

MARCO TEÓRICO

Al verificar el entramado legislativo que del tema Responsabilidad del Estado, se encuentran en Colombia, se halló que no preexiste una definición de acto médico. Lo que lleva a verificar la legislación en Derecho comparado para iniciar el estudio del marco teórico de este tema. En el sistema legislativo de Perú, específicamente en el “Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú artículo 12” menciona una de las definiciones del “acto médico” Cabanillas Ortiz, Perales Cabrera, Mendoza Fernández, Molero Castro, & Zavala Sarrio, (2007), así:

“Artículo 12. El acto médico es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Han de entenderse por tal, los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico, en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico.” (p. 12)

Así pues, en el continente europeo, la asociación europea de médicos Especialistas se refirió acerca del acto médico como: “conjunto de pasos efectuados, en todos los campos de la salud, exclusivamente por un doctor en medicina, con vistas a formular un diagnóstico, seguido, si es necesario, de la aplicación de acciones médicas terapéuticas o preventivas” (De Las Heras García, 2008, 2do Tomo).

Del significado expresado por la asociación europea de médicos especialistas, se puede definir que: el acto médico se funda en una relación binaria de dos extremos plenamente identificados (paciente-médico) en ese entendido, el acto médico se basa en sistemas y técnicas que inician con la valoración inicial, por medio de la cual, el galeno examina el estado de salud general del paciente para delimitar la contingencia que padece, esta etapa es comúnmente denominada diagnóstico. En definitiva, cualquier acto médico persigue un fin posterior que se cimienta en lograr el aliento y restitución de la salud del paciente, poniendo en el acto médico, el cúmulo de conocimientos detentados y los procedimientos terapéuticos o quirúrgicos dispuestos por la ciencia médica, las guías y

protocolos médicos, todo lo anterior propendiendo por la independencia, el respeto a los derechos, y la autonomía del paciente.

Características del Acto Médico

Los doctrinantes españoles Gisbert Calabuig y Villanueva Cañadas pronuncian que el acto médico es cualquier acción legal, permitida y autorizada, que se realiza por un profesional en medicina, el cual está debidamente preparado, y que tiene el fin de curar una patología o la prevención y promoción de la salud integral de los ciudadanos. (Gisbert Calabuig & Villanueva Cañadas, 2004, p. 1-1934) Definición de la cual se pueden extractar los elementos principales y característicos que rigen un acto médico como son:

I. Actividad lícita.

- 1. Por sus fines. El fin ha de ser necesariamente curativo, preventivo, paliativo o de alivio a algún padecimiento o para la mejoría del aspecto estético (lo cual incluye la mejora de la salud integral).*
- 2. Por consenso. El acto médico es un acto personal y bilateral, tiene que haber consentimiento del paciente para que sea estrictamente lícito.*
- 3. Ajustado a la Lex Artis. Aunque clásico ha ganado últimamente gran relevancia jurídica, al hacer las sentencias judiciales continúa alusión a este concepto y ser el punto de referencia de la buena práctica profesional. El acto médico tiene que responder a las exigencias deontológicas, legales y profesionales que regulan el ejercicio profesional.*

II. Actividad legítima.

La legitimidad, para el acto médico, nace de la ley, que protege esta actividad y le confiere el monopolio a los médicos que cumplan con los requisitos exigidos por el Estado para esta actividad. De este modo, el médico puede realizar una serie de actuaciones sobre el cuerpo que estarían tipificadas como delito, pero que al ser realizadas por el están legitimadas. Así, la amputación de una pierna hecha por una persona no médico sería un delito de lesiones, mientras que hecha por un médico es un acto terapéutico, etc. Esta actividad, conferida en monopolio a los poseedores del título de Médico, no sólo se concede de modo formal, sino que el estado la protege castigando al que realiza actividades propias de esta profesión sin reunir los requisitos necesarios de titulación.” (Gisbert Calabuig & Villanueva Cañadas, 2004, p. 1-1934)

Extractando lo anteriormente dicho, se logra concluir que para que un acto médico tenga plena validez, el mismo debe perseguir los siguientes requisitos:

1. un fin curativo o paliativo
2. El consentimiento del paciente
3. Que el acto médico este ajustado a los protocolos y guías de manejo y atención medica, y la legitimidad del galeno, es decir que el mismo tenga los conocimientos afines y los estudios y grados necesarios para poder realizar el acto en sí.

Acto Médico Complejo

La jurisdicción contenciosa administrativa al desarrollar el examen jurídico del acto médico, creo una extensión del término al referirse de él en los siguientes términos:

“En la responsabilidad patrimonial por la falla médica involucra no sólo el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, sino que también se refiere a todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, hasta que culmina su demanda del servicio, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo”(Correa Palacio, Sentencia nº 19101 de Consejo de Estado, 2010)

En virtud a lo anterior, refiriéndose al acto médico complejo, el Consejo de Estado ha implementado la argumentación que la doctrina ha realizado, plasmándola en la siguiente manera:

“(i) actos puramente médicos, que son realizados por el facultativo; (ii) actos paramédicos, que son las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; que regularmente son llevadas a cabo por personal auxiliar, tales como: suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos, controlar la tensión arterial, etc. y (iii) actos extra médicos, que están constituidos por los servicios de hostelería, entre los que se incluyen el alojamiento, manutención, etc. Y obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física (Bueres, 1994, pág. 154) de los pacientes” (Correa Palacio, 2011)

Siendo ello así, cuando un proceso de responsabilidad médica del estado nace, y por poseer la praxis médica la característica de ser un acto complejo, se erige la necesidad para el juez de efectuar una evaluación universal del transcurso y las etapas de la atención médica prestada y de la cual emanó el daño cuya compensación se exige. Tema sobre el cual se ha expresado la jurisdicción contencioso administrativa de la siguiente manera: “el daño a establecer debe partir del análisis del acto médico como una actividad compleja que no se agota en un solo momento, sino que se desarrolla con un iteren el que se encuentra involucrada tanto la atención previa (o preventiva), el diagnóstico, el tratamiento, como la atención pre-quirúrgica, la atención post-quirúrgica y el seguimiento (controles concomitantes y posteriores al tratamiento e intervención).” (Santofimio Gamboa, Expediente 20371, 2011)

Empresas Sociales del Estado

Las Empresas Sociales del Estado (E.S.E), germinaron en el año 1994 por medio del decreto 1879, dicha norma, las concretó como entidades públicas de calidad especial, su modelo rector sería la descentralización administrativa, dándoles el atributo de la personería jurídica, el patrimonio propio y la autonomía administrativa, instituyendo que su primordial objetivo sería el de prestar servicios de salud a la población, el cual se concebiría como un servicio público a cargo de lares pública y de acuerdo a ello estaría integrado como un fragmento inherente dentro del sistema de seguridad social en salud.(Gaviria Trujillo, 1994)

La Corte constitucional mediante Sentencia T-142 de 2014, fijó de forma estricta en que eventos es posible por vía de tutela solicitar cirugías de carácter estético, no obstante, un impedimento a las mismas es que por medio de la cirugía entre en contraposición un derecho de mayor prevalencia. Esto es lo que dijo literalmente esa sentencia:

“La Corte Constitucional en diversa jurisprudencia ha reiterado que cuando se demuestre que una cirugía de carácter estética, se realiza con el fin de corregir alteraciones que afecten el funcionamiento de un órgano o con miras a impedir afecciones psicológicas que permitan a la persona llevar una vida en condiciones dignas, es procedente su realización a través de las EPS, siempre y cuando se cuente con una orden médica que así lo requiera. El juez de tutela debe

demostrar que el tratamiento aparentemente cosmético solicitado, posee en realidad un propósito funcional, que proporciona al peticionario un bienestar emocional, social y psíquico. En razón, a que las Entidades Promotoras de Salud solo están obligadas a garantizar la prestación de estos servicios cuando está en riesgo la salud, la vida e integridad de la persona y puede costearlos por su cuenta. La Corte Constitucional ha manifestado que el trámite establecido para solicitar servicios médicos, no pueden convertirse en obstáculos, para que los afiliados y/o beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en salud, puedan acceder a los mismo, teniendo en cuenta, que “(...) los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.” En especial, se ha considerado que se irrespeta el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad” (Rojas Ríos, Sentencia T-142 de 2014).

La Corte constitucional mediante Sentencia T-142 de 2014, fijó de forma estricta en que eventos es posible por vía de tutela solicitar cirugías de carácter estético, no obstante, un impedimento a las mismas es que por medio de la cirugía entre en contraposición un derecho de mayor prevalencia. Esto es lo que dijo literalmente esa sentencia:

“La Corte Constitucional en diversa jurisprudencia ha reiterado que cuando se demuestre que una cirugía de carácter estética, se realiza con el fin de corregir alteraciones que afecten el funcionamiento de un órgano o con miras a impedir afecciones psicológicas que permitan a la persona llevar una vida en condiciones dignas, es procedente su realización a través de las EPS, siempre y cuando se cuente con una orden médica que así lo requiera. El juez de tutela debe demostrar que el tratamiento aparentemente cosmético solicitado, posee en realidad un propósito funcional, que proporciona al peticionario un bienestar emocional, social y psíquico. En razón, a que las Entidades Promotoras de Salud solo están obligadas a garantizar la prestación de estos servicios cuando está en riesgo la salud, la vida e integridad de la persona y puede costearlos por su cuenta. La Corte Constitucional ha manifestado que el trámite establecido para solicitar servicios médicos, no pueden convertirse en obstáculos, para que los

afiliados y/o beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en salud, puedan acceder a los mismo, teniendo en cuenta, que “(...) los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.” En especial, se ha considerado que se irrespeta el derecho a la salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad” (Rojas Ríos, Sentencia T-142 de 2014).

La Corte constitucional mediante Sentencia T-209 de 2008, estableció la objeción de conciencia como elemento que pueden utilizar los galenos para no prestar la realización de un procedimiento. Además, fijo el lleno de los requisitos para que el mismo tenga validez jurídica. Argumentando lo siguiente:

“...La obligación del profesional que se niega a practicar un procedimiento, caso del aborto, por ejemplo, deberá remitir a otro profesional en forma inmediata a la paciente que se dispone a interrumpir el embarazo. Además, propone la prohibición de prácticas discriminatorias para las mujeres embarazadas que se disponen a interrumpir el embarazo de acuerdo a los casos que no constituyen delito.

Para que la objeción de conciencia se tenga como legitima, la misma deberá presentarse por escrito debidamente fundamentada por el galeno tratante, en caso de que la solicitud sea por interrupción del embarazo, coexiste la obligación del médico de remitir inmediatamente a la madre a un médico que pueda practicar el procedimiento del aborto.” (Vargas Hernández, Sentencia T-209 de 2008)

La Corte constitucional mediante Sentencia T-622de 2014, define el tratamiento jurisprudencial que se debe llevar respecto de la muerte digna, en ese entendido ha expresado lo siguiente:

“Las definiciones sobre eutanasia son múltiples y actualmente no se cuenta con alguna totalmente aceptada. No obstante, lo que sí está claro es que en este procedimiento deben concurrir los siguientes elementos: (i) el sujeto pasivo que

padece una enfermedad terminal; (ii) el sujeto activo que realiza la acción u omisión tendiente a acabar con los dolores del paciente quien, en todos los casos, debe ser un médico; (iii) debe producirse por petición expresa, reiterada e informada de los pacientes. Así, la doctrina ha sido clara en señalar que cuando no existen de los anteriores elementos, se estará en presencia de un fenómeno distinto que no compete en sí mismo a la ciencia médica. Sin embargo, cuando se verifican en su totalidad, la eutanasia puede provocarse de diferentes maneras. Será activa o positiva (acción) cuando existe un despliegue médico para producir la muerte de una persona como suministrar directamente algún tipo de droga o realizando intervenciones en busca de causar la muerte. Es directa cuando existe una provocación intencional del médico que busca la terminación de la vida del paciente, La eutanasia es indirecta cuando se origina sin la intención de causar la muerte de la persona. Según algunos autores, eso no es eutanasia pues precisamente uno de los elementos de esta práctica es la provocación intencional de la muerte.

En todo caso, en esos eventos la muerte no es pretendida, sino que puede ser originada por efectos colaterales de tratamientos médicos intensos. Esta clasificación ha dado lugar a hablar de eutanasia voluntaria, involuntaria y no voluntaria. Brevemente, en la voluntaria el paciente logra manifestar su voluntad, mientras que la involuntaria, a pesar de poderla consentir, se realiza el procedimiento sin obtenerla. En cambio, la eutanasia no voluntaria sucede cuando no se puede averiguar la voluntad de quien muere, por la imposibilidad de expresarla. Aunque sean similares las clasificaciones, directa e indirecta se dan con ocasión de la voluntad del médico. Por el contrario, la voluntaria, involuntaria y no voluntaria se dan con base en el consentimiento del paciente.” (Vargas Silva, 2014)

Aldana Duque, H. G. (1986). La Responsabilidad Objetiva de la administración Pública en Colombia. Bogota DC: Universidad Externado de Colombia.

Araújo Rentería , J., & Vargas Hernandez, C. I. (2006). Sentencia C-355 de 2006. Bogotá: Corte Constitucional.

Asamblea General de la AMM. (2000). Declaración de Helsinki. Helsinki: Asamblea General de la AMM.

Benenson, A. S. (1995). Control of Communicable Diseases Manual, 16th edition. Washington: American Public Health Association.

Betancur Jaramillo, C. (1992). Sentencia del 24 de Agosto , expediente 6754 . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Betancur Jaramillo, C. (1997). Sentencia del 8 de Mayo, Expediente 11220. Bogotá: Consejo de Estado.

Bueres, A. j. (1994). La responsabilidad civil de los médicos, segunda edición actualizada, corregida y ampliada. Buenos Aires: Hammurabi.

Cabanillas Ortiz, P., Perales Cabrera, A., Mendoza Fernandez, A., Molero Castro, D., & Zavala Sarrio, S. (2007). Código de ética y deontología. Lima: Colegio Médico del Perú.

Carrillo Ballesteros, J. M. (1998). Sentencia de Febrero 5 , expediente 13337. Bogotá: Consejo de estado.

Castro De Arenas, R. H. (1999). La Revolución Genética y sus implicaciones Ético Jurídicas. Bogotá: Doctrina y Ley Ltda.

Cecchetto, S. (2002). Consentimiento Informado, Antecedentes Históricos, Oscuridades Terminológicas y Escollos de Procedimiento”, en Bioética y Bioderecho, Cuestiones Actuales. Buenos Aires: Universidad Buenos Aires.

Cepeda Espinosa, M. J. (2001). Sentencia T- 635 . Bogotá DC: Corte Constitucional.

Cepeda Espinosa, M. J. (2004). sentencia T- 136 . Bogotá DC: Corte Constitucional.

Cepeda Espinosa, M. J. (2008). Sentencia T- 760 . Bogotá DC: Corte Constitucional.

Cifuentes Muñoz, E. (1996). Sentencia C-264 de 1996. Bogotá: Corte Constitucional.

Congreso de la Republica. (1981). Ley 23 de 1981. Bogotá: DO 35711.

Congreso de la Republica. (2002). Decreto 1703 de 2002 "Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el

Sistema General de Seguridad Social en Salud". Bogotá DC: DO 44893 del 7 de agosto de 2002 .

Congreso de la Republica. (2010). Proyecto de Ley 138 de 2010. (Aprobado en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de fecha mayo 25 de 2010, según Acta número 25) . Bogotá: Imprenta Nacional.

Constituyente, 1. (2017). Constitución Política de Colombia. Obtenido de Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Constituyente, A. N. (10 de Abril de 2017). Alcaldía de Bogotá. Obtenido de www.alcaldiabogota.gov.co

Córdoba Triviño, J. (2006). Sentencia T- 845 . Bogotá DC: Corte constitucional.

Correa Palacio, R. S. (2000). Sentencia de 28 de septiembre, expediente 11.405. Bogotá DC: Consejo de Estado.

De Angel Yagüez, R. (1995). Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil . Madrid: Civitas S.A.

De Angel Yagüez, R. (1999). Responsabilidad Civil por Actos Médicos. Problemas de prueba. Madrid : Editorial Civitas.

De Fuentes Bardají , J. (2009). Manual sobre Responsabilidad Sanitaria. Pamplona: Thomson Reuters.

De Greiff Restrepo, G. (1990). Sentencia del 24 de Octubre Expediente 5902. Bogotá DC: Consejo de Estado.

De Las Heras García, , M. Á. (2006). Estatuto ético-jurídico de la profesión médica. Madrid: Dykinson, Volumen I .

De Las Heras Garcia, M. A. (2005). Estatuto ético-jurídico de la profesión médica. Dykinson.

De Las Heras Garcia, M. A. (2008). Estatuto ético-jurídico de la profesión médica. Dykinson.

Decimo cuarta , e. (2016). comentario al artículo 63 del Código Civil. Bogotá DC: Editorial Leyer.

Domínguez Luelmo, A. (2007). . Derecho sanitario y responsabilidad médica (Comentarios a la Ley 41/2002). Madrid: Editorial Lex Nova.

Escobar Gil, R. (2001). Sentencia T-597 de 2001. Bogotá: Corte Constitucional.

Escobar Gil, R. (2005). Sentencia T-069 de 2005. Bogotá: Corte Constitucional.

Fajardo Gómez, M. (2010). Sentencia de 18 de Febrero, expediente 176.060 . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Gallego Riestra, S. (2006). Últimas tendencias de la responsabilidad profesional médica con especial atención a la intimidad. . Barcelona: Editorial Ars Médica.

García Vásquez, D. F. (2009). Manual de responsabilidad civil y del estado. Bogota: Librería Ediciones del Profesional.

Garza Garza, R. (2004). La Autonomía y el Consentimiento Informado en la Relación Médico-Paciente” en “Justicia Alternativa Médica. México: Facultad de Derecho y Criminología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Gaviria Trujillo, C. (1994). Decreto 1876 de 1994 . Bogotá DC: Congreso de la Republica.

Gherzi , C., Wingarten , C., Iglesias , A., Ferrari , G., & Waisman , B. (1998). La Relación Médico-Paciente en la Responsabilidad Civil . Medellín: Ágora impresores Librería Jurídica Sánchez R. Ltda.

Gherzi, C. A. (1998). Responsabilidad Profesional. . Buenos Aires: Astrea.

Gil Botero, E. (2007). Sentencia de 3 de Mayo de 2007, expediente. 16.098. Bogotá: Consejo de Estado, Sección Tercera.

Gil Botero, E. (2010). Expediente 18524. Bogotá DC: Consejo de Estado.

Gil Botero, E. (2010). Expediente 18524. Bogotá: Consejo de Estado.

Gil Botero, E. (2011). Sentencia de 24 de Marzo, expediente 20.836 . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Giraldo Gómez, M. E. (1999). Sentencia del 7 de Octubre de 1999, exp. 12655. Bogotá: Consejo de Estado, Sección tercera.

Gisbert Calabuig, J. A., & Villanueva Cañadas, E. (2004). Medicina legal y toxicología. España: Elsevier.

Guerrero de Escobar, M. (2009). Sentencia de 11 de Febrero de 2009, expediente. 14.726 . Bogotá: Consejo de Estado. Sección Tercera.

Guerrero de Escobar, M. (2010). Sentencia de 18 de Febrero, expediente 20654. . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Hernández Enríquez, A. E. (1999). Sentencia de 11 de Noviembre, expediente 11499. Bogotá DC: Consejo de Estado.

Hernández Enríquez, A. E. (2000). Expediente 12123. Bogota DC: Consejo de Estado.

Hernández Enríquez, A. E. (2000). Sentencia del 10 de febrero , expediente 11878. Bogotá DC: Consejo de Estado.

Hernández Enríquez, A. E. (2004). Sentencia de fecha 29 de enero de dos mil cuatro 2004, expediente: (18273) . Bogota: Consejo de Estado.

Hernández Enríquez, A. H. (2000). Sentencia de 10 de Febrero, Expediente 11878. Bogotá DC: Consejo de Estado.

Hernandez V, N. (1999). De la responsabilidad jurídica del médico: teoría general de la praxis médica : doctrina-legislación-jurisprudencia. Editorial Ateproca.

Hoyos Duque, R. (1984). Responsabilidad patrimonial de la administración pública. Bogotá DC: Temis.

Jaramillo Ballesteros, J. M. (1999). Sentencia de Noviembre 11, Expediente 12165. Bogotá DC: Consejo de Estado.

Jaramillo J, C. I. (2002). Responsabilidad civil médica - Colección ensayos - Corte Suprema de Justicia. Sentencia de 5 de Marzo de 1940. . Bogotá DC: Pontificia Universidad Javeriana.

Jaramillo J, C. I. (2002). Responsabilidad civil médica. Colección ensayos Sentencia de 5 de Marzo de 1940 . Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Lamberti, S., VIAR, & M, J. (2002). El Profesional de la Salud Frente al Secreto Profesional Bioética y Bioderecho, Cuestiones Actuales . Buenos Aires: Universidad Buenos Aires.

Martínez Caballero , A. (1996). Sentencia C-333 . Bogotá DC: Corte Constitucional.

Martínez Caballero, A. (1996). Sentencia C-333 . Bogotá DC: Corte Constitucional.

Mayon White, R. (s.f.). An international survey of the prevalence of hospital acquired infection. . J Hosp Infect, 1988.

Mayon-White , R. T., Ducel , G., & Kereselidze , T. (1988). An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. Geneva: World Health Organisation.

Mazeaud, L., & Mazeaud, H. (1997). Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y contractual. Tomo. II . Buenos Aires: Ediciones Jurídicas Europa.

Ministerio de Sanidad y Política Social Informes Estudios e Investigación. (2010). Unidad De Cuidados Intensivos Estándares Y Recomendaciones. Madrid: Gobierno de España.

Mir Puigpelat , O. (2012). La responsabilidad patrimonial de la administración. Hacia un nuevo sistema. España: Edisofer.

Montaño Gomez, P. (1986). La responsabilidad Penal de los medicos. Montevideo: Amalio M. Fernandez.

Montes Hernández, J. d. (1995). Sentencia de mayo 8 , Expediente 8118, . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Montes Hernandez, J. d. (1996). Sentencia del 13 de Julio 1993, exp: 8163, y sentencia del 13 de Febrero, expediente 11.213 . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Montes Hernández, J. d. (1996). Sentencia del 13 de Julio, expediente 11.213 . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Mosset Iturraspe, J. (1985). Responsabilidad Civil del Médico. Buenos Aires: Editorial Astrea.

Naciones Unidas. (1982). Resolución 37/194 de la ONU, Principios de Ética Médica, Principios Éticos Aplicables a la Epidemiología. Oficina del Alto Comisionado.

Organización Mundial de la Salud . (2003). Prevención de las infecciones nosocomiales Guía Práctica 2º edición. . Ginebra: Organización Mundial de la Salud .

Organizacion Mundial de la Salud. (1993). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación en Seres Humanos. Ginebra: OMS.

Pinilla Pinilla, N. (2014). Sentencia T-009 de 2014. Bogotá: Corte Constitucional.

Portocarrero Mutis, C. (1967). Sentencia de 28 de Abril . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Presidente de la , R. (2017). Código Civil. Obtenido de Secretaria del senado: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_civil.html

Presidente, R. (1981). la Ley 23. Bogota DC: Diario Oficial No. 35.711.

Pretelt Chaljub, J. I. (2014). Sentencia T-622 de 14. Bogotá: Corte Constitucional.

Ramiro, S. B. (2011). La Responsabilidad Extracontractual de la Administración. Bogota DC: Ibáñez, Primera Edición. Sexta Reimpresión.

Rivero, J. (1984). Derecho Administrativo, traducción de la 9ª edición, Citado en la sentencia de Consejo de Estado de 28 de Abril de 2010. Caracas.

Rojas Betancourth, D. (2013). Sentencia de fecha 29 de Agosto de 2013, Expediente 30283 . Bogotá: Consejo de Estado.

Rojas Ríos, A. (2014). Sentencia C-233 de 2014. Bogotá: Corte Constitucional.

Rojas Ríos, A. (2014). Sentencia T-142 de 2014. Bogotá: Corte Constitucional.

Ruiz Orejuela, W. (2006). Últimas tendencias de la responsabilidad profesional médica con especial atención a la intimidad. Barcelona: Editorial Ars Médica.

Saavedra Becerra , R. (2008). Sentencia de 15 de Octubre de 2008, expediente: 16.350. Bogotá: Consejo de Estado. Sección Tercera.

Saavedra Becerra, R. (2008). Sentencia de 15 de Octubre , expediente 16350. . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Saavedra Becerra, R. (2009). Expediente 35.656. Bogota: Consejo de Estado.

Saavedra Becerra, R. (2009). Sentencia del 12 de Febrero, Expediente 16147 . Bogotá DC: Consejo de Estado.

Santofimio Gamboa, J. O. (2011). Expediente 18948. Bogotá DC: Consejo de Estado.

Santofimio Gamboa, J. O. (2011). Expediente 20371. Bogotá: Consejo de Estado.

Savedra Becerra, R. (2008). Sentencia de 15 de octubre de 2008, expediente. 16350. . Bogotá: Consejo de Estado. Sección Tercera.

Serrano Escobar, L. G. (2000). Nuevos Conceptos de Responsabilidad Médica. Bogotá DC: Doctrina y ley.

Serrano Escobar, L. G. (2000). Nuevos conceptos de responsabilidad médica. Bogotá DC: Doctrina y Ley.

Serrano Escobar, L. G. (2000). Nuevos conceptos de Responsabilidad Medica. Bogotá DC: Ediciones Doctrina y Ley.