debe cumplir el Estado en un marco normativo especial.</p> <p>-Aquí el tercero no es un eximente sino una correa de transmisión de la responsabilidad. No se presenta, entonces, una relación típica dañador-víctima pues el daño es causado por una bacteria que científicamente es imposible de neutralizar en los nosocomios.</p> <p>Finalmente, el Consejo de Estado hace un llamado a las autoridades administrativas y legislativas, para que tomen las medidas correspondientes para <i>“tratar adecuadamente los remedios necesarios orientados a enfrentar conjuntamente el problema de las IACS 2.”</i></p> |
| | | <p>12. Jun/11/14, Exp. 27.089 C.P. Hernán Andrade Rincón “Riesgo excepcional” “Riesgo Álea”</p> | <p>Hizo un recuento de toda la línea jurisprudencial que se ha venido estudiando (a excepción de la sentencia del 30 de abril de 2014, que omite mencionar), repasando todas las providencias que se han adoptado con el régimen de responsabilidad objetivo basadas en la teoría del <i>“riesgo excepcional”</i> - <i>“riesgo álea”</i> y trayendo a colación también el derecho extranjero.</p> <p>El Consejo de Estado estableció que la forma de exoneración para la entidad demandada podría haber sido acreditar cualquiera de los eventos establecidos por la doctrina de causa extraña, esto es, fuerza mayor o caso fortuito, hecho exclusivo de un tercero</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>o culpa exclusiva de la víctima. A pesar que en las dos sentencias anteriores parecía que este ente jurisdiccional hubiera establecido que la fuerza mayor o caso fortuito no servirían como eximentes de responsabilidad a la entidad demandada.</p> <p>Al final de la sentencia se manifiestan argumentos como <i>“una atención descuidada”, “deficiente” o “inadecuada”</i> por haberse acreditado que la paciente adquirió la infección luego de haber sido allí intervenida. Estos son comentarios que generan gran confusión y denotan desconocimiento y anti-técnica jurídica, puesto que estos conceptos hacen referencia a una responsabilidad estatal subjetiva, basada en la falla del servicio o en la culpa, y no al régimen objetivo que es el régimen expuesto y argumentado a lo largo de la sentencia.</p> <p>Además, infiriendo erróneamente la existencia de negligencia por parte de la entidad, cuando la parte actora logra acreditar que adquirió una bacteria durante su estancia en el nosocomio.</p> <p><i>“(…) no puede admitir una atención descuidada, inadecuada y ni siquiera elemental, ni mucho menos deficiente como el que se dio en este caso, puesto que tal y como quedó establecido, la infección sufrida por la señora María Soraida Usgame Suárez -que ocasionó finalmente la necesidad de practicarle una histerectomía total-, fue adquirida en el momento del parto, en las instalaciones de la Clínica San Rafael de Bogotá D.C.”</i> (Negrillas fuera del texto original).</p> <p>En esta sentencia se entiende como <i>“atención descuidada”, “inadecuada” o “deficiente”</i> la que culmina con una infección nosocomial</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>13. Sep/10/14, Exp. 27.771 C.P. Hernán Andrade Rincón "Riesgo excepcional" "Riesgo Álea"</p> | <p>Se hace nuevamente un recuento de los precedentes jurisprudenciales (y desconoce nuevamente la sentencia del 30 de abril de 2014) y se copian sin mucho análisis los mismos, esto es, se asume el régimen de responsabilidad objetiva adoptando la teoría del "riesgo excepcional", propiamente en su modalidad de "riesgo álea".</p> <p>Quedando establecido que quien alegue sufrir el perjuicio, debe acreditar que la infección fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que fue producto de un procedimiento médico. Siendo irrelevante probar que la entidad actuó de manera indebida o negligente.</p> <p>La única y exclusiva posibilidad de exonerarse de responsabilidad por parte de la entidad demandada, sería probando que la infección, ocurrió como consecuencia de una causa extraña. Se aceptan los conceptos de fuerza mayor o el hecho y determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.</p> |
| | | <p>14. Sep/29/2015, Exp. 21.774 C.P. Stella Conto Díaz del Castillo "Daño Antijurídico" "Riesgo excepcional" "Riesgo Álea" "Medidas Legislativas"</p> | <p>Se retoman los argumentos expuestos en los anteriores fallos, con respecto a la relevancia constitucional del "<i>daño antijurídico</i>" como fundamento del deber de reparar, y los conceptos de "<i>riesgo excepcional</i>" y "<i>riesgo álea</i>" como precursores del régimen objetivo de responsabilidad.</p> <p>Se advierte que se sitúa al daño antijurídico como fundamento y título supremo del deber de reparar, aclarando que su antijuridicidad "<i>no deviene de la injusticia subjetiva del agente que lo causa, sino de la desproporción objetiva de las cargas jurídicas</i>".</p> <p>Por otra parte, en esta sentencia se introdujo una nueva denominación a las infecciones nosocomiales que fue</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>el de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).</p> <p>Así mismo, se hace énfasis en una diferenciación de importante relevancia jurídica, que ya la había manifestado la sentencia del 30 de abril de 2014, que es clasificar las infecciones entre endógenas y exógenas, siendo esta última la que nos interesa a quienes trasegamos en el mundo jurídico.</p> <p>Se cita textualmente: <i>“(...) aquellas patologías que son causadas por agentes endógenos a la flora normal del paciente, como ocurre en el caso de los microorganismos presentes en el tracto intestinal. Así, por ejemplo, puede darse el caso de que a causa de la ruptura de las barreras orgánicas naturales durante un tratamiento médico, los microorganismos presentes en una parte del cuerpo, como el tracto intestinal causen daños en otra. Estos casos, aunque técnicamente pueden ser clasificados dentro del concepto médico de infección intrahospitalaria, han de carecer de relevancia jurídica frente a la determinación de la responsabilidad en la medida en que, no existe una causa propiamente externa, no se puede entender generada por el prestador del servicio de salud. De este modo, el concepto jurídico de infección nosocomial se ha de entender restringido a la infección exógena.”</i></p> <p>Atina el Consejo de Estado al afirmar que solamente las infecciones que acontecen como consecuencia de bacterias externas (exógenas) al paciente, han de considerarse como infecciones asociadas a la atención en salud y tienen como consecuencia la declaratoria de responsabilidad objetiva del Estado.</p> <p>Por el contrario, las endógenas, por considerarse propias de la flora normal</p> |
|--|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>del paciente, si llegaren a generar alguna infección, no serían constitutivas objetivamente de responsabilidad del Estado.</p> <p>Se le abona pues al Alto Tribunal el haber hecho la anterior precisión, puesto que, se identificaban sentencias catalogadas como injustas en contra de las entidades estatales prestadoras del servicio de salud, esta precisión les otorga de alguna manera un legítimo medio de defensa.</p> <p>Por otra parte, como lo hemos venido reiterando a lo largo de este escrito, el Consejo de Estado en esta sentencia, reconoció la imposibilidad que tienen las entidades prestadoras del servicio de salud de erradicar absolutamente las bacterias, aun cuando se llevan a cabo todas las medidas sanitarias establecidas en los protocolos:</p> <p><i>“(...) de la revisión de la literatura médica se llega a la conclusión de que si bien la adopción de medidas asépticas y de prevención puede disminuir notablemente los casos de infección nosocomial o asociada a a (sic) la atención en salud, en términos absolutos, no es posible erradicar este riesgo, aun observando todas las medidas prudentiales.”</i> (Negrillas fuera del texto original).</p> <p>Posteriormente, la Sala llega a unas conclusiones de absoluta importancia, que nos permitimos citar a continuación:</p> <p><i>“De todo lo anteriormente dicho se concluye que:</i></p> <p><i>a) Las infecciones nosocomiales constituyen eventos adversos inherentes al funcionamiento del sistema actual de salud, cuya ocurrencia puede ser reducida significativamente mediante la implementación de estrategias</i></p> |
|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p><i>preventivas pero no puede ser totalmente eliminada, al menos en las actuales condiciones científicas.”</i></p> <p>La primera conclusión a la que llegó el Consejo de Estado en esta sentencia es de suma importancia y consideramos que al ser eventos adversos inherentes e irresistibles, como consecuencia deberían acarear la exoneración de la entidad estatal prestadora del servicio de salud, pero no piensan así los honorables Magistrados.</p> <p><i>“b) Las probabilidades de contraer una enfermedad nosocomial aumentan proporcionalmente a la vulnerabilidad biológica del paciente. Se ha de tener, en cuenta, sin embargo, que, aun cuando hay sujetos que están mayormente expuestos al riesgo de la enfermedad nosocomial, nadie está del todo excluido del mismo, a no ser de que renuncie por completo a todo contacto con el actual sistema de salud.”</i></p> <p>De acuerdo con esta segunda conclusión el Consejo de Estado recuerda lo importante y determinante que es la participación de la víctima en el momento de adquirir una bacteria intrahospitalaria. Partiendo de esta conclusión, en nuestra óptica, debería ser otra la decisión pues, estas condiciones de la víctima no pueden ser controladas por la entidad hospitalaria. Debería exonerarse a la entidad estatal precisamente por los anteriores argumentos.</p> <p><i>“c) Los ambientes hospitalarios (así como otros escenarios de la atención de salud en el actual sistema, tales como consultorios) son focos que incrementan la posibilidad de contagio, incluso en circunstancias de adecuada asepsia.”</i></p> |
|--|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p><i>“d) Que el uso de medicamentos antimicrobianos, sin los cuales sería inconcebible el funcionamiento del sistema de salud, disminuye las probabilidades de éxito en el tratamiento de las infecciones asociadas a la atención en salud.”</i></p> <p>Reconoce que los argumentos foráneos que se han tomado como fundantes del régimen objetivo de responsabilidad en esta materia en sentencias anteriores, han sido equívocamente acomodados, pues lo que se ha hecho en el derecho comparado ha sido la asunción de cargas indemnizatorias por parte de la sociedad con base en la solidaridad y beneficencia en desarrollo de un Estado Social, por medio de fondos de solidaridad o mediante seguros obligatorios a las entidades médico asistenciales.</p> <p>Hay que advertir, pues, que las dos soluciones antedichas son loables para una sociedad, pero requieren de una previsión económica en las arcas y en el presupuesto nacional, de tal manera que le corresponden al órgano legislativo imponerlas mediante una ley y al gobierno ejecutarlas.</p> <p>Pero no debería la Rama Judicial, basándose en criterios políticos, y no jurídicos, por solidaria o benefactora que parezca una decisión, imponer una sanción injusta a una entidad del estado prestadora del servicio de salud, que ha actuado conforme a los protocolos sanitarios, previniendo la propagación de infecciones nosocomiales.</p> <p>También refiere la sentencia la necesidad de implementar unas medidas legislativas, tal y como lo había hecho esta misma Corporación en la providencia del 30 abril de 2014, para que sea desde las instituciones correctas donde se deben fijar las</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>políticas sociales y económicas de un país.</p> <p><i>“El análisis del supuesto de hecho de las infecciones nosocomiales, a la luz de los principios rectores del derecho de daños y de la experiencia de los sistemas jurídicos foráneos, evidencia, pues, la existencia de un vacío legislativo, que impide superar las disfuncionalidades sistemáticas mencionadas. Esta dificultad ya fue resaltada en sentencia de 30 de abril de 2014, en la que se exhortó a la adopción de medidas legislativas para superar las inconsistencias actuales.”</i></p> |
|--|--|--|--|

La línea jurisprudencial desarrollada permite evidenciar una posición reiterativa del Consejo de Estado, mediante la cual se aplica el título de imputación del riesgo excepcional, a través de la categoría del riesgo – álea, para declarar la responsabilidad de las entidades públicas encargadas de prestar el servicio de salud donde se adquiere una infección intrahospitalaria.

A su turno, se advierte que el 20 de junio de 2019, la Corte Suprema de Justicia expidió una sentencia, relativa a la responsabilidad por infecciones intrahospitalarias, donde luego de analizar los cargos, resolvió no casar la sentencia del Tribunal Superior de Medellín, que en sede de apelación absolvió al médico cirujano, y condenó al Hospital Pablo Tobón Uribe, considerando que incumplió con su obligación de seguridad. Para la Corte, no se pudo probar un actuar diligente por parte del Hospital, el cual, en virtud de la obligación de seguridad debía minimizar la presencia de agentes infecciosos, y que fue el incumplimiento de ella, lo que conllevó a que el paciente adquiriera una neumonía, que luego de deteriorar su salud, junto con otras causas, lo llevó al deceso. Esta posición dista sustancialmente, de la adoptada por el Consejo de Estado y expuesta a través de la línea jurisprudencial presentada.

Según Ana María Díaz Díaz (2020. Página 55), la posición de ambas Corporaciones al respecto del tema objeto de estudio, se puede resumir así:

| Criterio | CONSEJO DE ESTADO | CORTE SUPREMA DE JUSTICIA |
|----------------------------------|---|---|
| Naturaleza de la responsabilidad | Objetiva (riesgo excepcional / riesgo – álea) | Subjetiva (actuar culposos del agente dañador) |
| Carga probatoria del demandante | <p>Debe probar que adquirió la infección durante la estadía en la institución hospitalaria, debe probar los daños causados y el nexo de causalidad.</p> <p>No es necesario probar la culpa del agente dañador</p> | <p>Debe probar los daños, el nexo de causalidad y que la infección fue adquirida en la institución hospitalaria como consecuencia de su actuar culposos, al no seguir las directrices para prevenir y controlar la infección.</p> <p>Procede la aplicación de la carga dinámica de la prueba, para aligerar la carga probatoria del demandante.</p> |
| Exoneración de responsabilidad | Debe probar que la víctima no adquirió la infección en la institución, o una causa extraña (no puede alegar caso fortuito) | <p>Basta con probar el actuar diligente, el cumplimiento con las medidas de salubridad.</p> <p>También puede probar una causa extraña.</p> |

CONCLUSIONES

La atención de la salud y el saneamiento ambiental, según la Constitución Política (artículo 49) son servicios públicos a cargo del Estado, y se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Existen normas de vigilancia y control epidemiológico para el diagnóstico, pronóstico, prevención y control de las enfermedades transmisibles, y para la divulgación de la información epidemiológica. En virtud de ello, en Colombia se cuenta con el Decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

Entre muchos conceptos, se puede concluir que una infección intrahospitalaria, también se conoce como nosocomial, y significa aquella infección que adquiere durante la hospitalización del paciente. Siendo importante entonces diferenciar la infección intrahospitalaria de la extrahospitalaria.

Las probabilidades de contraer una enfermedad nosocomial aumentan proporcionalmente a la vulnerabilidad biológica del paciente.

Dentro de los procesos de responsabilidad se encuentran las demandas de reparación directa relacionadas con infecciones intrahospitalarias.

Los elementos de la responsabilidad son el daño, el actuar de la administración y el nexo causal, siendo el daño el elemento principal.

Para poder endilgar la responsabilidad a un determinado sujeto se realiza un ejercicio de imputación, el cual, para la responsabilidad administrativa, conforme a las directrices del Consejo de Estado se hace, a través de unos títulos que responden a los regímenes de responsabilidad subjetivo y objetivo. Los títulos principales son falla en el servicio (subjetiva), riesgo excepcional (objetiva) y daño especial (objetiva).

Para atribuir responsabilidad al Estado por infecciones intrahospitalarias, el Consejo de Estado ha aplicado los títulos de falla en el servicio (primero a través de la modalidad de la falla presunta, y luego por la falla probada). Actualmente aplica el título del riesgo excepcional, modalidad riesgo - álea.

La línea jurisprudencial desarrollada por el Consejo de Estado, permite evidenciar una posición reiterativa de dicha corporación, mediante la cual se aplica el título de imputación del riesgo excepcional, a través de la categoría del riesgo – álea, para

declarar la responsabilidad de las entidades públicas encargadas de prestar el servicio de salud donde se adquiere una infección intrahospitalaria.

Igualmente, se acuña el nuevo término relativo a las infecciones nosocomiales: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), siendo de gran relevancia la clasificación y diferenciación entre las endógenas y las exógenas.

Concluye el Consejo de Estado que solamente las infecciones que acontecen como consecuencia de bacterias externas (exógenas) al paciente, han de considerarse como infecciones asociadas a la atención en salud y tienen como consecuencia la declaratoria de responsabilidad objetiva del Estado.

A su turno, las endógenas, por considerarse propias de la flora normal del paciente, si llegaren a generar alguna infección, no serían constitutivas objetivamente de responsabilidad del Estado.

En todo caso, acepta el Consejo de Estado que, si bien la adopción de medidas asépticas y de prevención puede disminuir notablemente los casos de infecciones asociadas a la atención de salud, no es posible erradicar este riesgo, aun observando todas las medidas prudenciales.

Según el Consejo de Estado, las soluciones al problema requieren de una previsión económica nacional y la fijación de políticas públicas, sociales y económicas, impuestas por el legislador y ejecutadas por el Gobierno.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilera Calzadilla, Y., Diaz Morales, Y., Ortiz Díaz, L., Gonzalez Martínez, O., Lovelle Enríquez, O., & Sánchez Álvarez, M. (2020). Infecciones bacterianas asociadas a la COVID-19 en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3), e0200793. Recuperado de <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/793/539>

Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 (2011). República de Colombia.

Consejo de Estado (1997). C.P. Carlos Betancur Jaramillo. Número de expediente interno 11.607.

Consejo de Estado (1997). C.P. Carlos Betancur Jaramillo. Número de expediente interno 11.782.

Consejo de Estado (2000). C.P. Alier Eduardo Hernández E. Número de expediente interno 11.878.

Consejo de Estado (2001). C.P. Alier Eduardo Hernández E. Número de expediente interno 12.792.

Consejo de Estado (2009). C.P. Enrique Gil Botero. Número de expediente interno 17.333.

Consejo de Estado (2011). C.P. Mauricio Fajardo Gómez. Radicado: 73001233100019980029801 (18793)

Consejo de Estado (2011). C.P. Enrique Gil Botero. Número de expediente interno 20.836.

Consejo de Estado (2012). C.P. Mauricio Fajardo Gómez. Número de expediente interno 21.661.

Consejo de Estado (2012). C.P. Mauricio Fajardo Gómez. Número de expediente interno 26.124

Consejo de Estado (2013). C.P. Hernán Andrade Rincón. Número de expediente interno 28.483

Consejo de Estado (2013). C.P. Danilo Rojas Betancourth. Número de expediente interno 30.283

Consejo de Estado (2014). C.P. Danilo Rojas Betancourth. Número de expediente interno 28.214

Consejo de Estado (2014). C.P. Hernán Andrade Rincón. Número de expediente interno 27.089

Consejo de Estado (2014). C.P. Hernán Andrade Rincón. Número de expediente interno 27.771.

Consejo de Estado (2015). C.P. Stella Conto Díaz del Castillo. Número de expediente interno 21.774.

Constitución Política de Colombia. (1991). República de Colombia.

Díaz Díaz, Ana María (2020). Repercusiones de la posición adoptada por la Corte Suprema de Justicia frente a la responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias en la sentencia del 20 de junio de 2019. Repositorio Universidad Javeriana.

Dirección de salud pública Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2000). Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Vigilancia%20Infecciones%20Intrahospitalarias.pdf>

Gil Botero, Enrique (2001). Temas de responsabilidad extracontractual del Estado. Segunda edición. Librería Jurídica Sánchez R Ltda.

Giraldo Vega, Marco Antonio. (2017). Responsabilidad médica respecto a las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales a partir de las sentencias del Consejo de Estado Y Corte Suprema de Justicia. 1–73. Repositorio Universidad Libre de Colombia. Recuperado de: <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/16566/RESPONSABILIDAD%20M%C3%89DICA%20RESPECTO%20A%20LAS%20INFECCIONES%20.pdf?sequence=2>

Gómez García, Carlos Andrés (2019). Perspectiva biojurídica de las infecciones asociadas al cuidado en salud. Una visión a partir de la jurisprudencia del Consejo de Estado. En: Estudios en investigación jurídica y sociojurídica. Grupo de Investigaciones en Derecho GRID. Universidad Pontificia Bolivariana.

Gómez Ortiz, María Ivany (2010). Responsabilidad extracontractual del Estado por falla en el servicio, daño especial o riesgo excepcional. Repositorio Unimilitar.

Henao, Juan Carlos (1998). El daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en derecho colombiano y francés. Universidad Externado de Colombia.

Ministerio de Salud Colombiano (2014). Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf>

Pinzón Muñoz, Carlos Enrique (2015). El derecho de daños en la responsabilidad extracontractual del Estado. Ediciones doctrina y ley LTDA.

Puentes Sánchez, Maria Fernanda. (2017). Infecciones intrahospitalarias. Estudio del caso. 1–22. Repositorio Universidad Santo Tomás Sede Bogotá. Recuperado de: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/2008/Mariapuentes2017.pdf?sequenc>

Rodríguez Granda, María Amor (2020). Concepto de infección intrahospitalaria y su prevención. Revista Ocronos. Vol. III. N° 2 – Junio 2020. Pág. Inicial: Vol. III; n° 2:89. Recuperado de: <https://revistamedica.com/concepto-infeccion-intrahospitalaria-prevencion/>

Saavedra Becerra, Ramiro (2008). La responsabilidad extracontractual de la administración pública. Quinta reimpresión. Grupo editorial Ibañez.

Tabares Cortes, Felipe (2016), El sistema de asunción solidaria del riesgo de infecciones intrahospitalarias: elementos mínimos de integración en el sistema jurídico colombiano, 44 Rev. Ibero - Latinoam. Seguros, 209-230. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/iberoseguros/article/view/17430/13956>

Yepes Restrepo, Sergio (2008). La responsabilidad civil médica. Séptima edición. Biblioteca jurídica Diké.