



**Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y su tratamiento jurídico:
dicotomía entre el Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia.**

Estudiante

Andrea Carolina Flérez Gómez

Director

Gloria Estella Zapata Serna

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
abogada**

Pregrado en Derecho

Escuela de Derecho y Ciencias Políticas

Universidad Pontificia Bolivariana

Medellín

2021

Declaración de originalidad

Fecha: 21 de Noviembre de 2021

Nombre del estudiante: Andrea Carolina Flérez Gómez

“Declaro que este trabajo de grado no ha sido presentado con anterioridad para optar a un título, ya sea en igual forma o con variaciones, en esta o en cualquiera otra universidad.

Declaro, asimismo, que he respetado los derechos de autor y he hecho uso correcto de las normas de citación de fuentes, con base en lo dispuesto en las normas de publicación previstas en los reglamentos de la Universidad”.



Firma del estudiante

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y su tratamiento jurídico: dicotomía entre el Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia.

Health Care-Associated Infections and their legal treatment: dichotomy between the Council of State and the Supreme Court of Justice

Sumario

Introducción. Capítulo I. Generalidades sobre las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y mecanismos de prevención. Capítulo II. Caracterización del régimen de responsabilidad objetiva y subjetiva con base en el Consejo de Estado y Corte Suprema de Justicia. Capítulo III. Propuesta de unificación de responsabilidad por IAAS a partir del derecho comparado: una mirada al sistema francés.

Resumen:

En Colombia el Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia abordan el problema de salud pública ocasionado por las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), generando una dicotomía entre los regímenes que han adoptado para atribuir responsabilidad por estos eventos. Este estudio trata de analizar ambas posturas jurídicas, concluyendo en la necesidad que existe de la unificación de estos dos regímenes de responsabilidad aplicados con ocasión del acaecimiento de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, ya que, no existe fundamento legal ni constitucional que respalde un trato diferenciado a los pacientes que las padecen.

Abstract:

In Colombia, the Council of State and the Supreme Court of Justice address the public health problem caused by Infections Associated with Health Care (IAAS), generating a dichotomy between the regimes they have adopted to attribute responsibility for these events. This study tries to analyze both legal positions,

concluding that there is a need for the unification of these two liability regimes applied on the occasion of the occurrence of Infections Associated with Health Care, since there is no legal or constitutional foundation that supports a differentiated treatment for patients who suffer from them

Palabras clave:

IAAS, responsabilidad médica, riesgo, Consejo de Estado, Corte Suprema de Justicia.

Keywords:

HAIs, Medical liability, risk, Council of State, Supreme Court of Justice.

Introducción

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), anteriormente denominadas infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, son definidas mediante la Circular 0045 del 29 de agosto de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD) como:

aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras reciben tratamiento médico o quirúrgico sin que la infección se hubiere manifestado o estuviera en periodo de incubación en el momento del ingreso a la institución y que estas pueden ocurrir en cualquier ámbito de atención, incluyendo hospitales, centros de atención ambulatoria, sitios de cuidado crónico y centros de rehabilitación, entre otros (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. 2012, p.1)

Estas Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, “se constituyen actualmente en un importante problema de salud a nivel mundial, no solo para los pacientes sino también para su familia, la comunidad y el Estado” (Baños Zamora, Somonte Zamora, & Morales Perez, 2015, p.34). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “1.4 millones de personas contraen una infección en el hospital” (OMS, 2015, S.P), en países en vía de desarrollo aproximadamente “1 de cada 5 pacientes que ingresan a centros hospitalarios son víctimas de agentes infecciosos, provocando una prolongada estancia hospitalaria” (OMS, 2016, p.1).

Sin embargo, dada la agresividad de este tipo de infecciones, ya que se encuentran asociadas a microorganismos multirresistentes (Colombia. Ministerio de Salud. 2018, p. 9), que se caracterizan, según lo dicho por la OMS, por ser “bacterias, virus, hongos y parásitos que cambian con el tiempo y ya no responden a los medicamentos que dificultan el tratamiento de las infecciones y aumentan el riesgo de propagación de enfermedades, enfermedades graves y muerte” (OMS, 2020. Párr. 2), los episodios relacionados con este tipo de infecciones aún se siguen presentando.

En Colombia, no existe una normativa que regule expresamente a quién le corresponde asumir el riesgo en este tipo de casos. Sin embargo, teniendo en cuenta que, las IAAS son un “problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud”(Organización Panamericana de Salud, 2015, s.p), el Consejo de Estado mediante sentencia del 29 de agosto de 2013 con expediente 30283 declaró la responsabilidad objetiva del antes Instituto de Seguros Sociales (ISS), por el perjuicio ocasionado a un menor de edad causado por una meningitis bacteriana que adquirió en la Clínica Jorge Bejarano.

Por su parte, no fue sino hasta el 2019, que la Corte Suprema de Justicia se refirió a este tema, y fue así como, mediante la sentencia SC2202-2019 del 20 de junio de 2019, acude a un régimen de responsabilidad subjetiva, clasificando este tipo de eventos como una obligación de medio, aquella obligación de prevención y control de las IAAS, lo cual implica que las Instituciones Prestadoras en Salud (IPS), deben *“hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse”*. (Cursiva fuera del texto) (Colombia. Corte Suprema de Justicia. 2019, s,p)

De conformidad con lo anterior, el problema objeto de esta investigación se centra en delimitar y analizar críticamente las diferentes posturas que se han asumido de cara a la ocurrencia de una IAAS. Teniendo como pregunta orientadora del análisis, ¿Qué título de imputación es el más adecuado frente nuestro ordenamiento jurídico, para atribuir la responsabilidad por daños ocasionados con el acaecimiento de una Infección Asociada a la Atención en Salud? De esta manera, se contribuye a la reflexión académica y se presenta una alternativa de unificación del régimen de responsabilidad aplicable de cara a la ocurrencia de una IAAS, teniendo en cuenta el derecho comparado.

Para tal fin, en primer lugar, se hará referencia a las generalidades a considerar en el entendimiento de lo que son y los mecanismos de prevención y control de estas. En segundo lugar, se analizará los elementos que componen el régimen de responsabilidad objetiva acogido por el Consejo de Estado frente al régimen de responsabilidad subjetiva adoptado por la Corte Suprema de Justicia. Por último, se analizará las diferentes posiciones que se han adoptado en las altas cortes, en aras de mostrar que se hace necesario la unificación frente a los regímenes de responsabilidad aplicables con ocasión del acaecimiento de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y se propone adoptar un régimen de responsabilidad objetivo.

CAPITULO I: GENERALIDADES SOBRE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Y MECANISMOS DE PREVENCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud OMS, mediante un anuncio realizado en 2015, manifestó que las Infecciones IAAS, “representan un problema que afecta aproximadamente 15% de los pacientes ingresados en los hospitales y 34% de los pacientes en unidades de cuidados intensivos en países en desarrollo”. “A pesar de que las IAAS se consideran el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, su verdadera carga mundial se desconoce debido a la dificultad para reunir datos fiables” (MINSALUD, 2015, p.14). Este tipo de infecciones “agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente, y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de vida. Son una de las principales causas de defunción” (Citado en Restrepo, Echavarría, Manrique, Valencia, 2009. P.29).

Las IAAS se constituyen como un problema de salud pública que obliga a las IPS a destinar recursos económicos y humanos para hacer frente a esta problemática. En Colombia, atendiendo a lo señalado por la OMS, MINSALUD, ha expedido en 2018 el “Programa De Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS y la Resistencia Antimicrobiana” cuyo objetivo es

proporcionar los elementos para el fortalecimiento de la prevención y el control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – IAAS y la contención de la Resistencia a los Antimicrobianos -RAM, para disminuir la incidencia de estos eventos y sus consecuencias en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Colombia. MINSALUD. 2018, p.32)

Sin embargo, aunque se han realizado esfuerzos para contener este tipo de infecciones, “en Colombia continúan presentándose casos en los que pacientes o asistentes a centros de salud contraen infecciones intrahospitalarias, lo cual demuestra que estas son imposibles de erradicar de manera absoluta (Díaz Díaz, 2020. P.13).

Según MINSALUD:

Existen diversos factores que incrementan el riesgo para que estas infecciones se produzcan, relacionados principalmente con características propias de la población consultante (paciente mayor; patologías oncológicas y patologías crónicas, entre otras) y con aspectos de la atención como la mayor capacidad de soluciones terapéuticas con acciones más invasivas, acceso a quimioterapias y trasplantes”. (Colombia. MINSALUD. 2018, p.9).

Teniendo en cuenta lo anterior y la multiplicidad de tipos de las IAAS que se pueden presentar, el siguiente apartado hará énfasis en describir de forma general las principales categorías de IAAS, con el objetivo de tener un panorama general y técnico sobre ellas y poder abordar el problema objeto de este estudio desde un ámbito más jurídico.

1. TIPOS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Acudiendo a lo expresado, por Akeau Unahalekhaka¹, en el libro “conceptos básicos de control de infecciones” (Unahalekhaka. 2011, p.32), existen principalmente cuatro tipos de IAAS. Estas son:

¹ Profesor de enfermería de salud pública en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Chiang Mai. Licenciado en enfermería, magister en ciencias y doctor en epidemiología

1.1.1. Infección de tracto urinario asociada al uso de catéter (ITU-CA)

De acuerdo con un artículo científico publicado por la Revista Latino-Americana de Enfermagem:

“la infección del tracto urinario asociada al cateterismo (ITUAC) es frecuente en personas hospitalizadas. En las infecciones asociadas a la atención de salud, la infección del tracto urinario asociada al cateterismo es del 40%⁽¹⁾. Se estima que entre el 15% y 25% de las personas hospitalizadas son sometidas a cateterismo vesical⁽²⁾. En la mayoría de los casos esta técnica se usa sin las indicaciones adecuadas, prologando su uso innecesariamente. (Andrade F, Veludo F, 2016, P.2)

1.1.2. Neumonía asociada al uso de ventilador (NAV)

Según un artículo publicado por la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos,

La NAV es una neumonía adquirida en el hospital que ocurre mas de 48 horas después de la intubación endotraqueal. Puede ser adicionalmente clasificada como de aparición temprana (dentro de las primeras 96 horas de VM) y de aparición tardía (mas de 96 horas después de iniciada la VM), la cual es mas comúnmente atribuible a patógenos resistentes a múltiples drogas. (Hunter JD. 2006. S.P)

El Consenso Colombiano de Neumonía Nosocomial de 2013, conformado por miembros de la Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo y la Asociación Colombiana de Infectología, manifestó que este tipo de infecciones “están asociadas a una alta morbilidad y complican la evolución de al menos 8 al 28% de los pacientes que reciben ventilación mecánica”. (Consenso Colombiano de neumonía. 2013, P. 6)

Por otro lado, un estudio realizado en tres unidades de cuidados intensivos medico quirúrgicas de carácter universitario en Medellín en 2012, llegó a la conclusión que “los pacientes con neumonía asociada al ventilador tuvieron un costo adicional de 14.328 dólares”. (García et al, 2014, p. 238). Así pues, este tipo de infecciones se constituyen como una amenaza para el sistema de salud ya que, prolongan la estadía en las IPS, incrementando de este modo el costo del manejo del paciente.

1.1.3. Infección de sitio quirúrgico

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) está definida por los Centers for Disease Control como la infección ocurrida en la incisión quirúrgica, o cerca de ella, durante los primeros 30 días o hasta un año si se ha dejado un implante. Incluye las categorías de infección “incisional superficial” (afecta a piel y tejido subcutáneo), “incisional profunda” (afecta a tejidos blandos profundos) y “órgano-cavitarias” (afecta a cualquier estructura anatómica manipulada durante la intervención quirúrgica). (Citado en Rael, López, 2016, p.14).

1.1.4. Infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéter (ITS-CVC).

El catéter venoso central se puede definir como aquél “dispositivo que permite el acceso al torrente sanguíneo a nivel central con el fin de administrar medicamentos, fluidoterapia, nutrición parental total o para monitorización hemodinámica o hemodiálisis” (García, Caro, Quirós, Monge y Arroyo, 2020, p. 76).

La ocurrencia de infecciones del torrente sanguíneo asociado al uso de catéter:

varía entre los distintos centros hospitalarios. Según el estudio español de prevalencia de infecciones nosocomiales (EPINE) de 2010, la bacteriemia relacionada con el catéter (BRC), es la cuarta infección

nosocomial mas frecuente, con una prevalencia de alrededor de 2 episodios por cada 100 pacientes con CVC (Seisdedos et al, 2012, p. 777).

En Colombia el panorama frente a la IAAS, es alarmante. Según datos del Instituto Nacional de Salud:

entre los años 2015-2016, se notificaron en promedio 6474 infecciones asociadas a dispositivos en las unidades de cuidado intensivo del país, de estas, las de torrente sanguíneo asociado a catéter presentaron una mayor frecuencia (2680 casos), seguidas por la infecciones de tracto urinario asociada a catéter urinario (1955 casos), y por último las neumonías asociadas a ventilación mecánica (1839 casos) (MINSALUD 2018, p.14)

2. MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

La OMS:

dispone que deben ser las autoridades estatales de la salud las encargadas de establecer programas, protocolos y propender por la expedición de normativa que regule los mecanismos y medidas que deben adoptar las instituciones prestadoras del servicio de salud, con el propósito de prevenir la propagación de infecciones nosocomiales entre sus usuarios, visitantes y/o trabajadores (Citado en Díaz, 2020, p.8)

En Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social se han creado diferentes programas que tienen como objetivo prevenir la ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, es así como, en el 2018 se crea el “Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud- IAAS y la Resistencia Antimicrobiana”, mediante el cual, se establecen una serie de “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción

de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas” (MINSALUD, 2018, p. 37). Las acciones que se encuentran consagradas en este programa se centran en:

- Fortalecer la cultura de prevención y control de las IAAS, en el SGSSS, mediante directrices basadas en evidencia científica.

- Desarrollar una estrategia nacional de higiene de manos, la cual se debe implementar de manera progresiva en la totalidad de prestadores habilitados, conforme a las normas del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

- Implementar acciones que logren interrumpir la transmisión de microorganismos entre los pacientes, los familiares y los trabajadores por medio de prácticas apropiadas y de comprobada efectividad adicionales a higiene de manos, como las estrategias de aislamiento, paquetes de medidas de prevención, entre otras.

- Gestionar los lineamientos que contribuyan en el control de los riesgos ambientales relacionados con la generación y diseminación de las IAAS, RAM.

(MINSALUD, 2018, p. 37)

Por consiguiente, tal como lo dispone MINSALUD en la Guía Técnica de “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud expedida en 2015, “las medidas para la prevención de las IAAS requieren una mayor responsabilización y un cambio de conducta por parte del personal de salud”, quienes con acciones simples, económicas y eficaces como la apropiada higiene de las manos en el momento oportuno, pueden prevenir el acaecimiento de una Infección Asociada a la Atención en Salud. (MINSALUD, 2015, p.98)

2.1. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

Conforme a lo establecido por MINSALUD en la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en Salud”, en Colombia:

durante el periodo comprendido entre 2006 y 2010, se llevó a cabo un estudio del impacto en costos de infección por *Acinetobacter baumannii* el cual reveló que en costos directos (los pagados por las IPS o aseguradoras para la atención del paciente) se gastan aproximadamente de 13 a 15 millones de pesos por paciente. En 2009 la inversión total para el manejo de pacientes con IAAS por este patógeno alcanzó los 727 millones de pesos, que se podrían haber invertido en prevención sin acarrear pérdidas humanas. En cuanto a costos indirectos (los asumidos por las familias de los pacientes), se calculó un adicional de 75 mil pesos, que puede llegar a ser hasta la tercera parte del SMMLV en el caso de un paciente hospitalizado hasta 14 días y que aumenta de manera proporcional al tiempo de estancia hospitalaria del paciente. (Ministerio de Salud, 2015, p.35)

De esta forma, teniendo claro las generalidades sobre las IAAS, el volumen de casos y los costos a los que se enfrentan las IPS de cara a la ocurrencia de ellas, se hace necesario reflexionar sobre los elementos que componen los regímenes de responsabilidad que han adoptado las Altas Cortes y el desarrollo jurisprudencial que se ha tenido frente a este tema, dado que, a pesar de los esfuerzos y el desarrollo de estrategias por parte de las IPS para contener este tipo de infecciones, las IAAS se seguirán presentando por la resistencia a los antimicrobianos que presentan los microorganismos que las producen, siendo este tema de interés actual.

CAPITULO II: CARACTERIZACIÓN DEL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD OBJETIVA Y SUBJETIVA CON BASE EN EL CONSEJO DE ESTADO Y CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.

En nuestro país, a pesar del impacto que tienen las IAAS, no se cuenta con una disposición normativa que regule quién debe asumir los riesgos y daños derivados de ellas. A nivel jurisprudencial, el Consejo de Estado es el primero en hacer alusión a este problema, y posteriormente, en el 2019 la Corte Suprema de Justicia. El presente capítulo tiene como objetivo abordar aquellos elementos que las altas cortes han establecido como necesarios en la configuración de un evento de responsabilidad, ya sea objetiva, según la tesis defendida por el Consejo de Estado, o responsabilidad subjetiva, conforme a la posición adoptada por la Corte Suprema de Justicia.

Para empezar, es importante comprender qué es el daño. Al respecto, el profesor Manuel Guillermo Sarmiento García sostiene que “es el elemento fundamental alrededor del cual gira todo el derecho de la responsabilidad (...) ya que este es el presupuesto básico, la fuente de la obligación de indemnizar (...).(Sarmiento Garcia. 2009, s.p). A continuación, algunas definiciones a destacar:

El profesor Javier Tamayo Jaramillo señala que daño civil indemnizable es el menoscabo de las facultades jurídicas que tiene una persona para disfrutar un bien patrimonial o extrapatrimonial. A su vez, el jurista Fernando Hinestrosa expresa que “daño es 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. Por su parte, el tratadista Manuel Guillermo Sarmiento García lo define como “todo hecho modificador de una realidad preexistente que afecta a un sujeto de derecho en su persona, su patrimonio o sus sentimientos” (Páez, 2019, p.61)

Respecto a la responsabilidad en Colombia, se sostiene que:

“se rige por normas de derecho público y de construcción eminentemente jurisprudencial (Molina, 2005, p.80); sin embargo, también se fundamenta en la responsabilidad civil (responsabilidad entre particulares), teniendo en cuenta que ambas se dotan de la misma función compensatoria e iguales

elementos (daño, nexo causal y título de imputación) (Medina, 2009, p.42; Quintero, 2008,p.241)” (Referenciado en Estrada España. 2019. P.9).

A nivel de las IAAS, las altas cortes en Colombia han generado una dicotomía entre los regímenes de responsabilidad aplicados. Por un lado, se aplica un régimen de responsabilidad objetiva, el cual tiene dentro de sus características más significativas, que solo pueda ser causal eximente de responsabilidad aquellas ajenas al servicio sanitario; y por otro lado, el pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia, que ha adoptado un régimen de responsabilidad subjetiva, que clasifica y califica la obligación de seguridad de cara a la prevención y control de las IAAS como una obligación de medio, lo cual se concreta en un deber de diligencia y prudencia a cargo de las IPS.

2.1 TRATAMIENTO JURÍDICO DE LOS RIESGOS PRODUCIDOS POR LA IAAS SEGÚN EL CONSEJO DE ESTADO

Analizar los elementos que componen el régimen de responsabilidad objetiva adoptado por el Consejo de Estado, implica de antemano, referirse a la noción de responsabilidad. Para el tratadista Tamayo Jaramillo (2013), la responsabilidad es la noción en la cual se “engloban todos los comportamientos ilícitos que por generar daño a terceros hacen recaer en cabeza de quien lo causó, la obligación de indemnizar”(p.8). Respecto al caso concreto de la responsabilidad por IAAS, el Consejo de Estado mediante la sentencia del 29 de agosto de 2013 con numero de expediente 30283, declara la responsabilidad objetiva del antes Instituto de Seguros Sociales (ISS), por el perjuicio ocasionado a un bebé, consistente en una afectación motriz y cerebral a consecuencia de meningitis por bacteria *klbsiella neumoniae* multirresistente de carácter intrahospitalaria adquirida en la Clínica Bejarano del ISS.

En dicha sentencia el Consejo de Estado “en consonancia con la tendencia que impera en el derecho comparado”, analiza los casos de daños derivados de

infecciones nosocomiales bajo la perspectiva de un régimen de responsabilidad objetiva bajo el título jurídico de imputación del riesgo excepcional. En relación con ello señala que:

(...) deriva su existencia de la consideración según la cual el sujeto de derecho que despliega una actividad cuya realización implica el riesgo de ocasionar daños, debe asumir la responsabilidad derivada de la causación de éstos en el evento en que sobrevengan o de que, aún cuando la actividad no entrañe verdadera peligrosidad, conlleva la asunción de las consecuencias desfavorables que su ejercicio pueda producir, por parte de la persona que de dicha actividad se beneficia.

(Colombia. Consejo de Estado. 2013, s,p)

De los argumentos citados por el Consejo de Estado para adoptar este tipo de régimen, menciona el sistema francés, recalcando como “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” (Fernández, 2016, pp, 850-851)

Sin embargo, es importante no desconocer que nuestra realidad es distinta a la francesa, donde encontramos un sistema construido bajo los supuestos de la responsabilidad y la solidaridad nacional, en el cual se crea:

un Fondo de Garantía O.N.I.A.M., que se hace cargo de la indemnización de los daños provenientes de alea terapéutica y de las infecciones hospitalarias que originan una tasa de incapacidad superior a 24% o en caso de muerte, haciéndose cargo, de hipótesis propias de la responsabilidad, pues las infecciones nosocomiales son catalogados como eventos propios de responsabilidad objetiva (Fernández, 2016,p,854).

El Consejo de Estado por su parte argumenta que, el acaecimiento de una IAAS genera 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”. Asimismo manifiesta que si bien 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”.
(Colombia. Consejo de Estado. 2013, s,p)

En ese sentido, el Consejo de Estado, mediante sentencia con numero de expediente 28214 del 30 de abril de 2014, expone que, existe en nuestro ordenamiento jurídico -específicamente en el artículo 90 de nuestra Constitución Política-, un mandato de reparación de daño antijurídico que resulta obligatorio y no meramente enunciativo. De lo anterior se desprende que resulte inconstitucional absolver a la administración en la producción de daños acaecidos con la ocurrencia de una IAAS, en razón de que no se cuente con una organización administrativa y presupuestal encaminada a corregir inconsistencias en la distribución de los gastos asociados a la reparación del daño. Es por ello que, exhorta a las autoridades competentes a fin de que, se estudie la posibilidad de instaurar seguros o fondos especiales que permitan distribuir el riesgo propio de la atención hospitalaria, tomando como base los modelos español y francés, donde se tenga como criterio relevante la practica efectiva de los centros clínicos y hospitalarios respecto a la minimización de la existencia de bacterias nosocomiales.

En resumen, el Consejo de Estado mediante dicha sentencia, establece que, para poder aplicar el régimen objetivo de responsabilidad por daños ocasionados por una

IAAS se deberá constatar en primer lugar que este tuvo su origen en una infección de origen exógeno al paciente, y en segundo lugar, que fue ocasionado por una bacteria multirresistente que convirtió en inevitable para la IPS la producción del daño. De lo anterior se desprende que, la IPS, demuestre que el paciente ya portaba el cuadro infeccioso antes de recibir la atención en salud(Colombia. Consejo de Estado. 2014, p.35).

2.2 TRATAMIENTO JURÍDICO DE LOS RIESGOS PRODUCIDOS POR LA IAAS SEGÚN LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

En este apartado, se expondrán los argumentos utilizados por la Corte Suprema de Justicia mediante la Sentencia C2202-2019, al abordar los daños ocasionados con la ocurrencia de una IAAS bajo un régimen de responsabilidad subjetiva. En ella decide no casar la sentencia del tribunal ya que:

con las pruebas practicadas no se pudo probar un actuar diligente por parte del Hospital, el cual, en virtud de la obligación de seguridad de la cual era deudor, debía minimizar la presencia de agentes infecciosos. Como consecuencia del incumplimiento de la mencionada obligación el paciente adquirió neumonía en las instalaciones del demandado, lo cual contribuyó al deterioro de su salud y ocasionó, entre otras causas, su posterior fallecimiento". (Colombia. Corte Suprema de Justicia. 2019, p, 62)

Para llegar a esa conclusión, la Corte desarrolla las denominadas obligaciones de seguridad, expresando que, en virtud de las denominadas obligaciones de seguridad, el deudor de ellos "está obligado a cuidar de la integridad corporal del acreedor o la de las cosas que éste le ha confiado". Adicionalmente menciona:

"En el ámbito hospitalario, además de la prestación de los servicios médicos, paramédicos y asistenciales, y además del suministro de medicamentos y tratamientos pertinentes, de hospedaje especial, etc., que debe prestar la

entidad nosocomial, tiene ésta a su cargo la obligación de seguridad “*de tomar todas las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume*”

“Tal obligación supone la implementación y mantenimiento de medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base de un control estricto acorde con protocolos contentivos de *normas técnicas*, adoptados por el propio centro de salud o exigidos por las autoridades que tienen a su cargo su inspección, vigilancia y control, y que se extienden pero no se limitan a la señalización, transporte adecuado de enfermos, dotación infraestructural apropiada, métodos de limpieza y esterilización, procedimientos de seguridad, desinfección, control de visitas, identificación, idoneidad e inspección en materia de salud del personal, coordinación de tareas con el fin de aminorar errores en procesos, disposición de residuos orgánicos, recintos especializados, entre muchas otras variables. Deberes todos positivos que coadyuvan en el logro de un *non facere*: que el paciente no sufra ningún accidente” (Colombia. Corte Suprema de Justicia. 2019, pp. 37-38)

Sigue su exposición mencionando que, por regla general, este tipo de obligaciones son de resultado, sin embargo, manifiesta que esta clasificación no puede ser de forma absoluta:

“No obstante, tal afirmación no puede hacerse en forma categórica o absoluta, cual si fuese un dogma, menos en tratándose de agentes patógenos cuyo control eficaz ha fracasado hasta la fecha a nivel mundial, de donde resulta evidente que la aleatoriedad del resultado indeseado de que el paciente adquiera una enfermedad intrahospitalaria constituye un evento que puede escapar al control de la entidad nosocomial.” (Colombia. Corte Suprema de Justicia. 2019, p.39)

Y continua, acudiendo a la doctrina probable con el objetivo de clasificar las obligaciones de seguridad en obligaciones de seguridad de medio y obligaciones de seguridad de resultados:

“Hipótesis hay en las que el paciente confía enteramente su cuerpo al centro clínico u hospitalario en el cual se interna o al que encomienda la práctica de diversos exámenes, y para cuya realización queda notoriamente reducida su libertad de obrar y, por ende, es mínima o nula su intervención activa en los actos que al efecto ejecuta el establecimiento, a la vez que los accidentes que entonces ocurran no pueden concebirse como acontecimientos cotidianos o frecuentes que conduzcan a pensar que, no obstante el diligente empeño del deudor, la seguridad del examinado constituya un alea que escapa a su control, de frente a situaciones de esta índole, se decía, es preciso inferir que la entidad asistencial asume de manera determinada el compromiso de evitar que el paciente sufra cualquier accidente, obligación de la cual solamente puede exonerarse demostrando que el mismo obedeció a una causa extraña.

*Por el contrario, ocasiones **habrá en las que, dada la injerencia activa del usuario en los hechos, o la frecuente intervención de sucesos azarosos, la actividad no esté enteramente sometida al control de la institución, supuestos estos en los cuales, subsecuentemente, la obligación de ésta solamente se concreta en un deber de diligencia y prudencia.*** (Cursiva y negrilla fuera del texto) (Colombia. Corte Suprema de Justicia. 2019, pp.41-42

Valiéndose de lo anterior, la Corte mediante esa sentencia, concluye que:

“la obligación de seguridad en cabeza de las instituciones hospitalarias puede subclasificarse atendiendo “la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores y riesgos que inciden en los resultados”. En consecuencia se opta por clasificar la obligación de seguridad de cara a la prevención y

control de infecciones nosocomiales como una obligación de medio, lo que implica que las instituciones que prestan el servicio de salud deben “hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizar” (Colombia. Corte Suprema de Justicia.2019, p. 42)

Este pronunciamiento tiene importantes consecuencias en materia probatoria, ya que le corresponderá al paciente o a sus familiares probar además de los elementos de la responsabilidad civil, la culpa del prestador de servicio en salud, esto es, deberá probar que actuó con negligencia, imprudencia, impericia o violación de la normativa correspondiente, en otras palabras, se traslada la carga de la prueba a la víctima. Ampliando así, la posibilidad de exonerarse la Institución de la responsabilidad, “probando causa extraña o demostrando que empleó los medios idóneos para evitar el contagio de bacterias nosocomiales, es decir probando su diligencia y prudencia” (referenciado en Díaz Díaz, 2020. P.51)

De lo anterior, se observan dos manejos de la problemática por parte de Altas Cortes de la República; Consejo de Estado y Corte Suprema de Justicia, que no dejan ver claro su fundamento normativo y constitucional para hacer una distinción en donde se hace referencia a un tipo de afección que recae sobre sujetos que integran un mismo sistema de salud, cobijados bajo un mismo ordenamiento jurídico, en donde rige el principio de igualdad ante la ley.

CAPITULO III: PROPUESTA DE UNIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR IAAS A PARTIR DEL DERECHO COMPARADO: UNA MIRADA AL SISTEMA FRANCÉS.

A lo largo de este escrito se ha evidenciado el problema que representan las IAAS, dada su relación con microorganismos multirresistentes que impiden llevar el riesgo de contagio a cero. En este capítulo, se expondrá como propuesta unificadora, la

instauración de un régimen de responsabilidad objetiva en la asunción de riesgos derivados de las IAAS, teniendo en cuenta, en primer lugar, el modelo de Estado Social de Derecho que adopta la República de Colombia, del cual se desprende el postulado de solidaridad consagrado en la Constitución Política de 1991, y en segundo lugar, el modelo francés adoptado en la asunción de riesgos por causa de una IAAS².

3.1. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD OBJETIVA BASADO EN EL MODELO DE ESTADO SOCIAL DE DERECHO.

La Constitución Política en su artículo 1 se proclama como un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran. De lo anterior, se desprende una consecuencia importante en el camino hacia la objetivación de la responsabilidad por IAAS, ya que, estos principios al consagrarse como las bases del Estado Social de Derecho, están “dando orientaciones precisas, pautas y condiciones de acción a las autoridades y a los asociados”. (Mora, 2012, p.44)

En esa misma línea, la Constitución Política, expresa que:

“la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”, esto es, de toda la sociedad. Y que además de estar dirigidos, regulados, vigilados y controlados por el mismo Estado, dado el interés general que debe prevalecer sobre el interés particular, también se les asigna, como característica particular de nivel constitucional, que su administración, prestación y operación también se lleven a cabo con sujeción

² Se acude a una revisión del modelo francés por constituirse “históricamente como cuna del derecho civil continental” (Moncayo Escobar, 2016) y por ser el país que “posiblemente ha avanzado más hacia la objetivación de ciertos eventos médicos, en particular, los que corresponden a la responsabilidad derivada de años ocasionados por infecciones nosocomiales” (Moncayo Escobar, 2016).

a los mismos principios de ***solidaridad, universalidad y eficiencia***. (Cursiva y negrilla fuera del texto)

De manera que dentro de la esencia misma de esos derechos, inicialmente ubicados dentro de la categoría de los derechos económicos, sociales y culturales y definidos en tratados internacionales suscritos y ratificados por Colombia, la propia Constitución y la jurisprudencia colombiana, viene incorporado el principio de la solidaridad, a través de cuyo ejercicio se debe garantizar no solamente la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos, en relación con los cuales el Estado es el garante de su cumplimiento, no solo por estar literalmente a su cargo y por ser el responsable de su dirección, regulación, organización, vigilancia y control, sino como el mecanismo establecido para proteger la vida y la integridad de las personas, aun cuando sean los propios particulares quienes estén facultados para participar en la prestación de los servicios. (Cañón. 2016, p.12)

Del planteamiento anteriormente expuesto, se deriva una conclusión importante en el establecimiento de un único régimen aplicable en la responsabilidad por las IAAS, ya que, si bien es cierto que es el Estado quien tiene a su cargo la atención en salud, y que en virtud de ello se puede apoyar en instituciones privadas para la prestación de dicho servicio, la Constitución es clara al establecer de forma expresa los principios que deben regirlos, a saber, los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, los cuales se instituyen como transversales a todas las entidades que presten el servicio de salud sin importar su naturaleza.

A nivel de las IAAS, es menester recordar que el riesgo de contagio nunca puede ser erradicado, debido a la característica de multiresistencia propia de los organismos que la ocasionan. En ese orden de ideas, siguiendo la posición del Consejo de Estado, y lo establecido en la Constitución en sus artículo 49 y 50, es necesario “poner énfasis en los derechos de la víctima, debiendo el Estado frente a

una situación en la cual no hay una relación típica dañador-víctima, realizar una atribución general de responsabilidad” (Tabares. 2016, p. 217).

Sin embargo, es imperioso aclarar que, en aras de evitar que un régimen de responsabilidad objetivo, “absorba otros casos que son del ámbito de la responsabilidad subjetiva, que responden a otro esquema probatorio y a otro tipo de juicio de imputación” (Tabares, 2016, p. 219). Se hace necesario el establecimiento de ciertos requisitos que permitan acceder a la asunción del riesgo, so pena de no cumplir con los objetivos que se pretenden lograr con el establecimiento de una responsabilidad objetiva frente a las IAAS.

Al respecto, se ha manifestado lo siguiente:

“La indemnización de las víctimas de infecciones intrahospitalarias a través de un sistema de solidaridad nacional 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”.

(Tabares. 2016, p.219)

Asimismo, la consagración del principio de solidaridad en este ámbito, trae consigo la necesidad de contar con las condiciones socio-económicas que permitan materializarlo. Es por ello que, el Consejo de Estado, mediante la sentencia del 30 de abril de 2014 con número de expediente 28214, establece unos elementos básicos necesarios en este tipo de régimen, los cuales son:

1. Establecimiento de seguros o fondos especiales
2. Que permitan distribuir el riesgo propio de la atención hospitalaria
3. Que haga viable el sistema de indemnizaciones

(Colombia. Consejo de Estado. 2014)

Analizados los fundamentos jurídicos nacionales y los requisitos que se deben tener en cuenta para poder establecer un régimen único de responsabilidad objetiva de cara a la ocurrencia de una IAAS, en el siguiente apartado se hará referencia al modelo francés adoptado en la asunción de riesgos derivados por la IAAS, por ser “posiblemente el país que mas ha avanzado en la objetivación de ciertos eventos médicos, en particular, los que corresponden a la responsabilidad derivada de daños ocasionados por infecciones nosocomiales” (Moncayo. 2016, p.11).

3.2. ANÁLISIS DEL MODELO FRANCÉS ADOPTADO EN LA ASUNCIÓN DE RIESGOS DERIVADOS POR LAS IAAS.

En Francia, luego de un desarrollo jurisprudencial administrativo, se expide la Ley 2002-303 del 4 de Marzo de 2002. Mediante ella:

“se introducen importantes reglas en el derecho escrito, incluyendo la convivencia y articulación de las reglas de la responsabilidad con culpa y unos cuantos eventos de reparación de daños, sin culpa, soportados en un esquema de repartición del riesgo bajo un principio de solidaridad nacional. Bajo este último esquema se cubren ciertos accidentes médicos, afecciones iatrogénicas, esto es, producidas como una consecuencia directa de un tratamiento médico y las infecciones nosocomiales” (Moncayo. 2016, p. 12)

A través de la ley 2002-303 del 4 de Marzo de 2002, también conocida como la ley Kouchner, se regulan los:

“derechos de los pacientes y la calidad del sistema de salud. Una ley que focaliza la exigencia pública sobre la seguridad médica y sanitaria debida a los pacientes y que realiza una unificación del derecho de la responsabilidad médica y de la indemnización de las víctimas de accidentes médicos, que

estaba ya anunciada por la armonización jurisprudencial de los dos órdenes jurisdiccionales” (Fernández. 2016, p. 854)

De este sistema, se puede establecer lo siguiente:

“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” (Fernández, 2016, p. 851)

Adicionalmente, este “régimen se apoya en la existencia de una garantía del tipo aseguramiento obligatorio de la responsabilidad y la existencia de un fondo de garantía que asume este tipo de indemnizaciones en la mayoría de los casos” (Fernández. 2016, pp. 851-852).

Esta ley del 4 de Marzo de 2002, establece una serie de lineamientos que logran dar una respuesta efectiva para todas las partes involucradas en las indemnizaciones. En palabras del Dr. Javier Tamayo Jaramillo (2017)³, los aspectos mas destacado de esta ley son:

“... En primer lugar, todos los médicos y hospitales están obligados, so pena de duras sanciones, a asegurarse en responsabilidad civil, para poder ejercer su profesión y prestar servicios de salud. Y los aseguradores están obligados a vender el seguro médico que se les solicita. Y si se niegan a ello, las autoridades correspondientes fijarán el valor de la prima, y si continúan negándose, el Estado podrá, inclusive, suspenderles la autorización de participar en el mercado.

- En segundo lugar, los médicos responderán, salvo excepciones, si se les prueba una culpa, en cuyo caso, el asegurador estará obligado a cubrir las

³ Exmagistrado de la Corte Suprema de Justicia y tratadista.

indemnizaciones mediante un trámite de conciliación abreviado. La cobertura de los médicos será de tres millones de euros por siniestro y de diez millones por cada anualidad. (Le Tourneau Ph., *Droit de la responsabilite civile et des contrats*, París, Dalloz, 2013, n. 8569 s.s.).

- Ahora, si no hay culpa del médico, y el daño proviene de una infección nosocomial o es producto de un alea terapéutico (un accidente imprevisible, no culposo y que no provenga de la evolución del estado de salud del paciente), será la solidaridad nacional, es decir el Estado, quien asuma las indemnizaciones correspondientes, siempre y cuando el daño sea grave (deceso o 25 % de incapacidad). En ese caso, operará el mismo sistema de indemnización rápida utilizado para los médicos.

- Cuando el daño se produce, la víctima reclamará a una comisión creada por el Estado, conformada por expertos en indemnización de perjuicios corporales y por representantes del Estado, de los hospitales públicos y privados, por los médicos, por los pacientes y por los aseguradores. Dicha comisión decidirá si los daños son imputables a culpa del médico o del hospital, o si constituye una infección nosocomial o un alea terapéutico. Si es lo primero, el asegurador deberá buscar la conciliación con el perjudicado, si lo segundo, será la solidaridad nacional, por medio de una entidad pública llamada la ONIAM, la encargada de la conciliación.

- En todo caso, se nombrará un grupo de expertos en medicina y perjuicios corporales, que determinen la gravedad de los daños y el nexo de causalidad. Una vez fijado el valor de los daños, el asegurador del médico o la solidaridad nacional, según el caso, estarán obligados dentro de los cuatro meses siguientes a ofrecerle a la víctima una transacción. Si la víctima la acepta, la transacción tendrá efectos de cosa juzgada, y si no la acepta, podrá acudir ante los jueces, para que se decida el valor de la indemnización. Si el juez condena por una suma superior a la ofrecida, el asegurador deberá pagar al

paciente intereses legales doblados y un 15 % como sanción, en favor del Estado”

Es precisamente de este modelo francés del que se basa el Consejo de Estado para hacer extensiva la categoría del riesgo-alea a los casos en los cuales el daño es consecuencia de una IAAS, ya 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” (Colombia. Consejo de Estado. 2013).

De todo lo anteriormente expuesto, se puede concluir que este sistema de responsabilidad objetiva encuentra un respaldo constitucional, que se basa principalmente en el principio de solidaridad consagrado en la Constitución Política como principio rector en varios asuntos, dentro de ellos la atención en salud. Sin embargo, es menester mencionar, que el pronunciamiento que realiza el Consejo de Estado, al “exhortar al Ministerio de Salud para que presente al Congreso un proyecto de ley estableciendo un sistema de asunción solidaria del riesgo por las IAAS u otro tipo de padecimientos iatrogénicos sobre los que se pueda predicar responsabilidad sin mediación de culpa”(Colombia. Consejo de Estado. 2014, s.p), es necesario y urgente, con el objetivo de hacer viable la distribución del riesgo y la viabilidad financiera del sistema de indemnizaciones.

CONCLUSIONES

En este trabajo se analizó la dicotomía existente entre el Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia respecto a los regímenes de responsabilidad adoptados de cara a la ocurrencia de una Infección Asociada a la Atención en Salud. En un primer momento se abordaron las generalidades de las IAAS, concluyendo que estas se constituyen como un problema de salud mundial que no se puede erradicar debido a la multirresistencia de los organismos que la ocasionan, lo que significa que se deban destinar recursos humanos y económicos para la atención de ella. También se presentaron las posturas adoptadas por el Consejo de Estado y la Corte

Suprema de Justicia, encontrando que se ha generado una dicotomía entre los regímenes de responsabilidad que actualmente rigen en Colombia, ya que, por un lado, se da un régimen de responsabilidad objetiva acogido por el Consejo de Estado y por el otro, un régimen de responsabilidad subjetiva acogido por la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior condujo en los análisis a proponer una unificación de ambos regímenes en uno solo, bajo el esquema objetivo, basado en el principio de solidaridad, previo establecimiento de unas condiciones y políticas públicas que permitan una reparación efectiva e igualitaria a los pacientes que sufran daños por la ocurrencia de una IAAS.

En Colombia, el desarrollo normativo que ha tenido el tema abordado ha sido escaso, de ahí que hayan sido las Altas Cortes del país quienes se apersonaran del problema estableciendo dos posturas completamente distintas de acuerdo con la naturaleza de la entidad en la que se preste el servicio. Así las cosas, los análisis dieron cuenta de cómo el Consejo de estado acude a un título de imputación de riesgo-alea, para establecer un sistema objetivo de responsabilidad, mientras que la Corte Suprema de Justicia ha establecido que la clasificación de obligación de seguridad de cara a la prevención y control de las infecciones nosocomiales es una obligación de medio, que implica que las Instituciones que prestan el servicio de salud realicen lo que esté a su alcance con el objetivo de que su paciente no adquiera en sus instalaciones enfermedad distinta a la que lo llevó a hospitalizarse.

Producto de todas estas reflexiones, se hallaron dificultades en el establecimiento de cifras reales y actualizadas respecto al número de casos de IAAS en Colombia, lo que lleva a determinar la urgencia manifiesta de políticas públicas que permitan reunir información veraz, pues solo a través de estos datos, sería posible establecer una regulación acorde a la realidad del país frente a las IAAS, sin que con ello, se dictamine el fin de estos eventos de manera absoluta, pero si permitiría de manera significativa bajar los niveles de ocurrencia. No obstante, por lo recorrido se llega a la conclusión de que la responsabilidad objetiva, enfocado en el establecimiento de fondos especiales, ayudarían a la asunción solidaria de este tipo de riesgos, que en

últimas estará encaminado a hacer viable la distribución del riesgo y la viabilidad financiera del sistema de indemnizaciones.

REFERENCIAS

1. Akeau Unahalekhaka . (2011). Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención en salud. En Friedman C, Newsom W, Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC, (pp. 29-44). Wentworth Green. International Federation of Infection Control
2. Alí Munive, A. (2013). Consenso colombiano de neumonía nosocomial 2013. Infectio, 17(1), 6–18. [https://doi.org/10.1016/S0123-9392\(13\)70043-2](https://doi.org/10.1016/S0123-9392(13)70043-2)
3. Andrade, V, Fernandes, F. (2016). Prevención de la infección del tracto urinario asociada al cateterismo: estrategias en la implementación de las directrices internacionales. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24, 1-9.
4. Baños ZM, Somonte ZDE, Morales PV. (2015). Infección nosocomial. Un importante problema de salud a nivel mundial. Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio. V. (62), 33-39
5. Cañon L. (2016). La solidaridad como fundamento del estado social de derecho, de la seguridad social y la protección social en Colombia. Paginas de seguridad social. 1(1), 5-29
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular n°0045 del 29 de agosto de 2012. Implementación de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud -IAAS-, Resistencia y Consumo de Antimicrobianos. Bogotá
7. Colombia. Consejo de Estado. Sala Contenciosa Administrativa. (29 de agosto de 2013). Sentencia n° 25000-23-26-000-2001-01343-01(30283). MP. Danilo Roja Betancourth.
8. Colombia. Consejo de Estado. Sala Contencioso Administrativo. Sentencia 28214. (30 de abril de 2014). MP. Danilo Rojas Betancourth.
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Versión 2.0 De La Guía Técnica, Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud Y Paquetes Instruccionales de mayo 15 del 2015. Bogotá

10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud -IAAS- y la Resistencia Antimicrobiana de febrero del 2018. Bogotá
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Manual de Medidas Básicas para el Control de Infecciones en IPS. Bogotá.
12. Colombia. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. (20 de junio de 2019). Sentencia SC2202-2019. MP. Margarita Cabello Blanco.
13. Díaz, A. M. (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. (Trabajo de grado inédito) Universidad Pontificia Javeriana, Bogotá, Colombia
14. Estrada K. (2019). Línea jurisprudencial del Consejo de Estado sobre los títulos de imputación para atribuir responsabilidad médica. *Derectum*. 4(1), 7-34.
15. Fernández M. (2016). Las infecciones nosocomiales como un nuevo evento de responsabilidad objetiva en el sistema colombiano. Reflexión sobre su fundamento a partir de la experiencia francesa. *Revista chilena de derecho*, 43(2), 849-875.
16. García A, Fonseca N, Giraldo N, Gil B, Pamplona A, Díaz A. (2014). Costos hospitalarios directos de la neumonía asociada al ventilador. *Acta médica colombiana*. Vol.39 N°3, 238-243.
17. García C, Alejandra C, Pizarro V, Quirós C, Guiliiana M, María J, Arroyo Q. (2020). Catéter venoso central y sus complicaciones. *Medicina Legal de Costa Rica*, V37(1), 74-86.
18. Hunter, J. (2006). Ventilator associated pneumonia. *Revista Postgrad Medical*, 82, 172-178.
19. Moncayo P. (2016). ¿Es posible objetivar la responsabilidad civil de las instituciones médicas en los eventos de daños causados por infecciones intrahospitalarias?. *Revista de Derecho Privado*, (56), 1-33
20. Mora G. (2012). La solidaridad como principio y deber constitucional Algunos desarrollos jurisprudenciales. *Cuestiones de Filosofía*, (8)

21. Organización Panamericana de la salud. (2015). Una atención más limpia es una atención más segura. Recuperado de: <http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html>.
22. Organización Mundial de la Salud. (2016). Una atención más limpia es una atención más segura. Recuperado de <http://www.who.int/gpsc/background/es/>
23. Organización Mundial de la Salud. (2020). Resistencia a los antimicrobianos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/health-topics/antimicrobial-resistance>
24. Páez L. (2019). Responsabilidad civil médica por Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) (Tesis inédita de maestría). Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia.
25. Rael Ruiz S, López Pérez MV. (2016). Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Metas Enferm.* V19(6): 14-20
26. Restrepo C, Echavarría JC, Manrique RD, Valencia JE. (2009). Costo de hospitalización domiciliaria como alternativa de la hospitalización institucional. Periodo enero-diciembre de 2007. *Revista CES Medicina;* 23(1), 27-35
27. Sarmiento, M. (2009). Estudios de responsabilidad civil 2ª edición. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.
28. Seisdedos E, Conde M, Castellanos J, García-Manzanares A, Valenzuela C, Fraga D. (2012). Infecciones relacionadas con el catéter venoso central en pacientes con nutrición parenteral total. *Nutrición Hospitalaria,* V27(3), 775-780.
29. Tabares F. (2016). El sistema de asunción solidaria del riesgo de infecciones intrahospitalarias: elementos mínimos de integración en el sistema jurídico colombiano. *Revista Ibero-Latinoamericana de Seguros.* (44), 209-230
30. Tamayo, J. (1986). De la responsabilidad civil, T.2, "De los perjuicios y su indemnización". Bogotá: Editorial Temis.
31. Tamayo, J. (2013). Tratado de Responsabilidad Civil. Tomo I. Bogotá. Legis.
32. Tamayo Jaramillo, J. (2017). Responsabilidad médica en Francia. El sistema ideal. *Ámbito jurídico.* Recuperado de: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/columnista-impreso/civil-y-familia/responsabilidad-medica-en-francia-el-sistema-ideal>