

**EL SISTEMA DE ASUNCIÓN SOLIDARIA  
DEL RIESGO DE INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS: ELEMENTOS MÍNIMOS  
DE INTEGRACIÓN EN EL RÉGIMEN  
JURÍDICO COLOMBIANO\***

***THE NOSOCOMIAL INFECTIONS  
INDEMNIFICATION SYSTEM: CORE ELEMENTS  
TO ENDORSE ON THE COLOMBIAN LEGAL  
REGIME***

***Felipe Tabares Cortés\*\****

*Fecha de recepción: 13 de junio de 2016  
Fecha de Aceptación: 30 de junio de 2016  
Disponible en línea: 30 de Julio de 2016*

**Para Citar este artículo/ To cite this article**

Tabares Cortes, Felipe, *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 (2016). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ris44.sasr>

doi:10.11144/Javeriana.ris44.sasr

---

\* Reseña crítica y doctrinal sobre la reciente jurisprudencia del Consejo de Estado sobre las infecciones intrahospitalarias.

\*\* Abogado especialista en Derecho Médico, Universidad del Rosario, Maestría en Derecho de Seguros, Université Lyon III Jean Moulin, actualmente en preparación del Centro Regional de Formación de Abogados, Université Paris II Panthéon-Assas. Elève Avocat, Clyde & Co, París. E-mail: felipetaba@gmail.com



## RESUMEN

El Consejo de Estado ordenó, en una jurisprudencia de 30 de abril de 2014 reiterada el 29 de septiembre de 2015, la creación de un sistema de asunción solidaria del riesgo de infecciones nosocomiales. Esta decisión fue tomada en el contexto de la objetivación de la responsabilidad de los prestadores de salud por las infecciones de carácter intrahospitalario que afectan a los pacientes. El presente artículo busca, a través del método de análisis de precedentes jurisprudenciales<sup>1</sup>, presentar en primera medida la sentencia emitida por el Consejo de Estado sobre la responsabilidad objetiva que actualmente aplica a los prestadores de servicios de salud, explicando las razones que llevaron al Alto Tribunal a extender dicha teoría a las infecciones intrahospitalarias. Posteriormente será precisado cual es el sistema de asunción de riesgos que en concreto ordenó el Consejo de Estado, los elementos necesarios para su funcionamiento y el papel que tendrá el derecho de seguros para lograr los objetivos planteados por los Magistrados en las Sentencias de 29 de agosto de 2013 y 30 de abril de 2014.

**Palabras clave:** Responsabilidad Objetiva; Hospitales; Clínicas; Seguro De Responsabilidad; Sistema de Asunción Solidaria de Riesgos; Infección Nosocomial; Infección Intrahospitalaria

---

1 López Medina, D. E., 2006. Interpretación constitucional. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Universidad de Colombia, Bogotá, pp. 100 y ss.

## **ABSTRACT**

The Council of State ordered, in a decision dated on 30th April 2014, the enactment of a compensation system to cover the risk of nosocomial infections. This judgment was held in the context of the objective liability of care providers for patients' injuries caused by hospital-acquired infections. At first, this article attempts to describe, through the line of jurisprudence method, the case-law stemming from the Council of State concerning the objective liability that applies to care providers. Besides, it will be explained the reasons of the Council of State to enhance the scope of the theory of objective liability to nosocomial infections. Finally, we will describe mentioned the core elements of the Nosocomial Infections Indemnification System laid down by the Council of State and also the role that Insurance Law can play to fully achieve objectives set out by Magistrates on judgments dated on 29th August 2013 and on 30th April 2014.

**Key word:** Objective Liability, Hospitals, Clinics, Third-party Liability Insurance, Solidarity System for Risk Assumption, Nosocomial Infection, Hospital-acquired infections

## **SUMARIO**

INTRODUCCIÓN. I. LA TEORÍA DE LA RESPONSABILIDAD OBJETIVA APLICABLE A LAS INSTITUCIONES DE SALUD. A. Las razones del Consejo de Estado para extender la teoría de la responsabilidad objetiva a las infecciones intrahospitalarias. B. El sistema de asunción solidaria de riesgos ordenado por el Consejo de Estado como consecuencia de la objetivación de la responsabilidad. II. LOS ELEMENTOS NECESARIOS DEL SISTEMA DE ASUNCIÓN DE RIESGOS PARA CUMPLIR LOS FINES PLANTEADOS CON LA OBJETIVACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD. A. Requisitos para acceder a la asunción solidaria del riesgo. B. Elementos necesarios del sistema de asunción de riesgos para la consecución de los fines de la objetivación de la responsabilidad. III. A MODO DE CONCLUSIÓN: LAS VIRTUDES DE UN SISTEMA DE ASUNCIÓN SOLIDARIA DEL RIESGO DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS PARA LOGRAR UNA DENODADA PROTECCIÓN DE VÍCTIMAS. BIBLIOGRAFÍA.

## INTRODUCCIÓN

La relación entre la responsabilidad civil y el seguro es uno de los grandes pilares del derecho contemporáneo de la responsabilidad civil<sup>2</sup>. En la constelación de avances jurídicos presentados por las Cortes colombianas, el Consejo de Estado ha emitido un nuevo astro que promete elevar a un alto nivel la protección de víctimas y el mejoramiento del sistema de salud. Este cambio se ha anunciado desde una perspectiva asegurativa que impacta profundamente la noción de la responsabilidad civil y por ello no debe pasar desapercibido en el discurso nacional. En efecto, el Consejo de Estado ordenó implementar un sistema de asunción solidaria del riesgo de infecciones intrahospitalarias. Este artículo busca presentar este avance jurisprudencial y exhibir los elementos mínimos que deben integrarse al sistema para garantizar el cumplimiento de los fines planteados por el Consejo de Estado.

Un recorrido argumentativo lento pero constante nos ha traído hacia el estado actual de la jurisprudencia del Consejo de Estado sobre la responsabilidad aplicable a los cuidados médicos. Iniciada en 1997, establecida en 2013 y confirmada en 2014, la evolución hacia la responsabilidad objetiva por infecciones intrahospitalarias abre un nuevo capítulo en el derecho colombiano que va a garantizar un servicio de salud más eficiente, equitativo y solidario<sup>3</sup>. En efecto, un puente necesario entre la responsabilidad civil y el seguro fue construido por la Sala Tercera del Consejo de Estado en la Sentencia de 30 de abril de 2014<sup>4</sup>. Para determinar los alcances de esta decisión presentaremos en primera medida la orden emitida por el Consejo de Estado que busca implementar un sistema de asunción solidaria del riesgo de infecciones nosocomiales, dentro del marco de la teoría de la responsabilidad objetiva de las instituciones de salud (i) para luego señalar los aspectos básicos de un tal sistema que garantizarán el cumplimiento de los objetivos planteados por el Alto Tribunal (ii) para en último lugar precisar cuáles son las virtudes que tiene un sistema de esta naturaleza para lograr una denodada protección de víctimas (iii).

2 Reglero Campos, F. Lata, N. (2008), Tratado de Responsabilidad Civil, Tomo I, Ed: Thompson / Aranzadi, 2008, pp. 1351 y ss.

3 El Espectador, Uprimny Yepes, Rodrigo. "Infecciones hospitalarias y equidad". Recuperado el 24 de noviembre de 2013 de : [www.elespectador.com/opinion/infecciones-hospitalarias-y-equidad-columna-460154](http://www.elespectador.com/opinion/infecciones-hospitalarias-y-equidad-columna-460154)

4 Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia de 30 de abril de 2014, Exp. 28214. C.P. Danilo Rojas Betancourth.

## **I. LA TEORÍA DE LA RESPONSABILIDAD OBJETIVA APLICABLE A LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

En una elocuente aunque controversial<sup>5</sup> jurisprudencia, el Consejo de Estado procedió a extender la teoría de la responsabilidad objetiva a las infecciones de carácter intrahospitalario. Refiriéndonos únicamente a la historia reciente<sup>6</sup> del desarrollo jurisprudencial, 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 al Estado por los perjuicios causados por las infecciones intrahospitalarias. Debido a que este cambio tuvo lugar en dos momentos diferentes, nosotros seguiremos dicho orden para expresar sucintamente, en primera medida, el razonamiento que llevó al Consejo de Estado a extender la teoría de la responsabilidad objetiva al campo de las infecciones intrahospitalarias (a) para posteriormente determinar en concreto cuál fue el sistema que el Alto Tribunal ordenó que sea implementado en Colombia (b).

### **A. Las razones del Consejo de Estado para extender la teoría de la responsabilidad objetiva a las infecciones intrahospitalarias**

Los jueces colombianos se han visto confrontados cada vez más frecuentemente a la pregunta de quién debe ser la persona a cargo de las consecuencias patrimoniales de los daños ocasionados por las infecciones intrahospitalarias, especialmente en aquellos casos en que los prestadores institucionales de salud demuestran haber cumplido con las normas de asepsia, higiene y esterilización. 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

5 Noticias Uno, « Asociación Colombiana de Infectólogos está en contra de sentencia del Consejo de Estado ». Recuperado el 17 de noviembre de 2013 de: <https://www.youtube.com/watch?v=KzkKsRDp4w>.

6 Las Cortes colombianas habían, desde principios del siglo pasado, realizado una relectura del Código Civil con la introducción de la teoría de la responsabilidad objetiva: Padilla, J. Rueda, N. Zafra Sierra, M. (2014) Labor creadora de la jurisprudencia de la «Corte de Oro ». Los ejemplos de la causa del contrato, el error de derecho y la responsabilidad por actividades peligrosas. Revista de Derecho Privado, Núm. 26: 105-156.

evitar la presentación de estos eventos<sup>7</sup>. No existe duda entonces que hay un riesgo constante de infecciones intrahospitalarias y por lo tanto de producir daños en los pacientes.

Ante estos hechos reaccionó el Consejo de Estado afirmando 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. 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 imprevisibles<sup>8</sup>, lo cual es ajeno a las infecciones intrahospitalarias.

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<sup>9</sup> de la Sección Tercera del Consejo de Estado, se ordena hacer extensiva a los eventos de infección intrahospitalaria la categoría de riesgo alea para proceder a una atribución jurídica de responsabilidad<sup>10</sup>. 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. Veamos entonces la letra del pronunciamiento, cuya *ratio decidendi* se encuentra en los numerales 40 a 45 de la Sentencia:

7 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.

8 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.

9 Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia de 29 de agosto de 2013, Exp. 30283. C.P. Danilo Rojas Betancourth.

10 Este razonamiento del Consejo de Estado estuvo reiterado en la Sentencia de 11 de junio de 2014, Sección Tercera, Subsección A, Exp. 27.089 C.P. Hernán Andrade Rincón.

“40. De las cuatro modalidades de riesgo aceptadas por la jurisprudencia de esta Corporación (riesgo-peligro, riesgo-beneficio, riesgo-conflicto y riesgo-álea) la Sala considera que ésta última es la más apropiada para imputar jurídicamente responsabilidad a la administración por los daños derivados de infecciones intrahospitalarias, teniendo en cuenta 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”.

41. Hasta el momento, la aplicación de la categoría de riesgo-álea, que encuentra su origen en la jurisprudencia francesa, se ha reservado hasta en nuestro medio a aquellos supuestos en los que el daño se produce por la utilización de un aparato o instrumento empleado por la ciencia médica para el diagnóstico o tratamiento de ciertas enfermedades o patologías o por la ejecución de ciertos procedimientos para el mismo fin...

42. No obstante, la Sala considera que nada obsta para hacer extensiva la categoría de riesgo-álea a los casos en los cuales el daño es consecuencia de una infección contraída en un centro asistencial como quiera que en todas estas situaciones el daño surge por la concreción de un riesgo que es conocido por la ciencia médica, pero que se torna irresistible en tanto su concreción depende, muchas veces, de la “ineludible mediación del azar”.

43. 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

44. Tampoco puede considerarse, para efectos de exonerar de responsabilidad a la administración por los daños derivados de infecciones nosocomiales, que éstas encajan dentro de lo que la doctrina denomina como “riesgos del desarrollo”, pues este concepto se refiere específicamente a aquellos eventos, que no sólo son irresistibles, sino también imprevisibles. Las infecciones intrahospitalarias, según ya se señaló, 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<sup>38</sup>.

45. En suma, en criterio de la Sala, el riesgo puede servir como factor para atribuir jurídicamente responsabilidad a la administración por los daños causados como consecuencia de una infección de carácter intrahospitalario, entendida como aquella que se contrae por el paciente en el hospital o centro asistencial. En estos eventos la responsabilidad es de carácter objetivo, por lo que la parte demandada, para liberarse de la obligación de indemnizar los perjuicios, tendrá que demostrar que el paciente ya portaba el cuadro infeccioso antes de ingresar al nosocomio.»

Esta objetivación de la responsabilidad institucional implica que al paciente le basta con probar que el daño es consecuencia de una infección nosocomial adquirida durante su permanencia en el centro hospitalario para solicitar la indemnización de sus perjuicios, situación que podrá ser demostrada a través de indicios. Por su parte el Prestador de Servicios de Salud no podrá exonerarse con la prueba de la diligencia, sino demostrando que la infección no fue adquirida dentro de sus instalaciones.

## **B. El sistema de asunción solidaria de riesgos ordenado por el Consejo de Estado como consecuencia de la objetivación de la responsabilidad**

Más que haber anticipado al legislador, la jurisprudencia insta la reelaboración del instituto de la responsabilidad civil<sup>11</sup>. Este es el fenómeno que se evidencia en el tema de las infecciones intrahospitalarias puesto que la fórmula de objetivación de la responsabilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud fue complementado con una medida de carácter legislativa ordenada por el Consejo de Estado en sentencia de 30 de abril de 2014. Es así que en los numerales cuarto y quinto de la parte resolutive de la Sentencia los Magistrados se preceptúa:

*“CUARTO: Exhórtese al Ministerio de Salud y la Protección Social para que presente al Congreso de la República un proyecto de ley estableciendo un sistema de asunción solidaria del riesgo por infecciones nosocomiales u otro tipo de padecimientos iatrogénicos sobre los que se pueda predicar la responsabilidad sin mediación de culpa, para lo cual debe estudiarse la posibilidad de creación de un fondo estatal especial o seguro contra esta clase de riesgo.*

*QUINTO: Exhórtese a la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado para que en desarrollo de lo normado en la Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo haga uso de la figura de la iniciativa legislativa contemplada en el art. 112 de la ley con el fin de que se regule la materia o acompañe al Ministerio de Salud en el respectivo proyecto”*

Esta orden fue reiterada en sentencia de 29 de septiembre de 2015<sup>12</sup>. El Consejo de Estado emite así una persuasiva decisión cuya *ratio de-*

11 Lanni, S. (2013) La reelaboración de la responsabilidad civil: nuevos códigos civiles y dialogo europeo-latinoamericano. Revista de Derecho Privado, Núm. 25, 219-234.

12 Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 29 de septiembre de 2015, Exp. 21774, C.P. Stella Conto Diaz.

*cidendi* especificó los elementos esenciales de este tipo de sistema de asunción solidaria del riesgo, como será expuesto a continuación:

Recordemos que el riesgo de contagio de infecciones nosocomiales nunca puede ser llevado a cero ya que los microorganismos de carácter hospitalario no pueden erradicarse en su totalidad de manera que su prevención es solo posible parcialmente. A ello se suman factores de riesgo inexorables a la prestación del servicio, como son: el sitio operatorio, la duración del procedimiento, las comorbilidades del paciente<sup>13</sup> o la complejidad y duración del acto quirúrgico<sup>14</sup>. Este es entonces un riesgo particular en el sentido que este tipo de infecciones es cada vez menos marginal y comienza a presentar una *cierta historicidad*<sup>15</sup>, pues puede reconocerse una determinada expectativa de daño. Por ello, para el Alto Tribunal, 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 puesto que en este caso el daño es causado por un microorganismo científicamente imposible de neutralizar. Es por ello que basándose en los artículos 49 y 90 de la Constitución Política, y teniendo como referente la experiencia extranjera, los Magistrados reconocen la responsabilidad del Estado por los daños causados a personas afectadas por una infección intrahospitalaria a título del riesgo excepcional.

Sin duda, el Alto Tribunal innovó en la noción de la responsabilidad objetiva, e hizo gala de prudencia, al no condicionar la protección de víctimas a una correlativa limitación de la responsabilidad del agente, como ha sido la tendencia en los campos de transporte aéreo de pasajeros, contaminación marítima por hidrocarburos, contaminación nuclear<sup>16</sup> o como había sido anteriormente establecido en el área de responsabilidad patronal<sup>17</sup>. De otro lado, el Consejo de Estado no si-

13 Despaigne Alba, I. et al. (2013) Consideraciones actuales sobre las infecciones posoperatorias. Revista Medisan, 17(4), 686-707.

14 Londoño, Á. et al. (2011). Características epidemiológicas y factores de riesgo relacionados con la infección en el sitio operatorio en procedimientos de cirugía general. Revista chilena de cirugía, 63(6), 559-565.

15 Burgos, O. (2010). La evolución del deber de responder: desde la responsabilidad civil hacia el daño. Sus proyecciones en el Derecho de Seguros. Revista Ibero-Latinoamericana de Seguros, 33(19) 121-135.

16 Rosso Elorriaga, G. (2014). El principio de la responsabilidad objetiva limitada: un elemento de equilibrio sistémico que no contradice el denominado principio de la reparación integral del daño. Revista de Derecho Privado, Núm. 26, 449-497.

17 Corte Suprema de Justicia Sala Laboral, Sentencia SL-5463, 5 de junio de 2015. Rad. 44395 M. P. Jorge Mauricio Burgos.

guió teorías eficientistas basadas en la escasez de recursos, sino que por el contrario propende por una tercera vía, basada en el respeto de los derechos a través de un mecanismo racional de distribución de riesgos (numerales 49 y 50 de la Sentencia).

Consideraron los Magistrados que una carencia de medidas legislativas y de organización administrativa y presupuestal es constitucionalmente inaceptable de manera que es necesario complementar el diseño actual del sistema de salud para evitar la concentración desproporcionada de la carga indemnizatoria en los prestadores de salud. Para el Consejo, de no evitarse dicha concentración de la carga indemnizatoria se producirá una disfuncionalidad interna del sistema de salud y por consiguiente una afectación de los derechos de los pacientes. Sin duda el Alto Tribunal está respondiendo a una preocupación legítima de los prestadores<sup>18</sup> que vieron en la Sentencia de 29 de agosto de 2013 una fuente constante de disputas judiciales.

Ordena entonces la Sala Tercera la instauración de un sistema que, a través de seguros o fondos especiales, permita distribuir el riesgo propio de la atención hospitalaria teniendo como base, por orden expresa de los Magistrados, los modelos francés y español (numeral 72 de la Sentencia). Dicho sistema deberá hacer viable la distribución solidaria del riesgo y la viabilidad financiera una vez se verifique la existencia de una infección nosocomial u otros padecimientos iatrogénicos, para lo cual debe crearse un fondo estatal especial.

## **II. LOS ELEMENTOS NECESARIOS DEL SISTEMA DE ASUNCIÓN DE RIESGOS PARA CUMPLIR LOS FINES PLANTEADOS CON LA OBJETIVACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD**

El diseño e implementación de un sistema de esta naturaleza debe garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados por el Consejo de Estado. En esta dirección, aclararemos de manera preliminar los requisitos para que una infección intrahospitalaria sea asumida por el sistema (a) para luego plantear cuáles son los elementos básicos necesarios para la consecución de los fines que se persiguen con la objetivación de la responsabilidad (b).

18 Asociación Colombiana de Infectología. Foro: *“Impacto de las infecciones asociadas a la atención en salud en el sistema de salud colombiano*, 26-27 de febrero 2015, Bogotá, Hotel Tequendama.

## **A. Requisitos para acceder a la asunción solidaria del riesgo**

Le 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.

El cumplimiento de estas condiciones asegura que el sistema no absorba<sup>19</sup> otros casos que son del ámbito de la responsabilidad subjetiva, que responden a otro esquema probatorio y a otro tipo de juicio de imputación, como lo es la culpa profesional<sup>20</sup> por creación de riesgos que resulten en resultados lesivos<sup>21</sup>, el error sobre el paciente o la extremidad a operar<sup>22</sup>, las faltas profesionales de orden anestésico<sup>23</sup>, la violación a la obligación de informar<sup>24</sup>, la pérdida de oportunidad<sup>25</sup>, el abandono intrahospitalario<sup>26</sup>, la violación del secreto profesional<sup>27</sup>, la falta en el diligenciamiento de la historia clínica<sup>28</sup>, la falta de segui-

19 Larroumet, C. (1999) L'indemnisation de l'aléa thérapeutique. *Revue Petits affiches*, n°189, 16.

20 Huriet, C. (2012). La loi Kouchner est tout sauf une loi de circonstance!. *Revue Gazette du Palais, Dommage corporels*, 168, 7.

21 Bernate Ochoa, F. (2010). Imputación objetiva y responsabilidad penal médica. Universidad del Rosario, Bogotá.

22 Márquez, A. et al., (2012). Cirugía del lado erróneo, implicación del paciente y los profesionales. Experiencia en la Cirugía Mayor Ambulatoria de la Unidad del Pie. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, Vol. 56, Num. 02. 104-114.

23 Manrique Bacca, J. (2006). Características de las demandas por lesiones a nervios periféricos durante procedimientos invasivos. Vinculación de los anestesiólogos. *Revista colombiana de anestesiología*. vol.34, n.2. 83-88.

24 Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia de 2 de marzo de 2016, Rad. 2000-1116, M.P. Margarita Cabello Blanco.

25 Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 26 de febrero de 2014, Rad. 33492. C. P. Carlos Alberto Zambrano.

26 Tribunal Superior de Distrito Judicial de Cundinamarca, Sala Civil, Sentencia de 7 de marzo de 2013, Rad. 2009-00005, M.P. Jaime Londoño Salazar.

27 Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión, Sentencia de 6 de julio de 2006, Ref. T-1291305, M.P. Alvaro Tafur Galvis.

28 Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia de 14 de noviembre de 2014, Rad. 2008-469, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

miento al proceso de embarazo<sup>29</sup> y los demás que han sido objeto de pronunciamiento judicial o sanción disciplinaria que evidencian un reproche al comportamiento profesional o institucional.

## **B. Elementos necesarios del sistema de asunción de riesgos para la consecución de los fines de la objetivación de la responsabilidad**

El Consejo de Estado, en la *ratio decidendi* contenida en el numeral 72 de la Sentencia de 30 de abril de 2014 y en los artículos cuarto y quinto de su parte resolutive, señala unos elementos básicos del sistema de asunción de riesgos que son necesarios para la consecución de los fines que se persiguen con la objetivación de la responsabilidad:

- i) Un sistema de seguros o fondos especiales,
- ii) Que distribuyan el riesgo,
- iii) Para que se garantice la asunción solidaria de la carga indemnizatoria,
- iv) asegurando la viabilidad financiera de los intervinientes.

Al respecto la doctrina afirma que los principios que deben guiar<sup>30</sup> el funcionamiento de este tipo de sistemas de asunción de riesgos son la *simplicidad*, la *celeridad* y la *protección de las víctimas*.

Nadie duda que los beneficios del establecimiento de un sistema solidario de indemnización son numerosos. Particularmente, el hecho de que un sistema de este tipo permite una amplia socialización del riesgo, el cual una vez ocurrido se indemniza a través la estructura financiera.

Proponemos que en el marco de esta iniciativa legislativa se implemente una Comisión pre-judicial encargada de determinar en primera medida si el hecho dañoso es susceptible o no de constituir una culpa profesional o institucional. Esta Comisión deberá hacer un examen sucinto de responsabilidad, centrándose en los indicios que según el Consejo de Estado en la línea jurisprudencial de la responsabilidad por infecciones intrahospitalarias, son indicadores de un contagio de carácter nosocomial. En efecto, para el Consejo de Estado, es particularmente diciente el tipo de bacteria (recordemos que las nosocomiales

29 Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 10 de septiembre de 2014, Rad. 01(29590), C.P. Enrique Gil Botero.

30 Op. cit. Larroumet, 1999.

son científicamente diferenciables de las otras), el contagio de otros pacientes internados en la misma institución, que se trate de una bacteria multiresistente o que su inicio haya ocurrido 48 horas luego del ingreso ocasionando síntomas diferentes a aquellos con los que el paciente fue admitido en un principio.

Para cumplir con los requisitos mínimos planteados por el Consejo de Estado, como son la distribución de riesgos de forma solidaria asegurando la estabilidad financiera y la indemnización integral de perjuicios, el legislador puede crear una instancia de indemnización que siga el modelo europeo<sup>31</sup>: un sistema mixto constituido por seguros obligatorios de responsabilidad civil y complementado por un fondo especial de carácter público<sup>32</sup>. Una Comisión de Indemnización de las Infecciones Intrahospitalarias, en el seno de este sistema, será el mecanismo que permita el respeto de los principios de simplicidad, celeridad y protección de víctimas. En Francia dicha Comisión, denominada ONIAM<sup>33</sup>, tiene amplias facultades coercitivas y está dotada de la discrecionalidad científica suficiente para determinar el origen de la infección. En efecto, la Comisión evaluará si se trata de una infección nosocomial y siendo el caso transmitirá el expediente al asegurador quien procederá a indemnizar a la víctima dentro de los límites del contrato de seguro. Subsiguientemente, la Comisión transmitirá el caso al fondo especial de indemnización para la cobertura de los montos del daño que superan los topes y límites de cobertura del asegurador del prestador de salud.

Es en este estadio cuando la innovación que ordenó el Consejo de Estado podrá verdaderamente tener lugar. Así, si la protección de las víctimas es el objetivo principal, secundado por la sostenibilidad del sistema, el asegurador puede ser encargado de la indemnización de las víctimas de manera previa al juicio de responsabilidad civil. El proceso de determinación de responsabilidades será llevado a cabo posteriormente, frente a las jurisdicciones civil y administrativa. De esta forma, se garantiza la simplicidad y la celeridad puesto que las víctimas no deberán encargarse de engorrosos procesos judiciales sino que, habiendo sido reparadas, es posteriormente a las instituciones intervinientes en

31 Voidey, N. (2005). Droits de patients: vers une harmonisation des législations européennes. *Revue Gazette du Palais*, n°97, 14.

32 Hocquet-Berg, S. (2015). Responsabilité médicale sans faute, infection nosocomiale. *JurisClasseur Responsabilité civile et assurances*, fascicule 440-55: Santé, LexisNexis.

33 Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM).

el servicio de salud, responsables directas o secundarias del daño, las encargadas de delimitar entre sí la carga final de la indemnización.

En igual medida el legislador evitará que este sistema absorba la responsabilidad por culpa médica, pues las hipótesis de su ocurrencia serán cuidadosamente examinadas por la Comisión y enviadas para su discusión frente al juez competente. Sin duda, de esta forma, la verdad jurídica será secundada por la verdad científica de los hechos y así una supuesta “argumentabilidad” (o interpretación) de las culpas, propia “propia de las vicisitudes de un trámite judicial, será excluida. Igualmente, en aplicación del principio de celeridad, la Comisión contará con elementos de prueba de primera mano, lo que le evita a las víctimas de someterse a las restricciones probatorias propias de un trámite procesal jurisdiccional, como es la lentitud y el distanciamiento temporal al momento de los hechos. Esta es la razón por la cual la Comisión deberá tener las herramientas jurídicas para estudiar de forma expedita si el perjuicio proviene de una culpa médica o de una infección nosocomial, ya que la primera en ninguna medida podrá ser objeto de la indemnización previa a través del fondo especial<sup>34</sup>.

La instauración de comisiones pre-judiciales de indemnización es un método usual en los países industrializados pues permiten la transmisión de la carga financiera de la reparación hacia la sociedad en su conjunto, representada en el sistema de indemnización<sup>35</sup>. Estas comisiones respaldan la celeridad en la indemnización y le evitan a las víctimas un desgastante proceso judicial que definitivamente es más fácil sobrellevado por las instituciones que por las personas naturales. También previene que las víctimas se queden sin indemnización ante la insolvencia o la ausencia de culpa del prestador, una de las mayores preocupaciones expresada por el Consejo de Estado en la línea jurisprudencial reseñada.

En el seno de este tipo de comisiones los aseguradores proceden a una indemnización directa de los perjuicios puesto que el acercamiento entre el *solvens* y el *accipens* permite una aceleración y una simplificación de la reparación del daño<sup>36</sup>. Esto se ha denominado como ‘técnica de seguro directo’ (*first party insurance / assurance en avance*

34 Op. cit. Larroumet, 1999.

35 Op. Cit. Voidey, 2005.

36 Pierre, P. (2014). L'incidence de l'assurance sur le droit français de la responsabilité. Revue Petites affiches, Droit des obligations n°52, 48.

*sur recours*) lo cual reduce los costos de transacción y es ampliamente difundido para la indemnización de siniestros médicos, de tránsito y de construcción<sup>37</sup>. Esta técnica es otro de los grandes avances en el sistema contemporáneo de la responsabilidad civil ya que disocia el problema en dos fases, primero la indemnización de la víctima por parte del asegurador y posteriormente permite la determinación de la responsabilidad entre las instituciones prestadoras y sus aseguradores a través de la subrogación<sup>38</sup> contra la persona culpable.

De este modo la indemnización se separa de la responsabilidad civil pues el asegurador pasa a prefinanciar la reparación de la víctima sin tener en cuenta el papel del responsable en la ocurrencia del siniestro. Se pospone así el juicio de imputación a un segundo estadio para que sea modulado en sus justas proporciones. El seguro complementará sin duda alguna la responsabilidad civil, haciendo más creíble la promesa común de resarcimiento de las víctimas<sup>39</sup> de las infecciones intrahospitalarias.

El asegurador será subsiguientemente subrogado en los derechos de la víctima<sup>40</sup>, pudiendo solicitar el pago de la totalidad de la reparación al responsable, es decir el hospital, el médico y/o la EPS si hubo una culpa de su parte en la causación del daño. Es entonces en último término, por la vía de un mecanismo de solución de conflictos o de un proceso judicial, que la carga final de la indemnización será imputada según las reglas ordinarias del derecho de la responsabilidad civil<sup>41</sup>.

Un sistema pensado de esta manera permite, como ya ha sido demostrado en países industrializados, que la “*solidaridad nacional ampare la responsabilidad civil*”<sup>42</sup> logrando que los daños graves originados en una infección intrahospitalaria pesen, no únicamente sobre el patrimonio del responsable, sino en la sociedad en su conjunto y específicamente sobre el Estado y el sistema financiero representado en el fondo especial y en las entidades aseguradoras, respectivamente.

37 Op. Cit, Voidey, 2005.

38 “La acción subrogatoria tiene su fundamento en el pago de la indemnización al beneficiario, pero su origen está en el hecho del tercero que causó un perjuicio al asegurado”: Jaramillo Salgado, P. Bernal Calvo, J. (2006). Subrogación del asegurador y corrección monetaria. Revista Legis de Contabilidad y Auditoría, n°11.

39 Op. cit. Burgos, O. 2010.

40 Op. cit. Hocquet-Berg, 2015.

41 Ibidem.

42 Ibidem.

Esta solidaridad que se predica del fondo de indemnización implica que en su constitución y funcionamiento deben contribuir todos los participantes del sistema de salud y el Estado. Como ha sido verificado en otras latitudes<sup>43</sup> el sistema funciona de manera adecuada cuando el riesgo se distribuye de forma racional a través de la utilización de contratos de seguros<sup>44</sup>. De este modo la ley puede ordenar un seguro obligatorio para el cubrimiento de las consecuencias dañosas de las infecciones nosocomiales a cargo de los profesionales, las IPS y las EPS. Una ley que disponga un seguro obligatorio en este sentido complementará el sistema de responsabilidad existente, con lo cual nuestro país responderá a una tendencia de establecer seguros obligatorios que no ha cesado de extenderse durante el siglo pasado pero particularmente con mayor fuerza en los dos últimos decenios<sup>45</sup>, lo cual es prueba de su efectividad.

Luego, estos contratos de seguro deben ser complementados por el fondo especial en el momento en el cual los límites contractuales de garantía impidan una indemnización integral de los perjuicios sufridos por las víctimas. Por ello la intervención del fondo especial tendrá lugar una vez los recursos del seguro de responsabilidad de los hospitales y de las EPSs sean agotados. Adicionalmente, podría plantearse que, en vista del actual estado de desfinanciación del FOSYGA, el nuevo fondo, siguiendo el modelo de Francia<sup>46</sup>, sea sufragado por varios medios: un impuesto directo sobre los contratos de seguro adquiridos por los hospitales y clínicas, una contribución anual según el volumen neto de negocios del sector asegurador y por las multas impuestas a las aseguradores reticentes a cancelar las indemnizaciones ordenadas por la Comisión<sup>47</sup>. Este es el concepto de la solidaridad que existe en el sistema francés, puesto que todos los intervinientes al servicio de salud deben contribuir a la reparación de las víctimas<sup>48</sup>. Solidaridad no significa únicamente financiación estatal de manera que siguiendo una tradición de vieja data, nuestro país puede sin temor aplicar<sup>49</sup> los avances que en este sentido han demostrado los sistemas europeos.

43 Op. cit. Voidey, 2005.

44 Op. cit. Hocquet-Berg, 2015.

45 Op. cit. Pierre, 2014.

46 Prieur, S. (2015). Infection nosocomiale et action récursoire de l'ONIAM: le droit à l'information du patient est intransmissible. *Revue Petites affiches, Droit de la santé*, n°42, p. 9.

47 Op. cit. Pierre, 2014.

48 Op. cit. Pierre, 2014.

49 Ordonez, A. (2014). Las nuevas tendencias del derecho de seguros en las legislaciones más recientes de los países latinoamericanos. *Revista de Derecho Privado*, n°2, 305-349.

### **III. A MODO DE CONCLUSIÓN: LAS VIRTUDES DE UN SISTEMA DE ASUNCIÓN SOLIDARIA DEL RIESGO DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS PARA LOGRAR UNA DENODADA PROTECCIÓN DE VÍCTIMAS**

La obligación de asegurarse frente al riesgo de infección nosocomial ha sido analizada por la doctrina como una necesaria intervención estatal para corregir las imperfecciones del mercado<sup>50</sup>. Sin duda, frente al nuevo esquema de responsabilidad por infecciones nosocomiales, los hospitales y las clínicas tomarán esforzadas medidas para reducir los microorganismos presentes en sus instalaciones, lo cual no resta sino aplaudirlo teniendo en cuenta que la tecnología actual permite un reducción certera de este riesgo. Pero nada permite pensar que los prestadores de salud serán menos tímidos para solicitar coberturas adicionales en sus contratos de responsabilidad civil para cubrir este riesgo, más aun si se tiene en cuenta que el país sigue siendo reticente<sup>51</sup> a gestionar su patrimonio a través de contratos de seguros.

El legislador deberá entonces proceder a implementar un sistema obligatorio de seguros que permitirá una indemnización general de los perjuicios<sup>52</sup> sufridos por las víctimas de las infecciones intrahospitalarias. Por su parte el gremio asegurador no dudará en dar testimonio del crecimiento exponencial del mercado colombiano de seguros<sup>53</sup> y responderá con productos acordes al nuevo escenario jurídico de responsabilidad, teniendo en cuenta que el derecho de seguros en Colombia se caracteriza cada vez más por ser formal, regulado y supervisado<sup>54</sup>. Un sistema mixto (seguros obligatorios y un fondo especial) es además la solución por la que han optado algunos países en presencia de un mercado de seguros vigoroso, lo que permite además intervención marginal del Estado<sup>55</sup>.

50 Knetsch, J. (2012) L'Etat face à l'inassurabilité des risques: étude sur les limites de l'assurance à partir de l'exemple de la responsabilité civile médicale», *Revue général du droit des assurances*, n°2012-04, 937.

51 Cuevas, M. (2015). Qué espera el país de la industria aseguradora? Síntesis de la presentación del Superintendente Financiero de Colombia. *Revista Fasescolda*, n° 161, p. 56-61.

52 Op. cit. Knetsch, 2012.

53 Rogan, P. (2015) *Reinsurance Law Review*. Law Business Research, London.

54 Herrera Díaz, R. (2010). Intervención del Estado y regulación de las entidades aseguradoras en Colombia: vamos en la dirección correcta ? *Revista Ibero-Latinoamericana de Seguros*, 33(19), 45-76.

55 Op. cit. Knetsch, 2012.

La instauración de un órgano de mutualización por la vía de este sistema permitirá responder a todas las expectativas de los intervinientes: a los hospitales y a las EPSs de estar cubiertos contra el riesgo, a las víctimas de ser indemnizadas de forma expedita, a los aseguradores de tener un margen de maniobra financiera<sup>56</sup> y al Estado de distribuir la carga de la indemnización para evitar las condenas en serie. En especial la protección de víctimas será fortalecida.

Por el contrario, en ausencia de un sistema de asunción solidaria del riesgo, las víctimas serán necesariamente afectadas ya que la responsabilidad civil no garantiza la solvencia del responsable, solo la atribución de la carga de reparación, ni tampoco evita la ruina del hospital abocado a indemnizaciones en serie. El círculo vicioso entre la indemnización y la afectación económica del responsable debe ser interrumpido a través de una fórmula *racional*, como lo menciona el Consejo de Estado y es por ello que un sistema mixto garantizará la reparación de daños, la contribución solidaria y la estabilidad financiera de los intervinientes en el sistema de salud.

En último lugar, la creación de un seguro obligatorio permite una intervención directa del legislador sobre el contrato de seguro<sup>57</sup>. En efecto, lo que anteriormente no podía ser intervenido por el juego de las cláusulas contractuales, una vez constituida la obligación de asegurarse, podrá ser controlado por el legislador al establecer cláusulas-tipo<sup>58</sup> que reflejen una política pública de protección de víctimas dentro de un esquema de libertad de empresa.

Un sistema pensado de tal forma abrirá los ojos de la sociedad a un problema grave de salud pública<sup>59</sup> como ya se ha realizado en otros países, puesto que, parafraseando a la profesora Patricia Jaramillo Salgado “*de la experiencia europea hay mucho por aprender y está todo por hacer; los cuestionamientos que se tuvieron al inicio en Europa son los que hoy se plantean en Colombia*”<sup>60</sup>.

Recordemos que el instrumento de la comparación es una técnica avanzada para recorrer un camino que se muestre definitivamente más

56 Op. cit. Pierre, 2014.

57 Op. cit. Pierre, 2014.

58 Languado Giraldo, C. (2003). Condiciones generales, cláusulas abusivas y el principio de buena fe en el contrato de seguro. Revista Universitas, n°105, 2003, 231-251.

59 Op. cit. Hocquet-Berg, 2015.

60 Jaramillo Salgado, P. (2011) La Protección del consumidor y los principios del derecho europeo del contrato de seguro. Revista Fasecolda, n°144, 36-39.

corto o por el contrario para evitar perderse en senderos inciertos. Es por ello que, como lo menciona una autora<sup>61</sup>, es práctica recurrente en Italia, Portugal, Grecia, Austria, Alemania e Inglaterra el análisis de las instituciones jurídicas a través del espectro de las experiencias de otros países. Por ello nada obsta para que el legislador Colombiano siga el ejemplo europeo para establecer un sistema que responda a las necesidades del país, pero más aún, para responder al interés de poner nuestro sistema de responsabilidad civil en un estado que no solo respete los derechos de las víctimas, sino que al mismo tiempo se preocupe por su efectiva indemnización.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 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.
- Asociación Colombiana de Infectología. Foro: “Impacto de las infecciones asociadas a la atención en salud en el sistema de salud colombiano, 26-27 de febrero 2015, Bogotá, Hotel Tequendama.
- BERNATE OCHOA, F. (2010). Imputación objetiva y responsabilidad penal médica. *Universidad del Rosario*, Bogotá.
- BURGOS, O. (2010). La evolución del deber de responder: desde la responsabilidad civil hacia el daño. Sus proyecciones en el Derecho de Seguros. *Revista Ibero-Latinoamericana de Seguros*, 33(19) 121-135.
- CUEVAS, M. (2015). Qué espera el país de la industria aseguradora? Síntesis de la presentación del Superintendente Financiero de Colombia. *Revista Fasecolda*, n° 161, p. 56-61.
- DESPAIGNE ALBA, I. et al. (2013) Consideraciones actuales sobre las infecciones posoperatorias. *Revista Medisan*, 17(4), 686-707.
- El Espectador, Uprimny Yepes, Rodrigo. “Infecciones hospitalarias y equidad”. Recuperado el 24 de noviembre de 2013 de: [www.elespectador.com/opinion/infecciones-hospitalarias-y-equidad-columna-460154](http://www.elespectador.com/opinion/infecciones-hospitalarias-y-equidad-columna-460154)
- HERRERA DÍAZ, R. (2010). Intervención del Estado y regulación de las entidades aseguradoras en Colombia: vamos en la dirección correcta ?. *Revista Ibero-Latinoamericana de Seguros*, 33(19), 45-76.

---

61 Infantino, M. (2014). Hacia un derecho europeo de la responsabilidad civil? Los proyectos, los métodos, las perspectivas. *Revista de Derecho Privado*, Num. 26. 449-497.

- HOCQUET-BERG, S. (2015). Responsabilité médicale sans faute, infection nosocomiale. *JurisClasseur Responsabilité civile et assurances*, fascicule 440-55: Santé, LexisNexis.
- HURIET, C. (2012). La loi Kouchner est tout sauf une loi de circonstance!. *Revue Gazette du Palais, Dommege corporels*, 168, 7.
- INFANTINO, M. (2014). Hacia un derecho europeo de la responsabilidad civil? Los proyectos, los métodos, las perspectivas. *Revista de Derecho Privado*, Núm. 26. 449-497.
- JARAMILLO SALGADO, P. BERNAL CALVO, J. (2006). Subrogación del asegurador y corrección monetaria. *Revista Legis de Contabilidad y Auditoría*, n°11.
- JARAMILLO SALGADO, P. (2011) La Protección del consumidor y los principios del derecho europeo del contrato de seguro. *Revista Fasecolda*, n°144, 36-39.
- KNETSCH, J. (2012) L'Etat face à l'inassurabilité des risques: étude sur les limites de l'assurance à partir de l'exemple de la responsabilité civile médicale», *Revue générale du droit des assurances*, n°2012-04, 937.
- LANNI, S. (2013) La reelaboración de la responsabilidad civil: nuevos códigos civiles y diálogo europeo-latinoamericano. *Revista de Derecho Privado*, Núm. 25, 219-234.
- LANGUADO GIRALDO, C. (2003). Condiciones generales, cláusulas abusivas y el principio de buena fe en el contrato de seguro. *Revista Universitas*, n°105, 2003, 231-251.
- LARROUMET, C. (1999) L'indemnisation de l'aléa thérapeutique. *Revue Petits affiches*, n°189, 16.
- 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.
- LONDOÑO, Á. et al. (2011). Características epidemiológicas y factores de riesgo relacionados con la infección en el sitio operatorio en procedimientos de cirugía general. *Revista chilena de cirugía*, 63(6), 559-565.
- LÓPEZ MEDINA, D. E., 2006. Interpretación constitucional. *Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla*, Universidad de Colombia, Bogotá, pp. 100 y ss.
- MANRIQUE BACCA, J. (2006). Características de las demandas por lesiones a nervios periféricos durante procedimientos invasivos. Vinculación de los anesthesiólogos. *Revista colombiana de anesthesiología*. vol.34, n.2. 83-88.
- MÁRQUEZ, A. et al., (2012). Cirugía del lado erróneo, implicación del paciente y los profesionales. Experiencia en la Cirugía Mayor Ambulatoria de la Unidad del Pie. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, Vol. 56, Num. 02. 104-114.

- Noticias Uno, “Asociación Colombiana de Infectólogos está en contra de sentencia del Consejo de Estado”. Recuperado el 17 de noviembre de 2013 de: <https://www.youtube.com/watch?v=-KzkKsRDp4w>.
- ORDÓÑEZ, A. (2014). Las nuevas tendencias del derecho de seguros en las legislaciones más recientes de los países latinoamericanos. *Revista de Derecho Privado*, n°2, 305-349.
- PADILLA, J. RUEDA, N. ZAFRA SIERRA, M. (2014) Labor creadora de la jurisprudencia de la “Corte de Oro”. Los ejemplos de la causa del contrato, el error de derecho y la responsabilidad por actividades peligrosas. *Revista de Derecho Privado*, Núm. 26: 105-156.
- PIERRE, P. (2014). L'incidence de l'assurance sur le droit français de la responsabilité. *Revue Petites affiches, Droit des obligations* n°52, 48.
- PRIEUR, S. (2015). Infection nosocomiale et action récursoire de l'ONIAM: le droit à l'information du patient est intransmissible. *Revue Petites affiches, Droit de la santé*, n°42, p. 9
- REGLERO CAMPOS, F. LATA, N. (2008), *Tratado de Responsabilidad Civil*, Tomo I, Ed: Thompson / Aranzadi, 2008, pp. 1351 y ss.
- ROGAN, P. (2015) *Reinsurance Law Review*. Law Business Research, London.
- ROSSO ELORRIAGA, G. (2014). El principio de la responsabilidad objetiva limitada: un elemento de equilibrio sistémico que no contradice el denominado principio de la reparación integral del daño. *Revista de Derecho Privado*, Núm. 26, 449-497.
- VOIDEY, N. (2005). Droits de patients: vers une harmonisation des législations européennes. *Revue Gazette du Palais*, n°97, 14.
- Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia de 30 de abril de 2014, Exp. 28214. C.P. Danilo Rojas Betancourth.
- Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia de 29 de agosto de 2013, Exp. 30283. C.P. Danilo Rojas Betancourth.
- Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 26 de febrero de 2014, Rad. 33492. C. P. Carlos Alberto Zambrano.
- Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 11 de junio de 2014, Exp. 27.089 C.P. Hernán Andrade Rincón.
- Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 10 de septiembre de 2014, Rad. 01(29590), C.P. Enrique Gil Botero.
- Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 29 de septiembre de 2015, Exp. 21774, C.P. Stella Conto Diaz.

Colombia, Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión, Sentencia de 6 de julio de 2006, Ref. T-1291305, M.P. Alvaro Tafur Galvis.

Colombia, Tribunal Superior de Distrito Judicial de Cundinamarca, Sala Civil, Sentencia de 7 de marzo de 2013, Rad. 2009-00005, M.P. Jaime Londoño Salazar.

Colombia, Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia de 14 de noviembre de 2014, Rad. 2008-469, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

Corte Suprema de Justicia Sala Laboral, Sentencia SL-5463, 5 de junio de 2015. Rad. 44395 M. P. Jorge Mauricio Burgos.

Colombia, Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia de 2 de marzo de 2016, Rad. 2000-1116, M.P. Margarita Cabello Blanco.