

JESÚS ANDRÉS RAMÍREZ ZÚÑIGA

**RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (UCIA) DE IPS PRIVADAS Y SUS
IMPLICACIONES EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL**

(Maestría en Derecho Médico)

Bogotá D.C., Colombia

2019

**UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO
MAESTRÍA EN DERECHO MÉDICO**

Rector:	Dr. Juan Carlos Henao Pérez
Secretaria General:	Dra. Martha Hinestroza Rey
Decana Facultad de Derecho:	Dra. Adriana Zapata Giraldo
Directora Departamento Derecho Romano:	Dra. Emilssen González de Cancino
Directora de Tesis:	Dra. Milagros Buchrra Koteich Khatib
Presidente de Tesis:	Dra. Emilssen González de Cancino
Examinadores:	Dra. Milena González Dr. Luis Carlos Sánchez

A Dios por cada bendición otorgada en mi proceso de formación personal y profesional, a mi familia por su constante apoyo y guía en el trasegar de mi existencia, a mi abnegada esposa Tatiana por su amor infinito, compañía, comprensión y constante ánimo para continuar avanzando en cada etapa de mi vida, a mi adorado hijo Juan Andrés, por ser el motor de mi vida y la razón para ser un mejor ser humano cada día.

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos:

A la Universidad Externado de Colombia por ser la institución educativa pionera en formación integral para la garantía de los derechos fundamentales en nuestro país.

A la Facultad de Derecho mediante la cual se desarrolló esta Maestría en Derecho Médico, que con un enfoque novedoso e interdisciplinar permitió enriquecer no sólo nuestro conocimiento sino también nuestro espíritu para la búsqueda de soluciones a problemáticas del sector Salud.

A la Dra. Milagros Koteich, quien gracias a su sabiduría, experiencia y orientación hizo posible la culminación exitosa de este trabajo de grado.

Al cuerpo docente multidisciplinar que nos brindó los conocimientos necesarios para incursionar en las temáticas abordadas en este trabajo, permitiendo generar un interés especial en nosotros como estudiantes.

A mis abnegados amigos Andrés, Dolly, Jorge, Sandra, Daniela, Laura y Luz, quienes me brindaron el impulso fundamental y su calor humano en el desarrollo de este arduo pero satisfactorio trabajo académico.

Por último, pero no menos importante, al gremio de la Enfermería, quien me formó y a diario me inspira para ser un profesional más humano; mi deseo más profundo es poder contribuir al beneficio y mejoramiento de la calidad del cuidado, especialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos - Adultos. Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO 1	1
1. ACTORES, ESCENARIOS PROBLEMÁTICOS Y CONCEPTOS	
PRELIMINARES.....	1
1.1 PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	1
1.2 PACIENTE	5
1.3 EMPRESA PROMOTORA DE SALUD (EPS).....	5
1.4 INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS).....	6
1.5 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (UCIA)	7
1.6 LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA CONFIGURADA DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	8
1.7 RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	12
1.8 RESPONSABILIDAD CIVIL.....	14
1.8.1 Responsabilidad Civil Extracontractual	20
1.8.2 Responsabilidad Civil Contractual.....	22
CAPÍTULO 2.....	25
2. RELEVANCIA Y ANTECEDENTES.....	25
2.1 ESTUDIOS CIENTÍFICOS SOBRE LA RATIO PROFESIONAL DE PACIENTE: PACIENTE EN UCIA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD DEL PACIENTE	25
2.2 RELEVANCIA DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE Y AVANCES NORMATIVOS.....	30
2.3 SITUACIÓN NACIONAL SOBRE RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE	34
CAPÍTULO 3.....	37

3. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A PARTIR DEL INCUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UCIA.....	37
3.1 RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	37
3.1.1 Regulación normativa de enfermería y ratio profesional de enfermería paciente	41
3.1.2 La reglamentación de enfermería en las UCIA	43
3.2 DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	45
3.3 CONFIGURACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS....	46
3.3.1 Elementos que configuran la responsabilidad civil del profesional de enfermería	48
3.3.1.1 Una acción u omisión.....	48
3.3.1.2 Un nexo causal	48
3.3.1.3 La existencia de un daño	49
3.3.1.4 La culpabilidad	49
3.3.2 El Factor de Imputación	50
3.3.3 Causales de Culpa.....	53
3.3.3.1 Imprudencia	53
3.3.3.2 Impericia	53
3.3.3.3 Negligencia	54
3.3.3.4 Violación a reglamentos y/o protocolos	54
3.4 INCUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE COMO HECHO GENERADOR O DETERMINANTE DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UCIA.....	55
CAPÍTULO 4	57
4. RESPONSABILIDAD CIVIL ORGANIZACIONAL DE EPS E IPS PRIVADAS A PARTIR DEL INCUMPLIMIENTO DE LA RATIO ENFERMERA: PACIENTE EN UCIA	57
4.1 REGULACIÓN NORMATIVA DE EPS E IPS.	61
4.1.1 Obligaciones Normativas de las EPS.....	62

4.1.2 Obligaciones de las IPS	63
4.2 OBLIGACIONES DE LAS EPS RELACIONADAS CON EL CUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UCIA.....	65
4.2.1 Aseguramiento del afiliado.....	66
4.2.2 La gestión del riesgo en salud.....	67
4.2.3 La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud	68
4.2.4 La representación del afiliado ante el prestador de salud a la cual se haya contratado.	70
4.3 OBLIGACIONES DE LAS IPS RELACIONADA CON EL CUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UCIA.....	71
4.4 CONFIGURACIÓN DE RESPONSABILIDAD ORGANIZACIONAL DE EPS E IPS POR INCUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UCIA	73
4.4.1 La imputación del daño a las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio	73
4.4.1.1 Causales de imputación.....	74
4.4.1.2 Causales de exoneración	76
4.4.1.3 La diligencia y cuidado de las instituciones prestadoras del servicio de salud y sus agentes.....	76
4.4.1.4 Responsabilidad Solidaria entre EPS e IPS.	80
CAPITULO 5.....	82
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
5.1 CONCLUSIONES.....	82
5.2 RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFÍA.....	92

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Ratio profesional de enfermería paciente según legislación de California. 2000.....	31
Tabla 2: Ratio profesional de enfermería paciente según legislación de California. 2006.....	32

LISTA DE SIGLAS

ACOFAEN:	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
CCYC:	Código Civil y de Comercio
CDESC:	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CIE:	Consejo Internacional de Enfermería
CP:	Constitución Política
DUR:	Decreto Único Reglamentario
EAPB:	Entidades administradoras de planes de beneficio
EPS:	Empresa Promotora de Salud
ESE:	Empresa Social del Estado
ESICM:	European Society of Intensive Care / Sociedad Europea de Cuidados Intensivos
FCSE:	Federación Canadiense de Sindicatos de Enfermeras
IPS:	Institución Prestadora de Salud
MNA:	Massachusetts Nurses Association / Sindicato de Enfermeras de Massachusetts
MPS:	Ministerio de Protección Social
NAS:	Nurse Activities Score / Puntuación de las actividades de enfermería
OIT:	Organización Internacional de Trabajo
OMS:	Organización Mundial de Salud
PIDESC:	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
POS:	Plan Obligatorio de Salud
REPS:	Registro Especial de Prestadores de Salud
SAR:	Sistema de Administración de Riesgos
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SOGCS:	Sistema Obligatorio de Garantía de la Salud
SRCPPF:	Sistema de Responsabilidad Civil por la prestación de servicios de salud en Colombia

TISS: Therapeutic Intervention Scoring System / Sistema de puntuación de intervención terapéutica

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCIA: Unidad de Cuidados Intensivos Adultos

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

WGCI: The Working Group on Quality

La ratio: *sustantivo femenino.*

Relación cuantificada que se establece entre dos cantidades o magnitudes que reflejan su proporción. *La ratio* o razón profesional de enfermería: paciente corresponde al número mínimo de profesionales a cargo de cierta cantidad de pacientes; de igual manera puede tomarse como un coeficiente que determina la carga laboral del profesional de enfermería (CIE, 2003).

INTRODUCCIÓN

“El cuidado es la ciencia de la enfermería”
Jean Watson. E.E.U.U. Enfermera e investigadora contemporánea.

El 28 de agosto del 2018 los medios masivos de comunicación, dieron a conocer una noticia que conmocionó a todo el país, debido a que días anteriores, el 25 de agosto, un menor de 12 días de nacido, falleció por quemaduras al interior de una incubadora ocasionadas el 22 de agosto del mismo año, que según reporte de la misma enfermera se encontraba en mal estado; debido a ello, la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá tomó la decisión de suspender temporalmente la prestación de los servicios de: hospitalización general pediátrica; hospitalización general adultos; cirugía pediátrica; cirugía ginecológica; cirugía general; hospitalización obstétrica; cuidado básico neonatal; cuidado intensivo adultos; cuidado intensivo neonatal; cuidado intermedio adulto y cuidado intermedio neonatal de la Clínica Esimed Materno Infantil, debido a que al hacer el respectivo seguimiento posterior a la muerte del bebé, se ratificó que dicha institución no contaba con el personal suficiente y adecuado para atender el enorme número de pacientes que a diario se presentan en las instalaciones de este centro de salud para ser atendidos.

Una vez recibida la renuncia por parte de la Enfermera Jefe responsable del servicio en dicho turno, se dio a conocer que la falta de personal había llegado al extremo de que en el área de Unidad neonatal de cuidado intermedio B solo había una jefe de enfermería y dos auxiliares para veintiún pacientes, los cuales eran demasiados. De hecho, en el cuadro de rotaciones del mes de agosto se evidenció que hicieron falta tres jefes de enfermería y cinco auxiliares, los cuales habían renunciado y no se les había conseguido el debido reemplazo, para lo cual la clínica terminó utilizando personal de otras áreas, quienes no tenían capacitación profesional para

desempeñarse en esta unidad, que además en número seguía siendo insuficiente; la situación se hizo más compleja en el caso del bebé fallecido cuando en el momento de administrar un medicamento la clínica no contaba entre otros muchos materiales y fármacos como la morfina necesaria para tratar el dolor (Caracol Radio Prensa. 2018).

La Superintendencia Nacional de Salud, tuvo en cuenta el informe realizado por la Secretaría de Salud Distrital y al efectuar por su parte la respectiva visita de Inspección, Vigilancia y Control el 27 de agosto del 2018, evidenció efectivamente la falta de talento humano de enfermería y auxiliar de enfermería, respecto a la cantidad necesaria establecida por la misma entidad de acuerdo con los servicios ofertados.

De esta manera el 11 de abril del 2019, la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos de dicho organismo sancionó, en primera instancia, a la Clínica Materno Infantil de Esimed, con una multa de 2.500 salarios mínimos mensuales legales vigentes, equivalentes a más de dos mil millones de pesos, tras detectar fallas en la seguridad de la atención brindada al lactante.

Articulado a esta situación, se debe aclarar que en Colombia a diario se presentan situaciones semejantes a ésta; son numerosas las quejas que enfrenta el sector salud debido a sus múltiples falencias, lo que conlleva entre otras cosas a reflexionar no sólo sobre la calidad del servicio, sino sobre la cantidad de pacientes que un profesional de enfermería debe atender en un turno laboral.

Mediante este estudio se pretende evidenciar que efectivamente las condiciones en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, no garantizan un cumplimiento mínimo de la *ratio* profesional de enfermería: paciente, es decir la cantidad de profesionales asignadas a cierta cantidad de pacientes en un turno hospitalario.

Lo anterior se evidencia a través de múltiples estudios científicos que han demostrado que una baja ratio profesional de enfermería: paciente en servicios hospitalarios, incrementa considerablemente el riesgo en la salud y la vida de los usuarios. Así, por ejemplo, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), órgano gremial a nivel internacional, en sus últimas publicaciones concluyó lo siguiente:

En una determinada unidad, la carga de trabajo óptima para una enfermera eran cuatro pacientes. Aumentaron esa carga a seis y se incrementó también un 14% las probabilidades de que esos pacientes murieran dentro de los treinta días siguientes a su admisión. Cuando la carga de trabajo fue de ocho pacientes, en lugar de cuatro, la mortalidad aumentó un 31% (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber. 2002).

Por el contrario, cuando los niveles de dotación de enfermeras fueron más elevados, se redujo el número de infecciones del tracto urinario, de neumonías, de sangrados gastrointestinales y de "shocks" en los pacientes, y fueron más reducidos los índices de "fracaso terapéutico" y de infecciones del tracto urinario en los pacientes de operaciones quirúrgicas importantes. Se ha constatado que los bajos niveles de profesionales de enfermería y los ambientes organizativos deficientes han significado para estos, mayor riesgo de lesión por agujas (Aiken et al., 2002).

Aunado a esto, existen estudios que se han replicado a nivel latinoamericano y nacional, ratificando que el cuerpo de profesionales de enfermería es insuficiente en número frente a la demanda poblacional, hecho que es posible verificar con la tasa de profesionales de enfermería por cada mil habitantes (coeficiente general de enfermería) en el país; basta observar que Colombia es uno de los países que presenta el coeficiente general de profesional de enfermería: habitante más bajo del mundo y a nivel continental, siendo de 1,1, estando por debajo de países como Brasil, México, República Dominicana, Jamaica, Ecuador, Panamá, Honduras y Nicaragua, los cuales en general presentan un coeficiente entre 1.2 y 7.44. En países con mejores indicadores en salud como Suiza, Dinamarca, Canadá y en general en el continente europeo, los coeficientes están entre 12 y 18 profesionales de enfermería por cada mil habitantes, en general. Así mismo EE. UU y Australia, donde hay estados con reglamentación específica frente a la ratio mencionada,

tienen un coeficiente de 11,3 y 11,5 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes. (OCDE, 2015).

Mesa L., en su estudio “La enfermera en la primera línea de defensa en la seguridad del paciente”, ha demostrado el impacto que se tiene al contar con un número de profesionales de enfermería adecuado, ya que disminuye la mortalidad de los pacientes, hay menor índice de infecciones nosocomiales, úlceras por presión y complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria más corta, mejor calidad de la atención, mayor seguridad del paciente y mayor satisfacción del usuario (Mesa, 2007).

Además de lo anterior esta investigación identificó que la reglamentación colombiana para definir un cálculo que estandarice un coeficiente racional, mínimo y seguro de profesional de enfermería: paciente en instituciones hospitalarias es inexistente en Colombia.

La presente investigación es pertinente, ya que apunta a dimensionar una situación que se observa comúnmente en la práctica cotidiana de la labor de enfermería y guarda relación con los derechos a la salud y vida de los pacientes que se encuentran en estado de hospitalización, que para el caso del presente trabajo hace referencia a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA). Además de visibilizar uno de los aspectos álgidos en las condiciones laborales de los profesionales de enfermería, tal como es la sobrecarga laboral por asignación excesiva de pacientes por profesional. Aunado a ello este estudio es altamente significativo y novedoso ya que se realiza desde una perspectiva jurídica sobre una problemática austeramente abordada, desde la cual se busca identificar e interpretar la reglamentación mundial, latinoamericana y nacional frente al cálculo de la ratio profesional de enfermería: paciente en Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, haciendo uso de diferentes fuentes del derecho para analizar el riesgo jurídico

enmarcado dentro de la responsabilidad civil que se genera a partir de su incumplimiento.

La factibilidad de este estudio está establecida en el acceso que se tiene a la información doctrinaria, normativa y jurisprudencial pertinente al tópico de la investigación, además del acompañamiento académico profesional del cuerpo docente de la Universidad.

El documento que será desarrollado a continuación está distribuido en cinco capítulos. El primero se encarga de identificar los actores, los escenarios problemáticos y los conceptos preliminares que estructuran esta investigación; el capítulo dos realiza una reseña sobre los estudios relevantes de ratio profesional de enfermería: paciente en la UCIA y la situación mundial, latinoamericana y nacional de enfermería; el capítulo tres aborda las implicaciones jurídicas de la ratio profesional de enfermería: paciente y la responsabilidad civil para el profesional de enfermería que labora en la UCIA. Seguidamente el capítulo cuatro expone las implicaciones de responsabilidad civil organizacional en EPS e IPS a partir del incumplimiento de la ratio profesional de enfermería: paciente en UCIA; y finalmente se halla el capítulo cinco denominado conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO 1

*“...La enfermería es como una manía, una fiebre en la sangre, una enfermedad incurable que una vez contraída no se puede curar. Si no fuera así, no habría enfermeros”
Mónica Dickens. Inglaterra, Escritora.*

1. ACTORES, ESCENARIOS PROBLEMÁTICOS Y CONCEPTOS PRELIMINARES

A continuación, se presentan los pilares conceptuales que estructuran este ejercicio de investigación dentro de un escenario problemático específico configurado en el sector salud colombiano.

1.1 PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El título profesional de enfermería, se origina en el término enfermera, que a su vez proviene de los vocablos latinos *in- firmus - era*, que significan: “encargada de cuidar a personas que padecen una afección” (RAE, 2019).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS):

(...) La enfermería contempla los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, incluyendo además la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, personas en situación de discapacidad y personas terminales. (OMS, 2019).

En este sentido, el Consejo Internacional de Enfermería, ha definido que dentro de las funciones esenciales de la enfermería se encuentran:

“La defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”. (CIE, 2002).

Según Florence Nightingale, quien desde 1859 se ha posicionado como la matriarca de la enfermería moderna a nivel internacional:

“La enfermería consiste en hacerse responsable de la salud de otra persona”, según ella la función de la enfermera es situar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza (ambiente) actúe sobre él (Nightingale, Dolan y Dunbar, 1990).

Por otra parte, V. Henderson, afirmó que la función principal de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte); en igual sentido su misión está direccionada a ayudar a que el enfermo se independice lo más rápidamente posible”. (Henderson y Consejo Internacional de Enfermería, 1971).

A nivel internacional existe el convenio 149 de 1977 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el personal de enfermería y la Recomendación 157 de 1997. En este se pone de presente que la escasez de personal de enfermería observada a escala mundial no es un fenómeno nuevo. El convenio 149 se escribió en los años 1970, cuando la preocupación acerca de la oferta insuficiente y la distribución inadecuada del personal de enfermería en todo el mundo condujo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a elaborar conjuntamente normas destinadas a facilitar la formulación de políticas adecuadas sobre el personal de enfermería y sus condiciones de trabajo. En 1977 los esfuerzos desplegados en ese sentido se tradujeron en la adopción de dos instrumentos internacionales: el Convenio sobre el personal de enfermería (núm. 149) y la Recomendación sobre el personal de enfermería (núm. 157), que lo complementa. Tras tantos años, aún se presenta este déficit el cual ha creado una situación problemática dentro del escenario hospitalario. Vale la pena resaltar que

en Colombia no se ha ratificado dicho Convenio y por ende no se han adoptado tampoco la totalidad de las recomendaciones.

Pese a que, en algunos países, incluyendo Colombia, la profesión de enfermería resulta una de las más jóvenes, pues apenas fue reglamentada en el año de 1996, en realidad históricamente, esta disciplina, ciencia y arte, ha realizado un gran esfuerzo por posicionarse como un cuerpo de conocimientos específico con un campo de actuación y/o intervención propia. (Marriner y Alligood, 2007).

Actualmente se cuenta con dos normas específicas de la profesión: la Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y la Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica que establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. De igual manera, a través de la Resolución 085 de 2015 se le delegan funciones en la Organización Colegial de Enfermería, dentro de las cuales se encuentran: la inscripción de los profesionales de enfermería en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, la expedición de la tarjeta profesional como identificación única de los profesionales de enfermería a nivel nacional y la expedición de los permisos transitorios para los profesionales de enfermería extranjeros que vengan al país en misiones científicas o para la prestación de servicios de salud de carácter humanitario, social e investigativo (Ministerio de Salud y Protección Social, resolución 085, 2015).

A nivel nacional la enfermería, conforme a lo estipulado en la Ley 266 de 1996 se define como:

“una profesión liberal y una disciplina de carácter social que tienen como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno”

(Art. 3, 4, 1996) lo cual para el caso del ámbito hospitalario le convierte en una profesión que debe garantizar el cuidado a la salud y la vida de los pacientes las veinticuatro horas del día.

En esta misma dirección, el profesional de enfermería es una persona que ha completado un programa de educación superior y está autorizado por la autoridad reguladora pertinente para ejercer la enfermería en su país, que para el caso de Colombia es la Organización Colegial de Enfermería.

De esta manera el profesional de enfermería está formado y autorizado para:

Llevar a cabo el ámbito general de la práctica de la enfermería, incluida la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas con enfermedades físicas, mentales y discapacidades de todas las edades y en todos los entornos de atención de salud y otros contextos de la comunidad; impartir enseñanzas en materia de atención de salud; participar plenamente como miembro del equipo de salud; supervisar y formar a auxiliares de enfermería y de salud; además de participar en la labor de investigación. (ICN, 1987)

El profesional de enfermería asume intervenciones de cuidado como lo son: la administración de medicamentos, toma de laboratorios, procedimientos menores entre otras actividades que a la fecha son delegadas a personal técnico para efectuar dichas intervenciones, generando con ello un alto riesgo para los derechos fundamentales a la salud y la vida de los pacientes (Mesa y Romero, 2010). Se debe aclarar que, aunque con frecuencia suele confundirse al profesional de enfermería con el auxiliar de enfermería, estos dos no son figuras iguales o equivalentes, debido a que el profesional en enfermería posee un proceso de formación más extenso y profundo.

Para efectos de este documento, los términos “profesional de enfermería, enfermera o enfermero y jefe de enfermería” son iguales.

1.2 PACIENTE

El término paciente proviene del latín *patiens, patientis*, que significa: sufrir, aguantar *padecer*, generalmente hace alusión a un sujeto o persona que es atendido por un profesional del cuidado de la salud, debido a un estado o condición de dolor, molestia, enfermedad o malestar, en cualquiera de sus niveles ya sean estos leves, mesurados o crónicos, razón por la cual debe someterse a un proceso de observación, tratamiento, cirugía y/o intervención de cualquier índole.

Según *la Historia Natural de la Enfermedad*, antes de que un individuo se configure de manera formal como un paciente, este transita por diferentes estadios, o fases; el primero de ellos es la *identificación* de unos síntomas, seguido por el diagnóstico y posterior tratamiento, recorrido que finaliza en el resultado. Ya dentro del ámbito hospitalario o clínico el paciente debe asumir un rol diferente, fenómeno que se conoce con el término de institucionalización, hecho que se caracteriza por la pérdida y/o limitación de la autonomía, entendiendo esto como la acción de sujetarse y conformarse a las normas y rutinas establecidas por el centro de salud donde es atendido. Para el caso particular de esta investigación se entiende por paciente al individuo que en condición de dolencia o enfermedad recibe tratamiento u observación médica profesional en la unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA). (Morales, 2009).

1.3 EMPRESA PROMOTORA DE SALUD (EPS)

Hace referencia a una entidad promotora de salud conocida de manera masiva en la geografía nacional por sus siglas EPS, las cuales son empresas del Sistema de Salud en Colombia. Su reglamentación parte de los artículos 177 al 184 de la ley 100 de 1993.

Estas reconocidas empresas no prestan servicios médicos, ya que su labor es promover y administrar dichos servicios a usuarios en un esquema de aseguramiento. Las personas se afilian a las EPS para luego ser atendidas en IPS configuradas como clínicas u hospitales, a partir de acuerdos de voluntades o contratos entre el asegurador y el prestador.

Con relación al aseguramiento y su organización, la ley 1122 de 2007 en su artículo 14 contempla:

(...) La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador o EPS asuma y gestione el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

1.4 INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS)

Según el artículo 185 de la ley 100 de 1993, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud conocidas de manera general por sus siglas (IPS) son instituciones que prestan servicios asistenciales debidamente habilitados conforme al Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) y los criterios y estándares establecidos en la resolución 2003 del 2014. Estas instituciones pueden ser públicas o privadas. En el primer caso se les conoce como Empresas Sociales del Estado o E.S.E.

Según la resolución en mención, los prestadores de servicios de salud deben cumplir con tres condiciones de habilitación, tales como: 1. condiciones de capacidad técnico administrativa, 2. condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y 3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Esta última hace referencia al cumplimiento de siete estándares específicos:

1. Talento humano
2. Infraestructura
3. Dotación y mantenimiento
4. Medicamentos y dispositivos médicos
5. Procesos prioritarios
6. Historia clínica y registros
7. Interdependencia.

Ahora bien, se hace imperativo aclarar que tanto las EPS como las IPS son organizaciones que se encuentran vigiladas y controladas por la Superintendencia Nacional de Salud y el correspondiente ente territorial (Secretaría de Salud Departamental y municipal).

Para la presente investigación se aclara que fueron objeto de estudio de manera exclusiva las IPS privadas.

1.5 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (UCIA)

La unidad de cuidados intensivos conocida nacionalmente como (UCI), es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tanto requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos. (Takrouri, 2003).

Muchos hospitales han habilitado áreas de cuidados intensivos para algunas poblaciones específicas (UCI neonatal, infantil, obstétrica y adulto). Para efectos del presente estudio, se abordó la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos identificada con la sigla UCIA.

1.6 LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA CONFIGURADA DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

La unidad de cuidados intensivos, está definida como “*el servicio de hospitalización de pacientes en estado crítico, que exigen monitoreo continuo, asistencia médica y de profesional de enfermería permanente, además de equipos altamente especializados*” (Herrera y García, 2014). Se caracteriza principalmente por estar integrada por un grupo multidisciplinario de profesionales de salud especializados en diversas patologías que se encargan de brindar atención a aquellos pacientes adultos que, por su estado crítico de salud, requieren de monitorización constante.

Los criterios establecidos para determinar cuáles pacientes deben ingresar a UCIA, atienden específicamente a la gravedad de la patología, reversibilidad, y a la necesidad de monitoreo estricto y/o invasivo y un tratamiento especial. Comúnmente, los pacientes que ingresan a UCIA se caracterizan por padecer enfermedades que afectan principalmente el sistema cardiaco, sistema pulmonar, o presentar desórdenes neurológicos, intoxicaciones, desórdenes gastrointestinales, endocrino, quirúrgicos y miscelánea, que representan en la mayoría de los casos un riesgo para la vida. (Herrera y García, 2014).

Estos pacientes, de conformidad con lo señalado por el Profesor Óscar Beltrán, en su artículo “*La práctica de enfermería en cuidado intensivo*”, dada la gravedad de las enfermedades que padecen, ven menguada su capacidad para decidir y se vuelven dependientes, tanto de los profesionales de enfermería, como de sus familiares, a quienes le corresponde la toma de decisiones que involucran el estado de salud del paciente. En este sentido, refirió:

(...) No están solamente comprometidas las necesidades físicas, sino también las psicológicas y sociales. En estas condiciones los pacientes no pueden comunicarse, ni interactuar con otros de la forma como están acostumbrados,

no se percatan de recibir el afecto, y no pueden demostrar el suyo a los demás (Beltrán, 2008).

Otros estudios, también han encontrado que el paciente que se encuentra en UCIA presenta alteraciones en su estado emocional, derivado del dolor padecido y de la exposición a los estímulos de ruido y luz, propios del ambiente de UCIA, que generan en ellos angustia, estrés, y pérdida de sueño. (Cerón, 2008).

Es por lo anterior que el paciente de UCIA, en razón a las condiciones que presenta y a su estado de indefensión, demanda una especial protección del Estado, quien debe actuar como principal garante de la efectividad de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas.

Sobre el particular, la Corte Constitucional como guardiana de la Constitución Política y de los derechos fundamentales de los colombianos, en distintos pronunciamientos, entre ellos, la sentencia T 310 de 2016 con ponencia del Magistrado Jorge Palacio, ha establecido de manera reiterada que:

(...) Las personas que se encuentran en estado de discapacidad cuentan con una protección reforzada en materia de salud. Esto obedece a que por su condición de debilidad física o mental y siendo una población más vulnerable, se les garantice una vida en condiciones dignas y la posibilidad de realizar plenamente sus derechos. (Corte Constitucional, 2016).

Esta garantía estatal de los derechos fundamentales de los pacientes en UCIA, implica entre otras cosas, que la asistencia sanitaria de la unidad cuente con los estándares más altos de calidad, es decir, que sea segura, suficiente, adecuada, efectiva y eficiente, tanto en la idoneidad de los profesionales de la salud, como en los medios (instalaciones e instrumentaciones médicas) y métodos utilizados en el desarrollo del mismo (actuaciones óptimas del personal asistencial), (López, 2014).

En cuanto al personal que presta el servicio, específicamente, en lo relacionado con los profesionales de enfermería, el artículo 3 de la Ley 266 de 1996, ha señalado que esta profesión tiene como finalidad:

“ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida (Ley 266, 1996)”.

Según Ruth Mora, Magistrada del Tribunal Ético de Enfermería, *“el cuidado implica una estrecha relación cuidador – sujeto de cuidado – familia – entorno – comunidad. Se caracteriza por la necesidad de una atención individual, específica, integral y de calidad.”* (Mora, 2018).

Lo anterior toma mayor relevancia en las unidades de cuidados intensivos, por cuanto se itera, los pacientes que ingresan a esta unidad requieren que la atención integral y constante, se efectúe de forma más especializada y avanzada. En este sentido, para garantizar que la labor del profesional de enfermería cumpla con los estándares de calidad que esta unidad demanda, es necesario que sea idóneo y capaz en atender al paciente en estado crítico, y además cuente con ciertas habilidades que le permitan hacer frente a las diversas situaciones que puedan presentarse en UCIA, tales como liderazgo, compromiso, responsabilidad, humanidad, iniciativa, toma de decisiones, comunicación, educación continuada y permanente, y administración de los recursos humanos y del cuidado de enfermería. (Camelo, 2012).

Esta última habilidad, se encuentra estrechamente ligada a la ejecución de la actividad respecto del paciente, y se refiere a la forma en cómo se designa el personal de enfermería para suplir la demanda de atención, desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa, que permita mantener condiciones favorables de trabajo y brindar un cuidado real y efectivo a los pacientes.

Quiere decir lo anterior, que el personal profesional de enfermería en UCIA debe ser suficiente no solo para nivelar las cargas de trabajo de estos, sino también, para mantener la monitorización constante de cada uno de los pacientes, atendiendo a la cantidad de los mismos, y a la complejidad de la patología que padecen. Ello, con el fin de prevenir y evitar los riesgos y/o eventos adversos que pueden presentarse en UCIA, tales como retiradas accidentales de dispositivos invasivos, caídas del paciente, úlceras por presión, presencia de dolor, infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, muerte, etc., más aún, cuando *“se considera que cada 24 horas la media de pacientes requiere 178 acciones individuales por día, y que médicos y profesionales de enfermería cometen un 1% de errores en esas acciones, es decir casi dos por día con cada paciente.”* (Ayuso, 2015).

Pese a que a nivel nacional no se existe una normatividad específica que regule la ratio profesional de enfermería: paciente en los diferentes servicios asistenciales, siendo uno de estos la Unidad Cuidados Intensivos Adultos, sí se cuenta a nivel internacional con instrumentos validados que permiten a partir de una puntuación conforme al estado clínico del paciente, calcular la carga laboral del profesional de enfermería, bien sea en número de actividades relacionadas con el cuidado directo u horas necesarias para planear, organizar, dirigir, ejecutar y evaluar estas.

Al respecto, el primer sistema de puntuación: TISS, creado en 1944 por Cullen y Cyvetta, con el propósito de calcular el esfuerzo de atención asistencial a pacientes en UCI. Para tal fin se establecieron 57 ítems a los que se les asignó un valor de acuerdo a la complejidad de la intervención terapéutica aplicada por el profesional de enfermería. En 1983 fueron aumentados los ítems con el fin de hacer más eficiente el método, mejorando el control de la atención brindada por el personal de enfermería con fundamento en la gravedad del paciente y posteriormente en 1996, la versión fue simplificada al TISS-28. Este último:

(...) Es un método útil para medir la intensidad del tratamiento cuantificado de las intervenciones terapéuticas de enfermería realizadas en los pacientes críticamente enfermos en relación con la severidad de su enfermedad; a la vez sirve para vigilar la carga de trabajo y determinar la relación enfermero-paciente durante 24 horas. Se realiza con el diligenciamiento de los ítems propuestos, asignando puntajes para cada uno. Finalmente se obtiene una puntuación total que clasifica el tipo de pacientes según grados y define la ratio profesional de enfermería: paciente (Escobar; Martínez, Montenegro, Vargas y Arias, 2012).

1.7 RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La ratio profesional de enfermería: paciente se traduce como el número mínimo de enfermeras a cargo de cierta cantidad de pacientes, o como lo define la investigadora Rosa Blasco, "*Personal de enfermería por cama*" (Blasco, 2009).

De igual manera puede tomarse como un coeficiente que determina la carga laboral de enfermería. Cuando dicha carga aumenta con ocasión al incremento de pacientes, es decir, cuando la ratio profesional de enfermería: paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal, pueden presentarse consecuencias a nivel de la calidad de atención en los diferentes servicios de salud (Martínez, Álvarez y Navarrete, 2017).

Los instrumentos más usados y validados por las investigaciones científicas para calcular esta ratio son:

1. La Escala *TISS - 28* (Therapeutic Intervention Scoring System); (Rodríguez, Villa, Libreros y Bonilla, 2002).
2. La Escala *NAS* (Nursing Activities Score); (Carmona; Uranga, Gómez, Herranz, Bengoetxea, Unanue, Saralegui, Irazoqui, 2013).
3. La Escala *NEMS* (Nine Equivalentents of Nursing Manpower Use Score); (Monroy y Hurtado, 2002).

Las tres escalas van dirigidas a evaluar el riesgo, condición clínica o complejidad del paciente a partir de una puntuación que determina finalmente los cuidados

requeridos y la cantidad de profesionales de enfermería necesarios para dicha atención. De esta manera, a mayor puntaje, la razón profesional de enfermería-paciente debe ser menor, por lo que gastará mayor tiempo con un paciente que requiera cuidados más complejos.

Esta medida o indicador organizacional, estudiado desde hace más de diez años, hace parte de los ejes fundamentales de la Seguridad del Paciente, junto a otros como lo son las características del entorno laboral en que trabajan los profesionales de enfermería (Martínez, et al., 2017).

Su importancia radica en que, de acuerdo a revisiones de estudios científicos, tiene una relación directamente proporcional con la mortalidad y supervivencia de los pacientes hospitalizados. Es así como existen mayores probabilidades de supervivencia tras padecer una patología cardíaca en ambientes de trabajos cuya dotación de personal de enfermería es más alto y que están directamente relacionados con una menor proporción de pacientes; por tanto, una carga de trabajo más razonable. Así mismo, una dotación baja de enfermeras profesionales se relaciona con incremento de úlceras por presión y caídas intrahospitalarias (Martínez, et al., 2017).

De esta manera, la ratio profesional de enfermería: paciente, es uno de los indicadores que afectan la seguridad de los pacientes, junto a otros factores como lo son el ambiente laboral y el nivel de formación profesional, los cuales, se debe aclarar, no son contemplados dentro del presente estudio.

Es de especificar que, si bien no es un término jurídicamente conocido o familiar, su relevancia es cada vez mayor, tanto así que países como Estados Unidos, en el Estado de California (1999) y en Victoria, Australia (2001), determinaron por ley coeficientes mínimos obligatorios (adaptables) de pacientes por profesional de

enfermería. Estos coeficientes posibilitan una atención segura y de calidad para los pacientes. (Fernández, Vanegas y Vargas, 2009)

1.8 RESPONSABILIDAD CIVIL

La palabra responsabilidad proviene del sustantivo latín: *responsabilitas*, *responsabilitatis* y este, a su vez, del verbo *respondo*, *respondere* que tiene como primera acepción:

(...) contestar. *Respondo*, *respondere* está relacionado también con prometer, jurar, garantiza. Por ello, su significado se extiende a estar obligado a responder o cumplir y reparar (RAE, 2019).

En términos jurídicos implica la capacidad del sujeto de derecho para asumir las consecuencias de sus acciones y la obligación de resarcir o reparar material o moralmente un error o una culpa (Arias, 2019).

De acuerdo a la RAE, la responsabilidad como término jurídico se define como: “la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente”. (RAE, 2019)

Dentro de las definiciones de responsabilidad de algunos doctrinantes se encuentran las siguientes:

“La obligación que tiene una persona de indemnizar a otra los daños y perjuicios que se le han causado” (Borja, 1991).

Para los hermanos Mazeaud, *“una persona es responsable civilmente cuando está obligada a reparar un daño sufrido por otra”* (Mazeaud, 1960). Estos doctrinantes se caracterizan por su posición unitarista, es decir, afirman que la responsabilidad civil nace de la violación de una obligación contractual o legal cuyo conocimiento previo es indispensable para establecer si la obligación que conlleva la

responsabilidad se relaciona con una “*obligación determinada*” o a una «*obligación general de prudencia y diligencia*», que, en ambos casos obedece al deber jurídico del *neminem laedere* que impone la abstención de un comportamiento lesivo o dañoso para los demás. Es decir que plantea la absorción de la responsabilidad contractual por la extracontractual para que ésta sea la “*única*” responsabilidad civil (Vidal, 2001).

Estevill, señala que la responsabilidad civil es el efecto que el ordenamiento jurídico hace recaer sobre el patrimonio de un sujeto que está correlacionado con la infracción de un deber prestatario, ya sea éste de naturaleza positiva o negativa (Estevill, 1989).

El tratadista español De Ángel Yagüez la define como:

“...la sanción jurídica de la conducta lesiva, responde a una elemental exigencia ética y constituye una verdadera constante histórica: el autor del daño responde de él, esto es, se halla sujeto a responsabilidad. Y, en principio, la responsabilidad se traduce en la obligación de indemnizar o reparar los perjuicios causados a la víctima”. (De Ángel Yagüez, 1993. Pág. 13.)

A nivel nacional, se observa la posición del doctor Javier Tamayo, tratadista en responsabilidad civil, quien define la responsabilidad civil como:

(...) la consecuencia jurídica en virtud de la cual, quien se ha comportado en forma ilícita debe indemnizar los daños, que con esa conducta ilícita ha producido a terceros; ese comportamiento ilícito consiste en el incumplimiento de las obligaciones derivadas de un contrato, el incumplimiento de las obligaciones legales o cuasicontractuales, el delito, el cuasidelito, o la violación del deber general de prudencia. (Tamayo, 1999. Pág. 12.)

El Código Civil Colombiano, en su artículo 2341 establece: “El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido.”

A partir de este precepto legal, es posible decir que la responsabilidad es la obligación que se genera como consecuencia en la producción de un daño y esa obligación se debe traducir en el pago de una indemnización.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en sentencia S-021 de 1995, ha indicado las principales características de este tipo de responsabilidad a partir de un análisis de los elementos descritos en el artículo 2341 del Código Civil:

"Por ser esa la doctrina sobre la cual descansa sin duda el artículo 2341 del C.C., se tiene por verdad sabida que quien por sí o a través de sus agentes causa a otro un daño, originado en hecho o culpa suya, está obligado a resarcirlo, lo que equivale a decir que quien reclame a su vez indemnización por igual concepto, tendrá que demostrar, en principio, el perjuicio padecido, el hecho intencional o culposo atribuible al demandado y la existencia de un nexo adecuado de causalidad entre ambos factores..." (Corte Suprema de Justicia. M.P. Jaramillo. 1995).

Si se compara esta definición con la de otros códigos como el español (artículo 1902) y el francés (artículo 1382), se puede observar que es común el elemento obligacional de reparación originado por la realización de un hecho, calificado, nuevamente, como culposo y que causa un daño en otro (Universidad Javeriana. 2003).

De esta manera el concepto de responsabilidad civil, corresponde a la obligación indemnizatoria que surge para un sujeto, cuando con su actuación ha provocado un daño a otro. Lo que se busca con ello es resarcir el perjuicio producido, y restablecer las condiciones anteriores de la víctima (Universidad Javeriana, 2003).

Según la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla:

(...) la responsabilidad civil puede ser considerada como el área del derecho privado, concretamente del derecho de las obligaciones y de los contratos, que estudia los hechos, acciones u omisiones que generan daños o perjuicios a las personas, y contrarían o incumplen el orden jurídico, el que se compone de las normas jurídicas de carácter general, como la Constitución o la ley, y de las

normas jurídicas de carácter particular, como son los actos o negocios jurídicos, entre esos el contrato o convención. En general, la responsabilidad civil se conoce en la doctrina como “el hecho ilícito” (Isaza, 2011, p. 25).

De acuerdo al profesor Uribe Holguín, “la responsabilidad civil solo puede tener una de dos causas: el incumplimiento de la obligación y la comisión del hecho ilícito” (Uribe, 1970. p. 147).

Como se desprende del concepto general de responsabilidad civil, esta se genera en los hechos, acciones u omisiones que generan daños o perjuicios a las personas, y contrarían o incumplen el orden jurídico, que se compone de las normas jurídicas de carácter general, como la Constitución o la ley, y de las normas jurídicas de carácter particular, como los actos o negocios jurídicos, entre esos el contrato o convención. En resumen, la responsabilidad civil se origina en el “hecho ilícito”, entendido como la infracción de la ley o del negocio jurídico, que cause daños o perjuicios.

Teniendo en cuenta que la responsabilidad hace parte del derecho de obligaciones, común a los negocios jurídicos y las otras fuentes, es decir, a lo contractual y extracontractual; es importante recordar que las mismas se originaron a partir de la teoría clásica y el surgimiento de teorías modernas (Isaza, 2011, p. 32). .

Según la Teoría Clásica que consagra el código civil, las fuentes de obligaciones son el contrato, el cuasicontrato, los delitos, los cuasidelitos y la ley (artículos 666, 1494 y 2302, modificado este último por el art. 34 ley 57 de 1887). La teoría clásica sobre las fuentes de las obligaciones tuvo su origen en el derecho romano, ya que en Roma los actos jurídicos normalmente eran contratos, es decir, un acuerdo de voluntades (Isaza, 2011, p. 33).

Por otra parte, de acuerdo a las *teorías modernas* se afirma que las fuentes de las obligaciones están en:

a) los actos jurídicos, incluyendo los unilaterales, bilaterales o plurilaterales, que se relaciona con la voluntad de los partícipes en el acto, y dentro de ellos se encuentran los negocios jurídicos y los contratos;

b) el enriquecimiento sin justa causa, que es fuente obligacional y sustituye al cuasicontrato; los hechos o actos ilícitos, que comprenden los delitos y los otros que antes de llamaban cuasidelitos;

c) la ley, que en algunos casos fija obligaciones de manera directa, como obligaciones entre padres e hijos.

Esta teoría ha sido criticada, porque si bien superó lo relativo a *cuasicontratos* y *cuasidelitos*, la ley no es fuente inmediata, sino mediata de toda obligación. (Isaza, 2011, p. 33).

De esta manera, la responsabilidad civil puede tener su origen en la obligación de reparar daños a otro, a partir del incumplimiento de una obligación preexistente, que tiene como base o complemento la normatividad o ley (responsabilidad contractual) o a partir de la lesión de un interés e inobservancia de un deber de respeto y de conservación de la esfera de intereses ajenos (hecho ilícito), (Estevill, 1989).

De esta manera la *doctrina clásica* sobre la responsabilidad civil, aplicada por los jueces y legisladores de nuestro país, ha adoptado el sistema dual, el cual consiste en tratar separadamente los regímenes de la responsabilidad contractual y la extracontractual. Al respecto, la Corte Constitucional mediante la Sentencia C – 1008 de 2010, M.P. Luís Ernesto Vargas Silva, precisó que:

(...) En el orden jurídico colombiano es clara la existencia de una concepción dualista de la responsabilidad civil, por lo que no se puede confundir el tratamiento de una y otra responsabilidad, las cuales están reguladas de manera autónoma e independiente en capítulos distintos del Código Civil, se

originan en causas o fuentes diversas y sus prescripciones en materia de reparación no son coincidentes.

Su clasificación dualista acogida en Colombia, no presenta un simple interés teórico o académico ya que en el ejercicio de las acciones correspondientes tan importante distinción repercute en la inaplicabilidad de los preceptos y el mecanismo probatorio según cada tipo de responsabilidad (contractual o extracontractual).

Los regímenes de la responsabilidad civil contractual y extracontractual si bien tienen características diferentes, cumplen finalidades en común: el resarcimiento de la víctima ante un daño que no está obligado a soportarlo, bien sea por una obligación derivada de una norma o de un contrato, pero además una función preventiva dirigida a la sociedad para que con la imposición del deber de reparación no se cause a futuro más daños. No perder de vista esto, implica que se pueda garantizar un acceso a la justicia, un trato equitativo, logrando así el equilibrio de cargas jurídicas entre todas las personas en un Estado Social de Derecho como el nuestro que debe garantizar la protección de los derechos y bienes jurídicos de las personas (Restrepo y Londoño, 2015).

Ahora bien, es importante recordar que el régimen aplicable a ambos tipos de responsabilidad es sustancialmente diferente y variable, dependiendo de algunos aspectos importantes (p. ej., el plazo de prescripción en la responsabilidad contractual puede llegar a ser hasta de cinco años, y en extracontractual hasta diez años, según el caso). Sin embargo, puede generarse escenarios en que de un mismo hecho se deriven ambos tipos de responsabilidad, como por ejemplo la responsabilidad solidaria entre EPS e IPS en la generación de un daño con ocasión a la prestación de un servicio de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), siendo la relación EPS - Paciente, contractual y extracontractual en la relación IPS - Paciente); (Universidad Politécnica de Cartagena, 2019).

1.8.1 Responsabilidad Civil Extracontractual

También denominada delictual o aquiliana, es aquella que no tiene origen en un incumplimiento obligacional, sino en un “*hecho jurídico*”, ya se trate de un delito o de un ilícito de carácter civil. De acuerdo a la Jurisprudencia de la Corte Constitucional. es el encuentro accidental fortuito de una fuente de la obligación resarcitoria generada por mandato legal (Sentencia C - 1008/2010 M.P. Vargas).

Al respecto en sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Exp. 5099, de febrero 19 de 1999 detalla que:

(...) la responsabilidad extracontractual opera entre quienes ha vinculado únicamente el azar y la extensión de los imperativos de conducta incumplidos en los que toma causa la respectiva prestación resarcitoria del daño en que dicha responsabilidad se traduce, es definida con frecuencia con normas de notoria abstracción, lo que en último análisis lleva a concluir que no es indiferente en modo alguno el régimen en que de hecho se sitúe una demanda entablada para obtener el pago de perjuicios.

Otros autores, agregan que esta se presenta cuando una persona causa un daño a otra, y entre las mismas no existiera algún vínculo obligatorio anterior (Colin y Capitant, 2016).

La fuente de este tipo de responsabilidad son los hechos ilícitos, riesgo creado o responsabilidad objetiva y el abuso del derecho. En conclusión, de un hecho jurídico. Es decir, parte de una obligación *erga omnes*, pues surge a partir de la violación al principio de “*alterum non laedere*” (Estevill, 1990, p. 55-60) . Teniendo como antecedente histórico su surgimiento como obligación delictual hacia finales del III a.C (Cortés, 2009, p. 76).

De esta manera el ilícito se materializa por la lesión a la esfera del interés de otro sujeto que esté protegido por el derecho (ley o normatividad). Es así como el autor del daño, tiene la obligación de indemnizar desde el momento mismo en que incurre en el ilícito.

La responsabilidad civil extracontractual, se encuentra reglamentada en el título XXXIV, artículos 2341 a 2360- de “la responsabilidad civil por los delitos y las culpas”.

Por otra parte, frente al derecho a la reparación integral, en el marco de la responsabilidad civil extracontractual, la jurisprudencia ha establecido que se trata de un derecho regulable y objeto de configuración legislativa; al respecto señaló:

7.2. La Carta Política no precisa cuáles daños deben ser reparados, ni la forma en que deben ser cuantificados, para que se entienda que ha habido una indemnización integral. Tampoco prohíbe que se indemnice cierto tipo de daños. Se limita a reconocer que las víctimas y perjudicados por un hecho punible tienen derecho a la reparación, mediante “la indemnización de los perjuicios ocasionados por el delito” (artículo 250, numeral 1, CP).

Por lo anterior, el legislador, al definir el alcance de la “reparación integral” puede determinar cuáles daños deben ser tenidos en cuenta, y en esa medida incluir como parte de la reparación integral los daños materiales directos, el lucro cesante, las oportunidades perdidas, así como los perjuicios morales, tales como el dolor o el miedo sufridos por las víctimas, los perjuicios estéticos o los daños a la reputación de las personas, o también los llamados daños punitivos, dentro de límites razonables. Puede también el legislador fijar reglas especiales para su cuantificación y criterios para reducir los riesgos de arbitrariedad del juez. Estos criterios pueden ser de diverso tipo. Por ejemplo, pueden consistir en parámetros que orienten al juez, en límites variables para ciertos perjuicios en razón a lo probado dentro del proceso para otra clase de perjuicios, o en topes fijos razonables y proporcionados (Sentencia C - 488/2002 M.P. Tafur).

En desarrollo de su potestad de configuración el legislador puede así mismo, fijar las reglas especiales que considere convenientes, necesarias y adecuadas para establecer y cuantificar la responsabilidad civil derivada del incumplimiento

contractual, preservando en ello el derecho a la autonomía individual de los contratantes. (Sentencia C - 1008/2010 M.P. Vargas).

Una diferencia sustancial respecto a la responsabilidad contractual, es el término de prescripción, el cual es de diez (10) años, de acuerdo al artículo 1° de la ley 791 de 2002, ratificado en jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil., (Sent. 66001310300320060019001, may. 5/11. M. P. Díaz).

Respecto a las diferencias en cuanto a la exigencia probatoria los presupuestos en la responsabilidad extracontractual, “por regla general, le corresponde al demandante demostrar la existencia del daño, de la culpa y del nexo causal”, en tanto que en la responsabilidad contractual se contempla que, “la obligación de demostrar la existencia de [tales] presupuestos (...) varía, dependiendo del tipo de contrato suscrito o, mejor, de la clase de obligaciones contraídas, pues cuando en el contrato se establecen obligaciones de medio para una parte, al momento de probar la responsabilidad de ésta como consecuencia de su incumplimiento, la carga de probar (...) se radica, al igual que en la responsabilidad extracontractual, en cabeza del demandante, mientras que cuando estamos en presencia del incumplimiento de una obligación de resultado, el demandante se encuentra relevado de la prueba de la culpa y el demandado no puede exonerarse de responsabilidad demostrando diligencia y cuidado, sino una causa extraña (CSJ SC Ref.: 20001-3103-005-2005-00025-01, M.P. Solarte, 05 de marzo del 2013).

1.8.2 Responsabilidad Civil Contractual

Se define como la obligación de reparar daños a otro, a partir del incumplimiento de una obligación preexistente, que tiene como base o complemento la normatividad o ley; en otros términos, es aquella que resulta de la inejecución o ejecución imperfecta o tardía de una obligación estipulada en un contrato válido (Aubert, 1979; p. 117).

De esta manera el ilícito civil se concreta por el incumplimiento de la prestación comprometida, que tiene asidero en el marco normativo.

Ahora bien, haciendo memoria sobre el devenir histórico de la responsabilidad civil contractual, esta tiene sus orígenes en la primera mitad del siglo V a.C; y se documentó en textos como las Instituciones de Gayo y de Ulpiano recogido por Justiniano; el Digesto y en Escritos de Quinto Mucio sobre conducta omisiva y comisiva de la culpa. (Cortés, 2009, p. 77).

De acuerdo a Demogue, la responsabilidad civil contractual puede ser por obligación de medios o de resultados (Demogue, 1928). Esta tiene como base normativa nacional el Título XII el cual se ocupa “del efecto de las obligaciones” - en los artículos 1602 a 1617 del Código Civil (Ley 57 de 1887). Para efectos indemnizatorios, especialmente el artículo 1604 del código civil colombiano, el cual preceptúa que:

(...) el deudor no es responsable sino de la culpa lata en los contratos que por su naturaleza sólo son útiles al acreedor; es responsable de la leve en los contratos que se hacen para beneficio recíproco de las partes; y de la levísima en los contratos en que el deudor es el único que reporta beneficio.

Por su parte, el artículo 1616, establece la responsabilidad del deudor en la causación de perjuicios:

(...) Si no se puede imputar dolo al deudor, sólo es responsable de los perjuicios que se previeron o pudieron preverse al tiempo del contrato; pero si hay dolo, es responsable de todos los perjuicios que fueron consecuencia inmediata o directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento. (Código Civil Colombiano, 1887).

De esta manera, la responsabilidad civil contractual implica la exigencia de la indemnización a quien le es generado un perjuicio teniendo como fuente de la obligación el incumplimiento definitivo, parcial, o el cumplimiento defectuoso de la prestación estipulada en el contrato celebrado (Meléndez, 2015).

Finalmente, el doctor F. Hinestrosa, menciona la distinción entre responsabilidad abstracta y concreta, distinción que viene a reemplazar la clásica división entre responsabilidad contractual y extracontractual. considerando que: “cuando entre víctima y agresor no existía nexo contractual alguno, cuando entre ambos no mediaba relación específica y su acercamiento se funda exclusivamente en el acto dañino, se tiene responsabilidad abstracta, y en el caso de que el hecho se produzca con ocasión y en desarrollo de un vínculo previo entre las partes se considera responsabilidad concreta. (Hinestrosa en Meléndez, 2015).

Como se mencionó, la prescripción difiere con la responsabilidad extracontractual, pues esta depende precisamente del tipo de contrato. Ejemplo si se trata de un contrato de transporte esta es de dos años (art. 993 Co.Co), si es contrato de seguro puede ser en dos o cinco años, si es prescripción ordinaria o extraordinaria, respectivamente (1081 Co.Co); en garantía derivada del contrato de construcción son diez años (art. 2060 del C.C).

En cuanto a la carga de la prueba, es deber del acreedor probar el incumplimiento de la obligación contractual. Ante culpa presunta, es deber del deudor probar que no es responsable.

Por último, la Corte Constitucional ha puntualizado que en materia contractual:

(...) La reparación del daño debe estar orientada también por el principio general según el cual la víctima tiene derecho a la reparación total de los daños que sean ciertos, directos, personales y que hayan causado la supresión de un beneficio obtenido lícitamente por el afectado. Esta reparación debe comprender tanto los perjuicios patrimoniales como extrapatrimoniales. Sin embargo, en materia convencional, este principio general puede estar limitado ya sea por cláusulas legislativas razonables, o por estipulaciones de los contratantes, quienes autónomamente pueden decidir que el responsable se libere total o parcialmente de su obligación frente a la víctima, habida cuenta del interés privado que está inmerso en los derechos de crédito asociados a un contrato. En este sentido, el inciso final del artículo 1616 establece que “Las estipulaciones de los contratos podrán modificar estas reglas”.

CAPÍTULO 2

“La atención constante de una buena enfermera es tan importante como la mejor operación de un cirujano”.
Dag Hammarskjöld. Suecia. Secretario general de la ONU

2. RELEVANCIA Y ANTECEDENTES

2.1 ESTUDIOS CIENTÍFICOS SOBRE LA RATIO PROFESIONAL DE PACIENTE: PACIENTE EN UCIA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD DEL PACIENTE

En España se efectuó una investigación denominada: *Relación de la ratio enfermera - paciente con la morbimortalidad en el servicio de reanimación de un hospital clínico universitario de la región de Murcia*, en la cual los investigadores hallaron que el exceso de trabajo delegado a una enfermera debido a una ratio desproporcionada generaba en el equipo profesional de enfermería descontento, estrés y desmotivación, lo cual repercutió en los pacientes quienes debido a esta situación experimentaron tensión, inseguridad y desagrado. Este estudio es claro al argumentar que una ratio inadecuada profesional de enfermería: paciente afecta los porcentajes de morbimortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales generando una atmósfera de insatisfacción general en pacientes y enfermeras involucrados en el servicio (Roldán, López y Seva, 2010).

Existe también un estudio denominado: *La razón (ratio) enfermera - paciente: relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerlos por la ley* en la cual se establece la influencia de morbimortalidad en la relación enfermera paciente debido a una ratio insuficiente en países como Colombia, Australia, Canadá y EE.UU. Esta investigación documental es específica en definir el detrimento de la calidad de atención en los servicios de salud debido a la

problemática expuesta y concluyó que una ratio deficiente genera escenarios negativos en la calidad del cuidado brindado por los profesionales de enfermería (Fernández, Vanegas y Vargas 2009).

A nivel sudamericano, se halló una investigación de tipo descriptiva y correlacional denominada: *Índice enfermera - paciente y su relación con la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en las UCI de Lima, Perú*, detectando que en este escenario es elevada la incidencia de infecciones asociadas a la atención y el cuidado de la salud lo cual generalmente ocasiona neumonías, que a su vez impacta en la morbimortalidad; evidenciando que el profesional de enfermería ejecuta un rol fundamental en la atención y preservación de la vida del paciente en las UCI, concluyendo que de manera general en el país en mención, existe una dotación inadecuada cualitativa y cuantitativamente.

De igual manera este estudio ratifica que la neumonía asociada a ventilación mecánica es la primera causa de morbilidad - mortalidad en el grupo de infecciones asociadas a la atención en UCI, este estudio sugiere que la ratio profesional de enfermería: paciente sea 1:2. (Cabrera, Díaz y Palacios, 2017).

Este mismo evento de ventilación mecánica en adultos mayores internados en UCI, fue estudiado en Florida, Nueva Jersey y Pensilvania, cuya tasa de mortalidad era alta. Este estudio de tipo cuantitativo, multiestatal y transversal de hospitales que vincula datos de encuestas de enfermeras de 2006 a 2008, parte de una muestra de 55.159 pacientes y 333 UCI de estos estados, tuvo como objetivo determinar hasta qué punto la variación en las características de enfermería de la UCI (personal, ambiente de trabajo, educación y experiencia) se asocia con la mortalidad, lo que potencialmente ilumina estrategias para mejorar los resultados de los pacientes. Los resultados arrojaron que los pacientes en UCI con mejores entornos de trabajo de enfermería (ratio enfermera paciente y proporción de enfermeras profesionales o licenciadas vs. auxiliares de enfermería)

experimentaron un 11% menos de probabilidades de mortalidad a los treinta días que aquellos en entornos de peor trabajo de enfermería. Además, cada aumento de 10% en la proporción de enfermeras de la UCI con una licenciatura en enfermería se asoció con una reducción del 2% en las probabilidades de mortalidad a treinta días, lo que implica que las probabilidades de muerte de pacientes en hospitales con 75% de enfermeras con una licenciatura en enfermería sería un 10% más baja que en los hospitales con un 25% de enfermeras con una licenciatura en enfermería. De esta manera es importante una adecuada ratio enfermera paciente y una cantidad apropiada de profesionales o licenciadas de enfermería vs. personal técnico, para disminuir la mortalidad a treinta días por ventilación mecánica en pacientes adultos mayores en UCI (Deena, Kutney-Lee, McHugh, Sloane y Aiken, 2014).

Ahora bien, se halló una investigación desarrollada en EE.UU denominada: *Situación actual de la ley de enfermería en los EE.UU, la cual encontró que cada estado federal desarrolla diferentes leyes y estrategias para los equipos de enfermería que estos requieren.* Esta revisión sistemática abordó once estados federales, entre los años 2009 y 2015, encontrando que en efecto cada estado sí tiene un número específico para ratios de enfermera paciente, reportando que un equipo de enfermeras adecuado en calidad y número pueden hacer decrecer en un 60% la mortalidad por defectos de la aorta abdominal, la recurrencia por mortalidad de causas cardiovasculares y errores de medicación disminuyeron en un 18%. Así mismo disminuyó el número de caídas intrahospitalarias y úlceras por presión.

Si la ratio profesional de enfermería: paciente está por debajo de 4.95, ésta tiene tiempo para educarlo, disminuyendo la frecuencia de muertes por causa cardíaca a un 7%, infarto de miocardio a un 6%, la neumonía a un 10% y la estadía de paciente en UCI disminuye un 5,7%.

Si el número de pacientes por profesional de enfermería es de 4 a 6 en la UCI, la tasa de mortalidad disminuye a 7 por 100 pacientes (J. Hyun, J. Koh, H. Eun Kim, H. Jin Lee, S. Song, 2018).

En la revisión sistemática realizada por Carvalho, García y de Souza, (2016) en Brasil, una vez identificada la evidencia de la influencia o relación entre la ratio profesional de enfermería: paciente y la ocurrencia de eventos adversos en la UCI adultos a partir de la exploración en bases de datos como MEDLINE, CINAHL, LILACS, SciELO, BDNF y Cochrane de estudios en inglés, portugués y español publicados en el 2015, determinaron que una vez procesados 594 estudios, finalmente fueron seleccionados ocho para la revisión final. Los resultados arrojados determinaron que las escalas NAS y TISS - 28 fueron las más utilizadas para determinar la carga de enfermería y/o ratio enfermera: paciente, cada una con un 37,5%. Así mismo el 75% de los estudios (seis) identificaron la relación entre ratio profesional de enfermería: paciente y la aparición de eventos como infección asociada a la atención en salud, úlceras por presión y errores en la administración de medicamentos. De esta manera se concluyó que es importante delimitar esta ratio y es una variable que debe monitorearse diariamente para garantizar la dotación o cantidad adecuada de profesionales y así garantizar la seguridad y la calidad de la atención.

En Colombia, la investigación de tipo cuantitativo denominada: *Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos*, tuvo como objetivo determinar la relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos, especialmente en cuatro eventos: shock o paro, infecciones asociadas a la atención en salud. Los resultados o paro, infecciones asociadas a la atención en salud, número de muertes y totalidad de eventos negativos en salud. Una vez concluida arrojó que:

(...) las enfermeras desarrollan un número reducido de actividades de cuidado directo al paciente, que se concentran en la administración de medicamentos y la supervisión de transfusiones, y otras tareas administrativas, mientras que el personal auxiliar se hace cargo del cuidado directo al paciente, incluidas las actividades complejas. La razón paciente/profesional de enfermería promedio fue de 5,4 pacientes por cada enfermera disponible en la unidad, y la razón paciente/auxiliar de enfermería promedio fue de 2,4 (Arango, Peña y Vega, 2015).

En el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva- Huila, se realizó una investigación descriptiva, prospectiva de corte longitud, la cual, ante la ausencia de estándar normativo, se utilizó la Escala TISS- 28, con el fin de establecer el número de profesionales de enfermería necesarios en cuatro unidades de cuidado intensivo adulto (UCIA) de la ciudad de Neiva, dado que la realidad actual muestra una marcada desproporción. Los resultados de la misma permitieron evidenciar que:

(...) El tiempo promedio para el desarrollo de las intervenciones de enfermería en todas las UCIA de estudio fue superior a 360 minutos en un turno de seis horas, con un *t-sudent* altamente significativo, 1% (4.541), lo cual indica déficit de profesionales y por ende sobrecarga de trabajo. La ratio enfermera paciente calculada a partir de la TISS – 28 o ideal fue de 1:2, es decir una enfermera por cada dos pacientes, en contraste con la actual de 1:10 y de 1:7, situación que hace más preocupante el panorama local (Escobar, Martínez, Montenegro, Vargas y Arias, 2012).

Lo estudios descritos permiten evidenciar tres realidades, la primera que gran parte del cuidado directo lo está brindando personal técnico o auxiliar de enfermería incluso en condiciones complejas, esto es procedimientos que legalmente deben ser ejecutados por el profesional de enfermería. Lo segundo, que la ratio profesional de enfermería: paciente en UCI en Colombia se encuentra muy por debajo de los estándares normativos internacionales y lo observado en estudios científicos extranjeros, y en tercera medida, que la falta de reglamentación de las leyes ordinarias de enfermería a nivel nacional no ha permitido que haya una clara diferenciación de todas las intervenciones que obligatoriamente debe desarrollar una enfermera profesional y aquellas que están permitidas para el personal técnico o auxiliar de enfermería.

2.2 RELEVANCIA DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE Y AVANCES NORMATIVOS

En efecto, el estudio y buen desarrollo de la ratio profesional de enfermería: paciente es importante, debido a que un buen desarrollo de esta situación que por años ha sido ignorada, descuidada e invisibilizada podría ayudar a ensanchar los márgenes de vida.

A nivel internacional y nacional, diversos estudios científicos han demostrado que un alto número de pacientes por enfermera, compromete la seguridad y la vida de los primeros.

Lo cual ha sido evidenciado a través de algunos indicadores de calidad hospitalaria, como lo son la morbilidad y mortalidad hospitalaria, las infecciones asociadas al cuidado en salud (nosocomiales) y algunas complicaciones que se ven en la práctica diaria de la profesión de enfermería.

En este sentido, diferentes organizaciones científicas y gremiales han realizado una gestión importante en cuanto a una legislación en pro de una adecuada ratio enfermera paciente, permitiendo la producción de normas y el fomento de proyectos de ley.

Existen estudios que han demostrado la relación entre la ratio y la producción de daños en el paciente, sin embargo, no se ha hecho obligatorio o vinculante la determinación de topes en cuanto a ratio enfermera: paciente según nivel de complejidad de atención y servicio.

A raíz de dichos trabajos, a nivel internacional, la primera experiencia normativa, fue en California, EE.UU en 1999, siendo el primer Estado en gestionar y desarrollar una legislación específica sobre ratio profesional de enfermería: paciente, mediante la cual se exige un mínimo de personal de enfermería en los hospitales, regulado a partir del proyecto de Ley 394.

Esta ley federal parte del principio de que la calidad de la atención se pone en peligro a causa de los constantes cambios de personal, y si bien en un primer momento no especificó la ratio enfermera paciente, dio las disposiciones generales para que el Departamento de Servicios de Salud reglamentará las condiciones en que debía ser establecida dicha ratio en cada institución dependiendo del servicio.

Así, en el año 2004 se implementó este proyecto de ley estipulando las siguientes ratios enfermera paciente, dependiendo del servicio:

Tabla 1:

Ratio profesional de enfermería paciente según legislación de California. 2000

Tipo de Unidad	2004
Urgencias – Medicina General	1:6
Pre – Parto	1:4
Salas de Cirugía	1:1
Recuperación	1:2

Bergmann, J (2000) Legislative Developments: California Enacts Nurse-to-Patient Ratio Law. The Journal of Law, Medicine and Ethics. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8495/1/535675.2009.pdf>

Por otra parte, el Estado de Massachusetts, fue el segundo Estado de EE. UU en adoptar una legislación para la ratio enfermera: paciente. En el año 2014 se firmó el proyecto de Ley H.4228 que exigió a los hospitales que tenían UCI una ratio entre 1: 1 o 1: 2, esto es, uno o dos pacientes por enfermera. Este fue un compromiso alcanzado entre la Asociación de Enfermeras de Massachusetts (MNA), un sindicato que representa a algunas de las enfermeras del estado y la Asociación de Hospitales de Massachusetts, convirtiéndose en el segundo estado en requerir algún tipo de proporción de personal de enfermería obligatoria, aunque solo para las UCI.

Por otra parte, en Canadá, la Federación Canadiense de Sindicatos de Enfermeras (FCSE) realizó un tratado donde intentó examinar la ratio enfermera: paciente más

adecuada, así como los métodos utilizados para disminuir la carga y el desgaste laboral en enfermería. El autor de este tratado, G.Tomblin, también sugirió realizar una prueba piloto después de que esta fuese aprobado. Sin embargo, hasta la fecha la ratio enfermera: paciente no había sido negociada en los contratos colectivos.

En el año 2001, en Victoria, Australia se empezó a aplicar obligatoriamente la ratio enfermera-paciente, la cual varía según necesidad del servicio y el turno, categorizando a las entidades hospitalarias según la complejidad del cuidado, el tamaño y la localización de la entidad. Dicho acuerdo fue creado entre la Federación de Enfermeras de Australia (ANF), el gobierno estatal y la Asociación de Hospitales de Victoria, Australia. Para ello se tuvo en cuenta el número de enfermeras disponibles, el número de pacientes que requerían cuidado, la variedad de pacientes y los periodos de demanda del cuidado.

La ratio enfermera paciente fue calculada dependiendo del número de pacientes de un servicio y se estableció de la siguiente manera en hospitalización general:

Tabla 2:

Ratio profesional de enfermería paciente según legislación de California. 2006

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Turno Mañana.	1 a 4	1 a 4	1 a 5
Turno Tarde.	1 a 4	1 a 5	1 a 6
Turno Noche.	1 a 8	1 a 8	1 a 10

Fuente: Summary of nurse-patient ratio agreement. New Briefs [En Línea] <www.anfic.asn.au/news_briefs/news_ratios%20summary.htm> [Citado el 17 de noviembre de 2006]

Bergmann, J (2006) Legislative Developments: California Enacts Nurse-to-Patient Ratio Law. The Journal of Law, Medicine y Ethics. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8495/1/535675.2009.pdf>

En el servicio de cuidado intensivo la razón enfermera paciente se estandarizó como aquella menor a 1:3, es decir máximo tres pacientes por enfermera, en comparación con servicios de menor complejidad como servicios de hospitalización de medicina interna donde la razón enfermera paciente durante el día es de 1:8 y en la noche se tiene un máximo de 15 pacientes por enfermera profesional.

En Europa, el Grupo de trabajo sobre mejora de la Calidad (The Working Group on Quality Improvement, WGQI) de la Sociedad Europea de Medicina de Cuidado Intensivo (European Society of Intensive Care Medicine, ESICM) identificó los requisitos básicos para las UCI mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva, en la que participaron 47 especialistas en cuidados intensivos pertenecientes a 23 países y cuyo punto de partida fue la necesidad de una versión actualizada de la recomendación de ESICM publicada en 1997. El documento en mención, dicta recomendaciones para las Unidades de Cuidados Intensivos de pacientes críticos adultos, determinando que deben estar situadas en un Hospital que cuente con servicios apropiados, tales como, quirúrgicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos, cirujanos y radiólogos, disponibles para la UCI las 24 horas del día; lo anterior, con el fin de asegurar respuestas a las necesidades multidisciplinarias de la medicina de cuidados intensivos, que no es otra cosa que el resultado de la colaboración estrecha entre médicos, personal de enfermería y otros profesionales paramédicos, por lo que es imperioso definir detalladamente las tareas y responsabilidades de cada actor.

Ahora bien, en lo que al personal de enfermería respecta, el texto recomienda que el mismo debe estar comandado por un coordinador de enfermería, que deberá tener disposición de tiempo completo, pues es quien responde por el funcionamiento y la calidad del trabajo de enfermería. Debe tener amplia experiencia en cuidados intensivos y ser apoyada por al menos una enfermera que la pueda reemplazar. Dicho coordinador debe asegurar la educación continua del personal de enfermería y normalmente no trabaja en las actividades de enfermería, sino que trabaja en equipo con el director médico. Ambos proporcionan las políticas, los protocolos y las directivas y apoyan a todo el equipo.

Esta misma problemática vista desde otras geografías, como en el caso específico de España, en donde se evidencian que no existe una regulación precisa sobre la temática en cuestión. Sólo está definida en las unidades de cuidado crítico o

intensivas (M. Moreno, 2014). España es considerado el país europeo con mayor ratio enfermera: paciente (12,7), en comparación con los otros ocho países de Marco Europeo como Bélgica, Reino Unido, Noruega, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Suiza y Suecia, resalta María Moreno, investigadora principal. La media europea está en 8,3. En el extremo opuesto está Noruega, donde cada enfermero atiende a 5,2 pacientes.

Por otra parte, a nivel nacional, si bien existe un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, hoy día de relevancia en desarrollo jurisprudencial en materia de responsabilidad médica (Sentencia SC 9193-2017/2011-00108), en el cual se encuentra inmerso, el Sistema Único de Habilitación para las instituciones prestadoras de salud, deja a su libre albedrío el cálculo de esta necesidad y la posibilidad de reemplazar los profesionales de enfermería por personal técnico no calificado desde el punto de vista legal. Como se mencionó anteriormente, en la práctica profesional existen múltiples instrumentos validados para determinar la ratio profesional de enfermería: paciente a partir de las condiciones clínicas de este último, la complejidad del servicio y la formación del profesional de enfermería. Ejemplo: Escala TISS – 28, Escala NAS, entre otras, sin embargo, ninguna es tomada como referencia en nuestro país dentro de la normatividad existente.

2.3 SITUACIÓN NACIONAL SOBRE RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE

Pese a la existencia de los instrumentos reseñados en precedencia, en Colombia, no existe actualmente legislación que regule la ratio profesional de enfermería: paciente en las unidades de cuidados intensivos.

Al respecto la legislación colombiana, ha establecido los estándares y criterios de habilitación para que pueda entrar en funcionamiento este servicio. La resolución 4445 de 1996 reglamenta las condiciones de infraestructura y complementa las condiciones higiénico sanitarias, inicialmente reguladas por la ley 9 de 1979, de los servicios en salud, incluyendo UCIA.

Por otra parte, es la resolución 2003 de 2014 la que establece las condiciones técnico científicas entre las que se evalúan los estándares de talento humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios, historias clínicas y registros, así como interdependencia.

Con relación a esta última, frente al tema de cantidad de talento humano o personal necesario para un determinado servicio en salud, en el estándar primero de Talento Humano detalla que *“Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención”*. De esta manera no especifica cuántos profesionales de enfermería se asignan para el cuidado de los pacientes, sólo menciona que se debe tener en cuenta tres variables para determinar la cantidad necesaria de talento humano en salud o dotación de personal, estas son: relación entre oferta y demanda, oportunidad en la prestación del servicio y riesgo en la atención.

La resolución 2003 de 2014, define el servicio de Cuidado Intensivo Adultos o UCIA, como *“Atención de pacientes, adultos, críticamente enfermos, recuperables, donde se desarrollan actividades precisas de monitorización y manejo de pacientes, cuya condición clínica, pone en peligro la vida en forma inminente necesitan soporte para la inestabilidad neurológica, hemodinámica, respiratoria, gastrointestinal, renal, endocrina, hematológica, metabólica o después de una cirugía mayor”*.

En el estándar de talento humano, exige que se debe contar con:

1. Especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo o Anestesiología o Medicina Interna o Ginecobstetricia o Cirugía General o Medicina de Urgencias, según la oferta de servicios;
2. Enfermera con especialización en medicina crítica y cuidado intensivo o certificado de formación del control del paciente de cuidado intensivo adultos;
3. Terapeuta respiratoria o fisioterapeuta.
4. Auxiliares de enfermería.

Es importante aclarar que dicha norma es taxativa al explicar que el término “cuenta con”, significa presencialidad dentro del servicio de manera permanente, es decir 24 horas.

De esta manera se observa que en Colombia no existe una regulación normativa específica que estipule el número de pacientes por profesional de enfermería en los servicios de salud, incluyendo el de Cuidados Intensivos Adultos. Así mismo no determina una metodología específica para su cálculo, tampoco adopta alguna de las escalas descritas por la doctrina científica (TISS-28, NAS u otros) donde se tenga en cuenta la condición clínica del paciente para la distribución de profesionales y asignación de carga laboral, en términos de ratio profesional de enfermería: paciente.

CAPÍTULO 3

“Es incorrecto, e incluso inmoral tratar de escapar de las consecuencias de los propios actos”
Mahatma Karamchand Gandhi. Abogado, pensador y revolucionario hindú.

3. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA A PARTIR DEL INCUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UCIA

A continuación, se exponen los acápites que estructuran la doctrina de la responsabilidad civil del profesional de enfermería a partir del incumplimiento de la ratio profesional de enfermería: paciente en Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA).

3.1 RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El estudio de la responsabilidad civil de las profesiones en salud se ha concentrado principalmente en la medicina, pese a que la finalidad del médico versus la del profesional de enfermería son diferentes en cuanto que la esencia y ser del primero consiste principalmente en “tratar a todo paciente que lo solicite”, salvo algunas excepciones (Ley 23 de 1981), el de enfermería consiste en “dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno” (Ley 266 de 1996), es posible tomar apartados que aplican para ambos tipos de profesiones teniendo en cuenta que para ambos la obligación del profesional se enmarca dentro de las obligaciones de diligencia, es decir, dentro de aquellas obligaciones que tienen por objeto un hacer, de ahí que el incumplimiento de la obligación del profesional, esté relacionado con la violación de los deberes inherentes al desarrollo

de la actividad; en otras palabras se trata de valorar la diligencia normal en relación con la actividad ejercida (Cortés, 2009, p. 127).

Tanto es así, que en Colombia, de acuerdo al artículo 104 de la ley 1438 de 2011, se explica que la relación de asistencia en salud entre profesionales y el paciente genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional; Aclarando que para algunos casos excepcionales puede generarse obligación de resultados según el acuerdo profesional - paciente, como por ejemplo la cirugía plástica con fines estéticos o los casos determinados por la jurisprudencia como de responsabilidad objetiva para las profesiones en salud como lo son: daños con ocasión a vacunación, infecciones intrahospitalarias, daños directos por equipos peligrosos por errores de mantenimiento, tratamientos experimentales y cuando en el acto médico se empleen químicos o sustancias peligrosas (Consejo de Estado Sección Tercera, Sentencia 25000232600020030213301(36816)A, Ene. 25/17).

El interés de la clasificación de obligaciones de medios y de resultado radica en la carga de la prueba de la culpa. Es así como ante una obligación de resultado, el deudor sólo podrá liberarse si prueba la existencia de una causa extraña, imprevisible e irresistible, que le impidió cumplir. Contrario a esto, ante una obligación de medios, le corresponderá al acreedor probar la culpa (en abstracto) del deudor, salvo en algunos casos en los que la culpa se presume (Cortés, 2009, p. 127).

Si la obligación es de medios, y toda vez que se debe hacer un juicio de valor sobre la conducta del deudor para determinar si obró o no correctamente, se puede decir que la responsabilidad es subjetiva (Cortés, 2009, p. 127).

Por otra parte, cuando se está en presencia de una obligación de resultado, en la que no se hace necesario el juicio de valor sobre la conducta del deudor, la

inejecución de una obligación tal lleva a una responsabilidad sin culpa u objetiva (Cortés, 2009, p 137).

Como ya se mencionó dentro de las obligaciones de medios, la prueba de la culpa corresponde al acreedor, de tal suerte que si no logra demostrar cargará con las consecuencias de la no ejecución de la prestación. Por el contrario, si se admite una presunción de culpa será el deudor, contra el que se invoca la pretensión quien deberá soportar las consecuencias, si no desvirtúa tal presunción; pero en uno y otro caso siempre está en juego la culpa del deudor.

En las obligaciones de resultados es el deudor el que debe probar la causa extraña que lo libera (Cortés, 2009, p. 139).

De acuerdo a esta clasificación de obligación de medios y resultados, se tiene que el profesional de enfermería le es aplicable el primer tipo de obligación. Por tanto, se señala que la obligación de medios se agota en la diligencia, y el efecto útil de la actividad dada en interés del acreedor. En consecuencia, en esta categoría el deudor (profesional de enfermería) compromete su actividad diligente, el cual si bien busca un resultado deseado (cuidado integral del paciente), este no es asegurado ni comprometido. Toda vez que el profesional de enfermería se compromete a poner a disposición todos los medios a su alcance para dar cuidado integral, fundamentando su actuar en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al Plan de Atención de Enfermería (PAE), el cual puede contemplar la realización de procedimientos ordenados por el médico tratante y cuya responsabilidad de ejecución es del profesional de enfermería.

De esta manera se entiende por responsabilidad civil del profesional de enfermería, aquella que genera la obligación de reparar, resarcir o indemnizar los daños

generados al paciente y/o sujeto de cuidado a partir del incumplimiento sea por acción u omisión de sus deberes profesionales, siendo pilar angular la diligencia y cuidado.

Tal como lo explica M. Koteich, el resarcimiento de las víctimas, cuyo punto de partida es la reparación integral, “nos conduce a considerar más que las simples proyecciones patrimoniales o materiales del hecho antijurídico, penal o puramente civil [...], a la persona de la víctima como una compleja realidad biológica, social y espiritual, máxime cuando el llamado derecho de daños es objeto en la actualidad de cierta revolución, pues el reconocimiento de los daños a la persona como fuente de responsabilidad civil es tema que si bien siempre ha ocupado a la ciencia jurídica, cobra hoy una inusitada vigencia en virtud del interés creciente por la protección de los derechos fundamentales del hombre”. (Koteich, 2011. p. 291).

Ahora bien, teniendo en cuenta que la enfermería si bien guarda similitudes con la medicina, ambas son sustancialmente diferentes, por ello es importante delimitar el campo de acción de esta profesión, describiendo inicialmente su regulación normativa y lo concerniente a la ratio profesional de enfermería : paciente, dentro del ordenamiento jurídico nacional, para posteriormente analizar las obligaciones jurídicas que le atañen según las normas vigentes y cómo el incumplimiento a las mismas permite configurar su responsabilidad en el quehacer diario dentro de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Una vez sea vislumbrado el panorama de la responsabilidad civil del profesional de enfermería en este escenario, se pone de presente las causales de culpa, ésta como factor de imputación y se describe cómo influye la ratio profesional de enfermería: paciente y su incumplimiento en la configuración de dicha responsabilidad.

3.1.1 Regulación normativa de enfermería y ratio profesional de enfermería paciente

En Colombia la profesión de enfermería se reglamenta en las leyes 266 de 1996 y 911 de 2004, la primera regula aspectos específicos de la profesión y la segunda los aspectos deontológicos y/o bioéticos.

La esencia y ser de la profesión es el cuidado, sin embargo, este debe ir de la mano de la ciencia y la práctica. El profesional de enfermería se caracteriza principalmente por la integralidad de la asistencia en salud, y su capacidad para identificar las necesidades y las expectativas del paciente, la familia y la comunidad; en antítesis, Hanna y Villadiego (2014), mencionan que la función principal del profesional de enfermería está sufriendo cambios significativos ya que el cuidado ha pasado a un segundo plano; también mencionan que los profesionales de enfermería en muchas ocasiones abandonan sus quehaceres cotidianos por realizar actividades de los otros profesionales de la salud, y deben responder por todas las situaciones ocurridas en el servicio.

El ámbito asistencial, en este caso hospitalario en UCIA, del profesional de enfermería incluye aquellas actividades que preservan el derecho fundamental a la salud, la vida, la dignidad de la persona, la familia y la comunidad, en donde el cuidado implica el uso de los conocimientos y la sensibilidad siempre percibiendo al paciente como ser humano integral, es decir una visión holística (Arco y Calle, 2018).

De acuerdo a la Academia Nacional de Medicina, la Comisión de Educación, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud (2013):

(...) la profesión de Enfermería en Colombia tiene el perfil ocupacional con menor nivel de sustitución en el conjunto de profesiones del área de la salud en el país, a pesar de esto no hay un adecuado reconocimiento del papel

fundamental que cumplen los profesionales de enfermería en el Sistema de Salud Colombiano.

Sin embargo, y pese a la evidencia de la importancia del rol que desempeñan los profesionales de enfermería, este no siempre se percibe de manera impactante. Se puede inferir, que, en algunas instituciones para abaratar los costos de la prestación de servicios, se genera sobrecarga laboral por exceso de asignación de paciente por enfermera y de temas administrativos; relegando el objeto de ser de la profesión (el cuidado) al personal técnico o auxiliar (Arco y Calle, 2018).

Esto ha sido reconocido por diferentes actores, quienes, en un informe oficial sobre el estado actual de la profesión de enfermería en Colombia, afirman que:

El Sistema General de Seguridad Social, a partir de la Ley 100 de 1993 y sus reformas Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011 han distorsionado el perfil ocupacional de los profesionales de la salud, y especialmente de la enfermera por la delegación progresiva de funciones de carácter administrativo, con la consecuente reducción del tiempo y de adecuadas condiciones para asumir la esencia de su rol profesional, es decir el CUIDADO de la vida y de la salud de las personas (Academia Nacional de Medicina et al., 2013).

Lo anterior es preocupante, toda vez que en el ámbito hospitalario, particularmente en UCIA, el profesional de enfermería es el responsable legalmente del cuidado del paciente, este no se refiere solamente a suplir la necesidades de ellos sino también involucra el dominio sobre las situaciones administrativas y asistenciales del servicio que dirige, sumado a ello se evidenció que los profesionales sienten que sus esfuerzos por mantener el funcionamiento de los servicios no se ve reflejado, puesto que en ocasiones se sienten invisibles en su quehacer cotidiano, debido a la falta de reconocimiento y dignificación por parte de sus colegas, pacientes e incluso sus familiares. A esto se suma, que, para las IPS, el cuidado de las personas se ha considerado como algo “intangibles” que no está dentro del sistema de costos siendo subvalorado al punto de catalogarse como un cobro de los servicios médicos y de hotelería.

De esta manera resulta preocupante que, siendo la seguridad en la atención y la calidad en la prestación de los servicios de salud, el eje de las políticas actuales de salud en el país, el ejercicio profesional de Enfermería se vea afectado por factores tales como:

Sobrecarga laboral; jornadas de trabajo extensas; cambios y rotaciones frecuentes del sitio de trabajo; limitaciones en materiales, insumos, medicamentos, equipos, dotación e infraestructura; exposición a riesgos ergonómicos, biológicos, físicos y psicológicos; baja remuneración; nuevas formas de contratación que conllevan a la pérdida de la estabilidad laboral, al deterioro de la seguridad social. Estas nuevas formas son: el teletrabajo, el *outsourcing* (subcontratación externa) y las cooperativas de trabajo asociado (Academia Nacional de Medicina et al., 2013).

3.1.2 La reglamentación de enfermería en las UCIA

Con relación a la reglamentación de enfermería en las UCIA, al respecto, es importante traer a colación que la Resolución 2003 de 2014: “*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud*”, dispone los estándares y criterios mínimos con los que debe contar el servicio de Cuidados Intensivos Adultos en Colombia. Llama la atención de la citada resolución que en lo que respecta al personal de enfermería, se limita establecer que la UCI adultos debe contar con una enfermera con especialización en medicina crítica y cuidado intensivo o certificado de formación del control del paciente de cuidado intensivo adultos; aunado a lo anterior, dispone que los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.

Lo anterior se traduce que en Colombia no existe una regulación clara y definida respecto a la ratio enfermera: paciente que debe primar en la prestación de los servicios de UCI adultos, pues como se desprende de la resolución traída a colación, ella quedará al arbitrio de los prestadores del servicio de salud, lo que

genera una inseguridad jurídica en la atención de calidad, oportuna, humanizada, continua, integral y personalizada que requiere el paciente crítico.

No debe olvidarse que, la atención del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos debe estar a cargo de personal de enfermería con un perfil altamente calificado, que en la mayoría de los casos, cuentan con estudios de postgrado que le permiten lidiar con el nivel asistencial, de aparataje, de complejidad, de estrés, de diversidad y de atención especializada, que exige el cuidado del enfermo crítico, lo anterior, en razón a que las Unidades de Cuidados Intensivos deben cumplir unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garanticen las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, se encuentran en un estado de debilidad manifiesta, requiriendo en la mayoría de los casos soporte respiratorio, por lo que el nivel de responsabilidad de la vida del paciente es significativamente más alto que en las unidades de hospitalización convencional (Ministerio de Salud, 2017).

Al respecto, el Consejo Internacional de Enfermería resalta que:

(...) hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal de las instituciones guardan relación con el aumento de acontecimientos adversos tales como las caídas de los pacientes, las heridas causadas por la permanencia en cama, los errores de medicación, las infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales (Aiken, 2002).

Partiendo de lo anterior, es claro que la cantidad insuficiente de personal de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos es uno de los principales factores de riesgo asociados al cuidado del paciente crítico, situación que, en todo caso, escapa del dominio del profesional, quien en muchas ocasiones tiene que someterse a condiciones de trabajo extenuantes, situación que genera un ambiente estresante e incómodo, propicio para cometer errores.

En ese sentido, vale la pena resaltar que, la calidad del cuidado y la atención del enfermo crítico, dependen de: la calificación del personal de enfermería, los conocimientos suficientes en cuidado crítico y medicina intensiva; pero más importante aún contar con una adecuada ratio o profesional de enfermería: paciente.

Esta problemática ha impulsado a diferentes organizaciones a favor de los profesionales de la enfermería a realizar una gestión importante en cuanto a una legislación en pro de la adecuada ratio, esfuerzo que, si bien ha tenido un impacto en la legislación internacional, no ha sido plausible en Colombia.

3.2 DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

A continuación, se hace reseña de los deberes del profesional de enfermería, definidos por la Ley 266 de 1996 que reglamenta la profesión de la enfermería en Colombia, cuyo artículo 20 dispone:

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica, establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.
2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.
4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución.
5. *Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.*

3.3 CONFIGURACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

En la actualidad la mayoría de los ordenamientos jurídicos continentales no han desarrollado ningún precepto normativo relativo a la responsabilidad médica (entendida para todo el personal sanitario), comoquiera que la responsabilidad, sea contractual o extracontractual, no tiene ningún tipo de diferenciación concreta por la actividad de que se trate; ello conduce a que la responsabilidad civil médica deba construirse – como se ha hecho en Francia y en otros países de sistema jurídico-continental- sobre desarrollos frecuentemente jurisprudenciales y doctrinales, basados en la normativa común de la responsabilidad civil (Peña, 2015) .

Actualmente, los tribunales tanto nacionales como extranjeros han tenido una tendencia en aumento de litigios de responsabilidad civil contra profesionales de la salud en los últimos años. Jean Penneau precisa cómo en Francia, entre 1962 y 1970, ha aumentado en un 82% el porcentaje de litigios de responsabilidad civil contra médicos (Penneau, 1977). Las causas para este incremento en el régimen de la responsabilidad civil son varias, sin embargo, la tendencia a la mayor seguridad del hombre moderno y su menor pasividad ante el infortunio, han hecho que, en muchos casos, no se resigne ante un suceso que otrora podía ser tomado como ineludible, para que en su lugar se propenda por buscar sus causas, y consiguientemente al responsable de tal hecho. (Gitrama, 1965).

Lo anterior tiene por sustento los procesos de tecnificación y masificación de la medicina, a partir de los cuales el paciente ya no se encuentra frente al médico o profesional de salud particular, sino ante una institución prestadora de los servicios de la salud, frente a la que tienen menos reparos en exigir una responsabilidad.

Resulta imperioso resaltar que de antaño se ha establecido que el régimen de responsabilidad civil surge a partir de unos de los principios más importantes del

derecho que es el deber de no causar daño a otro; en este sentido, un individuo es responsable cuando incumple la obligación de no dañar, siempre y cuando la causa del daño le sea imputable (Bernal, 2013).

Ahora bien, como se explicó anteriormente, este tipo de responsabilidad se encuentra dividida en dos especies contrapuestas, estas son, la contractual y la extracontractual.

Previo a examinar propiamente el régimen de responsabilidad civil aplicable al profesional de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, conviene examinar el contenido de la relación que une a dicho profesional con el paciente crítico como premisa ineludible.

Las Unidades de Cuidados Intensivos, como ya se observó, se caracterizan por ser un servicio independiente al interior de ciertas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, bien sean públicas o privadas, que deben cumplir unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garanticen las características de accesibilidad, pertinencia, oportunidad, continuidad y seguridad, adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, se encuentran en un estado de vulnerabilidad y debilidad manifiesta.

Partiendo de lo anterior, para que a un enfermo crítico se le presten los servicios de una UCI, lo hace habitualmente a través de su EPS, con quien tiene una relación contractual (afiliación) previamente adquirida (Decreto 2353 de 2015 incluido en D.U.R. 780 de 2016) y a su vez la EPS debe haber contratado con la IPS que tenga habilitado este servicio (Decreto 4747 de 2007 incluido en D.U.R. 780 de 2016).

En el mismo orden, el profesional de enfermería que presta sus servicios presenciales en una Unidad de Cuidados Intensivos necesariamente debió haber celebrado un contrato con la IPS que presta el servicio de UCI, bien sea de tipo

laboral, mediante un contrato de trabajo, o civil mediante un contrato de prestación de servicios profesionales (Resolución 2003 de 2014, estándar talento humano).

De esta manera, se evidencia que la relación entre el profesional de enfermería y el paciente de la UCIA es de tipo extracontractual.

Vale la pena aclarar que aún ante la inexistencia de una relación jurídico-contractual entre el paciente crítico y el profesional de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, ello no implica un eximente de responsabilidad civil - profesional hacia el enfermo, pues este debe responder por los hechos que sobrevengan con ocasión de su imprudencia, impericia, negligencia y violación a reglamentos y/o protocolos como causales de culpa profesional.

3.3.1 Elementos que configuran la responsabilidad civil del profesional de enfermería

Para que la responsabilidad civil del profesional de enfermería se configure es necesario que concurren los siguientes elementos y/o requisitos, los cuales son afines a la responsabilidad civil en general (Corte Suprema de Justicia, 2014):

3.3.1.1 Una acción u omisión

Entendida la primera como el comportamiento humano voluntario y externo, y la segunda como el descuido de un deber de actuar que causa un resultado dañoso.

3.3.1.2 Un nexo causal

Lo que se traduce a que el daño producido sea como consecuencia de la acción u omisión del profesional de enfermería. Sobre este punto, ha de tenerse en cuenta el principio de la llamada *lex artis ad hoc*, o módulo rector de todo acto médico (entiéndase también por acto del profesional de la enfermería), como principio director en esta materia; al respecto, la jurisprudencia nacional ha resaltado que lo determinante en todos los casos de responsabilidad del profesional de la salud, es

determinar si las actuaciones realizadas en desarrollo de la atención que se brindó a la víctima, guardan o no conformidad con el estado del arte o la *lex artis*, sin que, por lo tanto, haya lugar a especular sobre si, con la utilización de unos procedimientos distintos, se hubiera evitado la afectación sufrida por el paciente o conseguido otro resultado (Corte Suprema de Justicia, 2014).

3.3.1.3 La existencia de un daño

El cual puede ser patrimonial o extrapatrimonial. Respecto de este último, es preciso resaltar que no se reduce al tradicional daño moral, si se tiene en cuenta que la jurisprudencia ha incluido como especie de perjuicio no patrimonial el daño a la salud y el daño a la vida de relación, independientes entre sí, pues poseen su propia fisonomía y peculiaridades que las distinguen de las demás y las hacen merecedoras de tutela jurídica; aunque a menudo suele acontecer que confluyen en un mismo daño por obra de un sólo hecho lesivo.

3.3.1.4 La culpabilidad

En el caso de los profesionales de enfermería rige el principio de la culpa probada o la teoría de la responsabilidad subjetiva, por entender que se trata de una obligación de medios. En Colombia, la ley 911 de 2004 dispone que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios; aunado a lo anterior, la jurisprudencia tanto nacional como extranjera ha sido uniforme en determinar que la función u obligación de la medicina, y por tanto de sus profesionales, no es de resultados sino de medios, dado que la naturaleza humana y los límites de la medicina no siempre permiten cumplir su cometido, que no es otro que procurar al enfermo la mayor atención y el mejor tratamiento, con objeto de lograr su sanidad tanto material como psicológica, en este sentido, el profesional de enfermería está obligado, no a curar al enfermo sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia, de suerte que éste deberá probar la culpa del profesional de la salud, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (Cortés, 2009. p. 127).

La ley 1438 de 2011, en su artículo 104, define la autorregulación profesional, modificando el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedó de la siguiente manera:

(...) Artículo 26. *Acto propio de los profesionales de la salud.* Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

3.3.2 El Factor de Imputación

Inicialmente el estudio de la responsabilidad solía comprender tres elementos para su configuración: el hecho, el daño y el nexo causal. Sin embargo, en la actualidad no es suficiente probar estos, sino que además es necesario determinar que la conducta fue imputable al presunto autor del daño; imputabilidad entendida por Alpa (2006, p. 413) como:

La aptitud del sujeto agente para entender, para darse cuenta de lo que ocurre y entender lo que se debe hacer y para querer, para determinarse sobre el comportamiento a seguir. De esta forma, mientras el nexo causal supone un análisis de causalidad fáctica, el factor de imputación hace referencia a una causalidad jurídica.

Según Alpa, esto significa que:

La imputación del daño es una cuestión normativa, en el sentido de que el juicio de responsabilidad arriba de la imposición del deber de resarcimiento al sujeto que, con su comportamiento, ha provocado el daño, o al sujeto que, por la particular situación jurídica en que se encuentra, se considera oportuno gravar con el daño como el cuidador.

En este caso aplica al profesional de enfermería, sobre quien recae la responsabilidad de cuidar al paciente.

Ahora bien, según los hermanos Mazeaud, la culpa se define como:

Un error de conducta que no la habría cometido una persona cuidadosa situada en las mismas condiciones externas que el autor del daño (Martínez, 2003).

Se debe tener en cuenta que en el período postclásico aún no existía una obligación que pudiese producirse por sí misma (*ope legis*) sin la voluntad de la persona que ha de ser vinculada, por lo que fueron necesarios muchos siglos de evolución jurídica para que la ley fuera considerada fuente formal de obligaciones. (Betti, 1970).

Fue sólo hasta en el período del derecho común (siglo XIV hasta la codificación) cuando los juristas empezaron a hablar sobre un principio fundante de la responsabilidad civil, influidos por la filosofía iusnaturalista, la teología escolástica y la necesidad de justificar la legislación de los príncipes de los estados nacionales emergentes.

El jurisconsulto francés Domat, acuñó la cláusula general de responsabilidad, aludiendo a otras especies de daños causados por faltas en que no hay crimen ni delito, en los siguientes términos:

Todas las pérdidas y todos los daños que puedan sobrevenir por obra de alguna persona, sea por imprudencia, ligereza o ignorancia de lo que debe saber, o por faltas semejantes, por más leves que sean, deben ser indemnizadas por aquel cuya imprudencia o falta haya dado lugar a ellos; pues son un mal que ha hecho aun cuando no tuviese intención de dañar (Domat, 2015).

La noción de culpa fue por varias décadas la justificación del traslado de la obligación de reparar un daño, de un sujeto a otro que lo causaba.

Para finales de 1800 surge un fundamento novedoso sobre responsabilidad civil, este es el riesgo, el cual explica situaciones que bajo la perspectiva exclusiva de la culpa podrían no ser abordadas adecuadamente generando con ello dificultades en

la administración de justicia. En este sentido, el derecho moderno ha desarrollado otros fundamentos que posibilidad poder reparar o resarcir un daño no sólo a partir de la culpa sino también del riesgo al que se somete la víctima.

Algunos ejemplos de lo anterior como Starck citado por Viney, (2007); encuentra en “*la garantía de los derechos esenciales de los individuos el criterio de imputación de responsabilidad*”. En el mismo sentido, Mosset (2004) advierte que: “*la responsabilidad puede ser subjetiva u objetiva a título de riesgo o de garantía o seguridad*”.

Para Santos (1996), la culpa es definida como:

(...) El incumplimiento de un deber de previsión y control que desemboca en un daño, se responde más que por la existencia de un factor de imputación, por la transgresión de deberes jurídicos, es decir, por el menoscabo o amenaza de intereses reconocidos por el derecho, lo que él denomina antijuridicidad.

La postura de la Corte Suprema de Justicia a partir del año 2016, determinó que, para imputar responsabilidad a los agentes singulares de la organización, en este caso los profesionales de enfermería, el juez habrá de tomar en cuenta:

(...) sólo aquellas acciones, omisiones o procesos individuales que según su marco valorativo incidieron de manera preponderante en el daño sufrido por el usuario y cargarlos a la cuenta de aquellos sujetos que tuvieron control o dominio en la producción del mismo.

El agente en salud singular (profesional de enfermería) se exonera del juicio de imputación del hecho como suyo siempre que se demuestre en el proceso que “*no tenía un deber de cuidado en la atención que brindó al paciente*”, lo que ocurre, por ejemplo, cuando su intervención no fue jurídicamente relevante o estuvo amparada en una causal de justificación de su conducta; cuando el daño se debió al quebrantamiento de una obligación de acción de la EPS o de la IPS y no a la

desatención del deber personal de actuar; o cuando no intervino de ninguna manera ni tenía el deber jurídico de hacerlo.

De esta manera, a pesar de que la culpa es uno de los criterios que mayoritariamente ha adoptado la doctrina, lo cierto es que no es el único y no parece encontrarse un fundamento único para la responsabilidad civil. Sin embargo, para el desarrollo del presente trabajo se hizo necesario identificar las causales o factores generadores de culpa, tales como la imprudencia, la impericia, la negligencia y la violación a reglamentos y/o protocolos.

3.3.3 Causales de Culpa

La conducta del profesional de enfermería es culposa cuando se presentan o concurren algunas de las siguientes causales:

3.3.3.1 Imprudencia

Supone un obrar precipitado o injustificado por parte del profesional de enfermería, sin prever las consecuencias que puede desembocar su actuar irreflexivo, advirtiendo que en los profesionales se trata de una conducta positiva respecto a la cual debía abstenerse, una acción realizada de manera prematura (López, 2015). Un ejemplo aplicado al profesional de enfermería en UCIA es la administración de penicilina sin previa prueba de sensibilidad a la misma, que finalmente genera una reacción anafiláctica y posterior deceso del paciente.

3.3.3.2 Impericia

Se presenta cuando el profesional de enfermería realiza una intervención o acción de cuidado sin tener los conocimientos, las habilidades o la experiencia necesaria. Esta se presume inicialmente mediante la acreditación del título profesional, pero para el caso de los profesionales de enfermería se requiere de un ejercicio de educación continua a través de la acreditación de cursos y/o entrenamientos orientados al perfeccionamiento de sus competencias profesionales (Doncel, 2004).

Por ejemplo, para el caso del profesional que labora en UCIA, este debe contar con especialización en medicina crítica y cuidado intensivo o certificado de formación del control del paciente de cuidado intensivo adultos.

3.3.3.3 Negligencia

Hace referencia a una omisión de una actividad que habría evitado el resultado dañoso, o cuando el profesional de enfermería no hace lo que debe o hace menos, y de esta manera no despliega la conducta que le era exigible dados sus conocimientos (López, 2015). Un ejemplo de ello en UCIA es la falta de monitorización y/o supervisión de los signos vitales en un paciente crítico, que pueda conducir a una complicación que inicialmente era previsible.

3.3.3.4 Violación a reglamentos y/o protocolos

Corresponde a los deberes derivados del ejercicio de la actividad profesional, es decir a la reglamentación de su profesión u oficio. Estos reglamentos contribuyen a determinar las reglas del arte de cada actividad (*lex artis ad hoc*) y tienen como destinatarios específicos a unos profesionales en concreto, en este caso al profesional de enfermería a partir de la ley 266 de 1996. Así mismo incluye el manual de funciones, protocolos y guías de manejo. Un ejemplo para este factor, es que en UCIA un procedimiento de enfermería como la inserción de sonda vesical sea realizado por un auxiliar de enfermería y finalmente el paciente presente un trauma uretral producto de dicho procedimiento. Este procedimiento por su complejidad está a cargo de un profesional de enfermería, médico o especialista, según la complejidad del paciente.

En igual sentido se encuentra la falta de cumplimiento de cualquier deber tipificado en el artículo 20 de la ley 266 de 1996.

3.4 INCUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE COMO HECHO GENERADOR O DETERMINANTE DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UCIA

Con relación a la falta o déficit de profesional de enfermería para el cuidado de paciente en una UCIA en Colombia y entendiendo como incumplimiento de la ratio enfermera: paciente, aquellos casos donde un profesional de enfermería tiene a su cargo un promedio mayor a tres pacientes por turno, según los estudios científicos ya explicitados en el capítulo anterior, este que *per se* es un riesgo para los pacientes, constituye además un hecho generador de culpa.

Lo anterior, dado que una sobrecarga de pacientes por profesional, aunado a las funciones administrativas designadas por la IPS, hace que el enfermero no cuente con la disponibilidad de tiempo suficiente para prestar un cuidado directo y personalizado; situación que lo obliga a designar dicha atención en el personal auxiliar de enfermería o en tal caso a disminuir o deprecar la calidad del cuidado.

Al respecto, este escenario ha sido analizado dentro de la configuración de la responsabilidad civil en enfermería por Doncel, (2004) quien describe:

(...) La Enfermera es responsable por algunos actos y omisiones de las auxiliares de enfermería. Esta función como “Jefe “del servicio, implica una supervisión de las actividades ejecutadas por las auxiliares que se encuentran a su cargo. Pero para determinar la responsabilidad de cada parte (profesional de enfermería y auxiliares), se debe analizar las contemplaciones del manual de funciones de cada uno. Lo anterior con el propósito de individualizar y delimitar el alcance de sus tareas.

Ahora bien, dicho autor aclara que la función de supervisión debe ser examinada bajo la óptica de una coordinación de servicios y no como una función de tutoría, porque de lo contrario “*se perpetuaría la responsabilidad de las profesionales en cuestión*”.

Por lo anterior, de acuerdo a la ley 266 de 1996, artículo 20, numeral quinto, frente a la dotación del personal profesional de enfermería en un servicio, expone que es su deber:

“Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad”.

Es así como el cumplimiento de este deber se materializa en el momento que el profesional de enfermería al observar condiciones de trabajo que representen un riesgo para los sujetos de cuidado (pacientes) y para el desempeño óptimo de sus funciones, en este caso brindado cuidado en una UCIA, debe reportar y/o notificar a la gerencia y/o administración de la IPS, que la falta de recursos, tales como insumos médicos, logísticos y talento humano en cantidad y calidad suficiente para la demanda de pacientes, es una situación que pone en peligro los derechos fundamentales a la salud y vida de los pacientes, pero además impide que se garantice brindar un cuidado de calidad y por ende se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes, ya que los expone a una mayor probabilidad de caídas, infecciones intrahospitalarias, reacciones por error en administración de medicamentos, entre otros, ya analizados.

Contrario a lo anterior, en caso que el profesional de enfermería incumpla con este deber y omite reportar estas falencias, puede ser visto por el operador judicial como un indicio en contra, que dificulta su defensa; pues no es suficiente alegar o argumentar estas deficiencias de manera extemporánea o posterior a un daño ocurrido en el paciente; sino que como se explicó debe velar por garantizar un cuidado de calidad a priori, que implica en principio contar con los recursos suficientes que garanticen una atención segura. Es decir que la prueba del cumplimiento del deber de diligencia y cuidado en el caso *sub examine*, es el reporte oportuno del incumplimiento de la ratio enfermera: paciente en el servicio de UCIA, por parte del profesional de enfermería a la administración de la IPS.

CAPÍTULO 4

“Cada derecho implica una responsabilidad, cada oportunidad, una obligación, cada posesión, un deber”

John D. Rockefeller. EE.UU. Empresario e inversionista

4. RESPONSABILIDAD CIVIL ORGANIZACIONAL DE EPS E IPS PRIVADAS A PARTIR DEL INCUMPLIMIENTO DE LA RATIO ENFERMERA: PACIENTE EN UCIA

En Colombia, antes de la entrada en vigencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud determinado por la ley 100 de 1993, no existían EPS ni se encontraba fortalecida la figura de las IPS privadas, toda vez que para entonces los subsidios y/o pagos desde el nivel central, se orientaban a la oferta y no a la demanda de los hospitales públicos. De allí que la relación profesional de la salud – paciente fuese mucho más cercana, proximal o de confianza, siendo “el profesional (más conocido como médico) de cabecera”. De ahí que el vínculo jurídico que nacía entre el profesional de la salud y su paciente fuera considerado como un contrato bilateral, principal, de ejecución instantánea, la mayoría de las veces *intuitu personae*, consensual, conmutativo y de libre discusión (Corte Suprema de Justicia, 2016).

Este vínculo nacía de la voluntad de las partes, por tanto, el resarcimiento y/o reparación de los daños con ocasión a la prestación de servicios de salud era fácilmente identificable como responsable al profesional de la salud, respondiendo por las acciones u omisiones a su cargo.

A partir de la ley 100 de 1993, y la intervención de nuevas figuras como las EPS y el fortalecimiento de la IPS privadas, en el entendido de los artículo 48 y 49 de la

carta magna, frente a la participación de intermediarios privados y descentralizados por niveles, esta responsabilidad que era en principio entre profesional de la salud y paciente, fue entrando en desuso, pues para entonces se empezó a posicionar un concepto que hoy día es completamente vigente: “la macro medicina”, en la cual el enfermo, ya no es considerado un paciente sino un cliente más dentro del engranaje económico que mueven grandes organizaciones, y en la que el usuario no acude ante su médico de confianza sino ante una estructura corporativa que relegó el factor *intuito personae* a su más mínima expresión.

Pese a que la masificación del servicio de salud contribuyó a mejorar la cobertura de atención en salud a partir de un compromiso de parte del Estado Colombiano por un aseguramiento universal y la prestación eficiente, solidaria y equitativa de servicios, también trajo consigo la despersonalización de los servicios de salud y por tanto de los profesionales de salud que en su momento venían prestando una atención directa, esto es sin intermediarios, dando paso a un concepto denominado responsabilidad organizacional.

Lo anterior, aunado a los grandes adelantos de la ciencia moderna, el aumento del arsenal terapéutico, el uso de nuevas tecnologías, los resultados demostrados por la práctica de la medicina preventiva, el progreso de la medicina de precisión y la terapia dirigida cuando ello es posible, y la masificación del servicio de salud como producto de consumo, han hecho de la medicina una disciplina sofisticada pero también compleja, en la que se ha acumulado una enorme fuente de pronósticos, diagnósticos, tratamientos y procedimientos según el buen hacer profesional, que la han elevado a los más altos niveles y minimizan el ámbito de lo fortuito porque acrecientan el margen de lo previsible (Corte Suprema de Justicia, 2016).

Es así como las EPS e IPS y profesionales adscritos a las mismas, se encuentran cada vez más inmersos en un contexto de responsabilidad, porque entre mayor sea el avance científico será mayor el poder de predicción de los resultados y el dominio

de las consecuencias, incrementando por tanto el grado de exigencia ética y jurídica que se hace a las empresas y agentes prestadores del servicio de salud.

Para comprender la responsabilidad organizacional de las EPS e IPS, es menester comprender la teoría empresarial sistémica y las funciones de cada una de estas al interior del SGSSS.

La Teoría de Sistemas (TS), rama específica de la Teoría General de Sistemas (TGS), siendo su creador el biólogo alemán Ludwing von Bertalanffy, representa la plenitud del enfoque sistemático en la TGA a partir de 1960. Esta parte, de analizar la organización como un conjunto de elementos interrelacionados para alcanzar un objetivo o lograr un fin. «*Un sistema puede ser definido como un complejo de elementos interactuantes*». (Bertalanffy, 2014).

Las personas jurídicas estructuradas en forma de organizaciones son sistemas compuestos por personas naturales, pero simplemente una suma de estas últimas. De hecho, los sistemas organizativos se definen a partir de su diferenciación con el entorno y con los elementos que los conforman; por ello sus procesos, actuaciones, métodos, estructuras y fines no son los mismos ni coinciden con los de sus miembros o elementos (Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, SC13925-2016).

Respecto a la responsabilidad civil organizacional o por parte de las personas jurídicas, esta se relaciona con la obligación que les asiste a las organizaciones en salud, en este caso EPS e IPS de responder por los daños sufridos con ocasión de la prestación del servicio médico y el incumplimiento de sus funciones dentro del SGSSS, sólo siendo posible su exoneración mediante la prueba de la causa extraña o la debida diligencia y cuidado al no infringir los deberes objetivos de prudencia.

La responsabilidad de las personas jurídicas u organizacionales es directa y tiene su fundamento normativo en el artículo 2341 del Código Civil, tal como lo ha

afirmado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia desde mediados del siglo pasado.

La responsabilidad civil organizacional en salud surge de;

(...) Los daños ocasionados a los usuarios del sistema de seguridad social en salud, el objeto, fundamento y características del servicio de salud; la afiliación al sistema; la forma de pago y monto de las cotizaciones; el régimen de beneficios; las garantías y deberes de los usuarios; los deberes de los empleadores; la dirección, administración y financiación del sistema; su organización, control y vigilancia; y, en fin, todo lo concerniente a las obligaciones y derechos de los integrantes del sistema, sean prestadores o usuarios, está regulado por el Título II (artículos 152 y siguientes) de la Ley 100 de 1993 y disposiciones modificatorias y complementarias.

Su imputación se dará a partir de las funciones que cada actor cumple dentro del SGSSS.

Ahora bien, en principio, la responsabilidad civil que se deriva de la prestación de los servicios de salud, se exige solidariamente a las empresas promotoras de salud, a las instituciones prestadoras de dichos servicios y al personal sanitario, de modo que la víctima o sus familiares, pueden iniciar una reclamación directa contra la entidad promotora de salud que contrató los servicios de la institución sanitaria en la que se les generó el daño; aunado al hecho de que habrá supuestos en que la responsabilidad es directa del centro médico que prestó los servicios de UCI y no de ninguna persona en concreto, cuando los daños provengan de una defectuosa organización.

No debe olvidarse que, “la atención de calidad, oportuna, humanizada, continua, integral y personalizada hace parte de lo que la literatura médica denomina “cultura de seguridad del paciente”, que por estar suficientemente admitida como factor asociado a la salud del usuario y por ser un mandato impuesto por la Ley 100 de 1993, es de imperiosa observancia y acatamiento por parte de las empresas

promotoras e instituciones prestadoras del servicio de salud, por lo que su infracción lleva implícita la culpa de la organización cuando tal omisión tiene la virtualidad de repercutir en los eventos adversos”.

Teniendo en cuenta que las entidades de la seguridad social en salud son personas jurídicas constituidas en forma de sistema, lo primero que ha realizado la jurisprudencia es partir del análisis de su funcionamiento y estructura, para posteriormente lograr establecer el origen de la responsabilidad de cada una, su fundamento y los límites entre la responsabilidad del ente colectivo y la de cada uno de sus miembros.

Por tal motivo a continuación se analizará la responsabilidad civil de carácter organizacional, exponiendo en principio la regulación normativa de las EPS y las IPS, para posteriormente analizar y comprender las obligaciones de cada una y la configuración de la responsabilidad a partir del incumplimiento ratio enfermera: paciente en UCIA de Instituciones Prestadoras de Salud Privadas.

4.1 REGULACIÓN NORMATIVA DE EPS E IPS.

En el ordenamiento jurídico colombiano, el sistema general de seguridad social en salud ha sido creado para garantizar el derecho a la salud y ser aplicado a todos los niveles territoriales, organismos de direccionamiento, entidades de promoción y prestación de servicios de salud, como también, para controlar el conjunto de acciones de salud y los factores de riesgo que eso implica, de acuerdo, al departamento o jurisdicción que a estas les compete por la contratación de los servicios de salud y la solidaridad que existe entre una entidad promotora de salud y las instituciones prestadoras de estos servicios, para el cumplimiento de sus deberes organizacionales (Ley 100 de 1993).

4.1.1 Obligaciones Normativas de las EPS

En el caso de las EPS, la Ley 100 de 1993 en su artículo 174 señala que son las responsables de la afiliación, registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía, hoy administradora de recursos en salud (ADRES), su función principal es la de organizar y garantizar a sus afiliados, ya sea directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio y controlar el pago de las cotizaciones que estos realicen al sistema; contrario a las funciones que obedecen las instituciones prestadoras de salud, quienes se encargan de prestar los servicios a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y los principios de calidad y la eficiencia de la normatividad mencionada; igualmente, cuentan con autonomía tanto administrativa, como técnica y financiera, condicionada por las disposiciones de la Ley que la rige, y las directrices que imparta el Ministerio de Salud, para dar plena prestación del servicio.

Estas bien pudieran resumirse en su función básica: *“organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados”*. (Ley 100. Art. 177, 1993.)”.

De esta manera los daños que estos últimos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a las EPS, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que realice el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

Es importante recordar que la relación EPS-usuario, tiene su origen en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual se produce por una sola vez, sin que ese acto esté sujeto a negociaciones o acuerdos de ninguna especie, y a partir de ese momento los participantes del sistema no pierden tal calidad, siendo beneficiarios de todas las prestaciones asistenciales consagradas en la ley, por lo que el vínculo legal que surge del sistema de seguridad social en salud comporta una relación legal permanente. Esta relación jurídica como se mencionó, se

establece por una sola vez y para siempre entre el usuario y el sistema de seguridad social en salud, mas no con una empresa o entidad específica, así lo determinó el Sistema de Afiliación Transaccional en Salud a partir del decreto 2353 de 2015 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es así como los afiliados como participantes del sistema de seguridad social en salud, bajo el principio de confianza legítima propio de una relación contractual, esperan una eficiente prestación del servicio que pagan mensualmente mediante un aporte económico individual o familiar financiado directamente por el afiliado, o en concurrencia entre éste y su empleador; o bien a través de una cotización subsidiada total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad.

En su condición de afiliados o clientes del sistema, los pacientes concurren a las instituciones prestadoras del servicio de salud en calidad de usuarios, del servicio público de salud que las EPS administran, por lo que el vínculo jurídico que surge entre los usuarios y el sistema de salud entraña una relación especial de origen legal y reglamentario.

4.1.2 Obligaciones de las IPS

El artículo 185 de la ley 100 de 1993, determinó que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) tiene la función principal de prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la normatividad.

A partir de esta función, las IPS se han convertido en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo, toda vez que las normas del sistema de seguridad social les impone ese deber de prestación del servicio.

El numeral 9º del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 consagró entre las normas rectoras del servicio público de salud la garantía a los usuarios de una atención de calidad, oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo a los estándares profesionales.

Para lograr una atención segura y de calidad es imprescindible la capacidad de la organización para transmitir información a otros prestadores, entre su personal, y entre éstos y los pacientes y sus familiares.

La atención que deben suministrar las IPS debe ser de calidad, oportuna, humanizada, continua, integral y personalizada hace parte de lo que la literatura médica denomina “*cultura de seguridad del paciente*”, que por estar suficientemente admitida como factor asociado a la salud del usuario y por ser un mandato impuesto por la Ley 100 de 1993, es de imperiosa observancia y acatamiento por parte de las empresas promotoras e instituciones prestadoras del servicio de salud, por lo que su infracción lleva implícita la culpa de la organización cuando tal omisión tiene la virtualidad de repercutir en los eventos adversos.

Según los expertos en la materia, existe una cultura de seguridad:

(...) Cuando hay un esfuerzo organizacional centrado en salvaguardar el bienestar de los pacientes, que cuenta con el compromiso del personal y la jefatura. Todos los involucrados asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente y su familia, y el personal de salud se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas. (Soule, 2018).

Para poder realizar un trabajo eficaz, óptimo y conforme a los estándares de la ciencia, las organizaciones proveedoras de servicios médicos tienen el deber legal de implementar la cultura de seguridad del paciente. Esta además de constituir una obligación legal de la IPS a partir de la resolución 2003 de 2014, estándar quinto, al ser uno de los procesos prioritarios que deben cumplirse en la prestación de

servicios de salud, ya que permite disminuir el riesgo en la atención, es una variable que cobra gran fuerza en la valoración que el juez civil realiza acerca de la diligencia y el cuidado que debió tener la entidad sobre un proceso respecto del cual ejercía control.

Es importante recordar que:

“Una cultura de seguridad del paciente implica liderazgo, trabajo en equipo y colaboración, prácticas basadas en la evidencia, comunicación efectiva, aprendizaje, mediciones, una cultura de trato justo, pensamiento sistémico, factores humanos y una política de tolerancia cero”. (Soule, 2018).

4.2 OBLIGACIONES DE LAS EPS RELACIONADAS CON EL CUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UCIA

En este sentido, las EPS, como promotoras del sistemas de salud, son las responsables del aseguramiento en salud de los afiliados, pues tienen la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador de salud a la cual se haya contratado; es decir, que para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento (Ley 1122 de 2007, artículo 14).

Se aclara por tanto que no es obligación de las E.P.S la prestación directa de los servicios de salud, sino garantizar los servicios a los afiliados a partir de la contratación con las I.P.S.

Para efectos del presente trabajo se hará seguimiento a aquellas obligaciones que están directamente relacionadas con el tópico de ratio enfermera- paciente, tales

como: aseguramiento del afiliado; la gestión del riesgo en salud; la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador de salud que se haya contratado el servicio de UCIA.

4.2.1 Aseguramiento del afiliado

En Colombia, el aseguramiento en salud se encuentra enmarcado dentro de la teoría del seguro.

Se define como la gestión integrada y articulada del riesgo financiero, riesgo en salud, representación del afiliado ante el prestador, articulación de los servicios y garantía de la calidad en la prestación de los mismos (ley 1122 de 2007).

El contrato de seguro entre EPS y afiliado, es considerado por la doctrina como un contrato atípico, legal y/o reglamentario, toda vez que no es un contrato de seguro como el habitualmente reglamentado por el artículo 1036 del Código de Comercio de Colombia, sino que su perfeccionamiento se da a partir del cumplimiento de unos requisitos dispuestos en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, parte primera, título primero, artículo 2.1.1.1 y s.s. en el denominado Sistema de Afiliación Transaccional, definido como *“como un conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*.

En este sentido, la afiliación es un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual se efectúa con el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud - EPS o Entidad Obligada a Compensar - EOC, mediante la suscripción del formulario físico o electrónico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social. Vínculo contractual que se caracteriza por

la obligatoriedad de la afiliación, la presunción de buena fe del afiliado, la accesibilidad inmediata al plan de beneficios una vez se surta este proceso y las reglas que fija para los documentos que acrediten la condición de afiliado como integrante de un grupo o núcleo familiar, la prohibición de selección adversa y protección por el principio de libre elección (Decreto 2353 de 2015). Características que distan mucho del contrato de seguro tradicional.

Una vez se afilia el usuario tiene derecho a acceder al Plan de Beneficios u Obligatorio en Salud en Salud (POS), el cual cubre el servicio de la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados. Este servicio no está sujeto a períodos de carencia y es catalogado un servicio de alto costo, por lo cual está exento de pago de pagos compartidos (cuotas moderadoras o copagos). (Acuerdo 260 del 2004).

4.2.2 La gestión del riesgo en salud

La gestión del riesgo en salud tiene un abordaje similar al de gestión del riesgo empresarial de los demás sectores, con una división en salud para dos actores claves: EAPB (aseguradores -EPS, medicina prepagada-), y prestadores de servicios de salud (IPS). Para efectos del presente trabajo y este ítem, se detallará lo correspondiente a la gestión del riesgo desarrollada por las EPS.

El riesgo desde la perspectiva empresarial, es entendido como la probabilidad de generación de pérdidas económicas por la ocurrencia de un evento adverso derivado de las actividades propias del negocio (Resolución 1740 de 2008).

En el caso de las EPS son aquellos riesgos de origen común que les transfiere el afiliado y que están en la obligación de garantizar la cobertura necesaria a través del Plan Obligatorio de Salud -POS-, cuando se presenta un siniestro bien sea de enfermedad, accidente, discapacidad o maternidad. De igual manera debe reconocer y pagar las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, según

el caso. Debido a esto se le delegó la responsabilidad de implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que contribuyen a la gestión del riesgo y por tanto del costo.

Frente a la gestión del riesgo de pacientes en UCIA, las EPS deben inicialmente propiciar programas de prevención primaria, secundaria y terciaria. Así mismo procurar que los afiliados en UCIA cuenten con todas las intervenciones y tecnologías necesarias que le garantice una expectativa de vida esperanzadora según la condición clínica del mismo. Generalmente los pacientes internados en esta Unidad tienen patologías denominadas como: de alto costo, debido a ello se consideran ciudadanos con protección constitucional reforzada o doble protección constitucional por su vulnerabilidad y estado de debilidad manifiesta, razón por la cual se exige una mayor diligencia por parte de la EPS en la gestión y acceso oportuno a los servicios de salud por parte de esta población, siendo de especial importancia la garantía de un tratamiento integral que exige contar con una red suficiente en cuanto a interdependencia, pues para la prestación del servicio de UCIA, se debe tener contratado además salas de cirugía, soporte transfusional, servicio farmacéutico, traslado asistencial, esterilización, laboratorio clínico, radiología, imágenes diagnósticos, logística y por supuesto personal suficiente e idóneo para garantizar un cuidado crítico seguro y personalizado (resolución 2003 de 2014).

4.2.3 La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud

De acuerdo al Decreto Único Reglamentario (D.U.R.) 780 de 2016, en el libro segundo, parte quinta, título primero, establece que los actores del Sistema de Salud, incluidas las EPS, deben cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGC), definido como: *“el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”*. Este tiene como objetivo garantizar una atención asequible, pertinente,

oportuna, continua y segura, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios.

El SOGC se encuentra constituido por cuatro componentes: El Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, Sistema de Información para la Calidad en Salud y Sistema Único de Acreditación (Decreto 1011 de 2006, incluido en D.U.R. 780 de 2016).

Frente a la garantía de la Calidad en UCIA, las EPS tienen el deber de contar con una red prestadora suficiente e idónea que cuente con este servicio habilitado de acuerdo a la resolución 2003 de 2014, resolución 4445 de 1996, ley 9 de 1979 y demás normatividad modificatoria en lo atinente al Sistema Único de Habilitación. Así mismo deben reportar unos indicadores básicos establecidos en la resolución 256 de 2016 e implementar un Programa de Auditoría de Calidad, que garantice el cumplimiento normativo de su red prestadora. En este sentido debe garantizar que los prestadores adscritos cumplan con las características del SOGC ya enunciados, siendo preponderante para el presente trabajo, la seguridad, definida como *“el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”*.

La seguridad del paciente para la EPS constituye un mecanismo de gestión que por disposición normativa desde el año 2010 debió ser incluida dentro de su Sistema de Administración de Riesgos (SAR), exactamente en la Estrategia 3 de la Política de Seguridad del paciente (coordinación de actores), la línea de acción 2 habla de la “coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente”. Allí establece que las EPS deben tener en cuenta en su interior la política de seguridad del paciente en el diseño de sus propios procesos. Adicionalmente la Circular 082 de 2010 del MPS indica que en fase III del SAR, en

cuanto a gestión de riesgo operativo se deben incluir riesgos relacionados con la seguridad del paciente. Por su parte, la Circular Externa 045 de 2011 habla de los riesgos en el área operativa, solicitando a las EPS estrategias y acciones diseñadas e implementadas según la frecuencia y gravedad de los riesgos asociados a la seguridad del paciente, tanto en la entidad aseguradora como en el riesgo compartido con los prestadores de la red.

4.2.4 La representación del afiliado ante el prestador de salud a la cual se haya contratado.

Según el decreto 682 del 2018:

Es la facultad de la EPS de actuar en nombre del afiliado ante los demás actores del Sistema, para lograr que este obtenga una atención integral en salud, asequible, oportuna, pertinente, segura y continua, sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Las acciones individuales derivadas de esta facultad deben articularse con la gestión de los riesgos en salud de la población afiliada, el uso racional de los recursos disponibles y el mejoramiento de los resultados poblacionales en salud.

Por tal motivo, cuando un paciente se encuentra en condiciones de riesgo, esto es, internado en una UCIA que presenta una ratio enfermera: paciente insuficiente, según la literatura médica y la evidencia científica (generalmente más de tres pacientes por profesional de enfermería), hallándose expuesto a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, es deber de la EPS interceder en nombre del afiliado ante la IPS y exigir que se adopten las medidas necesarias para corregir dichas falencias, en este caso déficit de personal profesional, garantizando además su idoneidad.

4.3 OBLIGACIONES DE LAS IPS RELACIONADA CON EL CUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UCIA

Las obligaciones puestas a cargo de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) frente a la atención del paciente son numerosas, de carácter variado y tienen como origen el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación. Es así como debe contar con talento humano idóneo y en cantidad suficiente acorde a la demanda y riesgo de los servicios prestados; instalaciones locativas seguras, logística, servicio de hotelería y medidas de confort; equipos biomédicos debidamente calibrados y con mantenimiento preventivo y correctivo; suministro de medicamentos, dispositivos médicos e insumos debidamente registrados en INVIMA; obligaciones de vigilancia, cuidado, seguridad e información, en el marco de políticas, procesos, procedimientos, manuales, guías, protocolos, registros, consentimientos informados, registros en historia clínica, así como un proceso de referencia y contrarreferencia del paciente (Resolución 2003 de 2014).

Generalmente cuando el paciente ingresa a una IPS, es atendido por agentes administrativos, médicos, paramédicos y coordinadores, que interactúan entre sí y con el paciente y su familia, a fin de lograr:

(...) El propósito esperado mediante la ejecución de procesos de diagnóstico, tratamiento, quirúrgicos, de recuperación, seguimiento, control de resultados y los demás que se estimen necesarios según el estado de la ciencia, quedando un gran número de estos procesos determinados por la estructura misma y no sólo por sus elementos. (García, 2013).

La estructura establece una articulación entre todos sus elementos, los cuales están suficientemente bien diferenciados como para ser considerados unidades de análisis cuyas propiedades integrales y relaciones mutuas definen las características del sistema total. Las funciones de los elementos del sistema son diferenciables, pero no independientes o aisladas, por lo que cada uno de éstos se

define en relación con los otros. Este sistema implica unos niveles diferentes de interacción (Isaza, 2017).

En el análisis de un sistema complejo existen dos niveles de descripción:

1. El de los procesos llevados a cabo por cada elemento del sistema
2. El de los procesos que tienen lugar en el sistema como un todo, y que están determinados por las interrelaciones entre los elementos.

La identificación del proceso unitario a partir del cual se deduce responsabilidad por deficiente prestación del servicio de salud depende de la especificación de un fragmento espacio-temporal en el que se seleccionan los elementos, las decisiones, las operaciones y los flujos de comunicación correspondientes a cada proceso con relevancia para incidir en el resultado final que se investiga, por fuera del cual quedarán otros tantos que el observador considera intrascendentes.

Frente a las obligaciones que le asiste a las IPS privadas, respecto a la ratio enfermera: paciente en UCIA en cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, dentro del cual se establece la obligatoriedad del Sistema Único de Habilitación, siendo pertinente el estándar primero de talento humano, donde la IPS que presta el servicio de UCIA debe contar con la cantidad de personal profesional de enfermería suficiente, idóneo y adecuado para la demanda de pacientes.

Así mismo en el estándar quinto, relacionado con procesos prioritarios (resolución 2003 de 2014), se debe ejecutar y evaluar la política y el programa de seguridad del paciente que conduzca a la disminución del riesgo durante la atención en salud, siendo fundamental a nivel organizacional la ratio de personal de salud vs. pacientes, tal como se establece en la Guía de Buenas Prácticas para disminución del riesgo del paciente crítico, expedida por el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social (2017).

4.4 CONFIGURACIÓN DE RESPONSABILIDAD ORGANIZACIONAL DE EPS E IPS POR INCUMPLIMIENTO DE LA RATIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: PACIENTE EN UCIA

En este segmento de estudio, se analizará la configuración de la responsabilidad organizacional de las EPS e IPS cuando se observa incumplimiento de la ratio enfermera: paciente en UCIA, teniendo como punto de referencia la normatividad, en especial el código civil, la jurisprudencia y la doctrina pertinente con el tema de estudio.

El incumplimiento de la ratio, se aborda a partir de los criterios fijados por la normatividad vigente, es decir la resolución 2003 de 2014 y los estándares internacionales donde se ha verificado que a partir de las de tres pacientes por enfermera profesional en UCIA hace que aumente la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos como caídas, infecciones intrahospitalarias, úlceras por presión, entre otras; así mismo se relaciona con el indicador de morbilidad intrahospitalaria, datos estadísticos e investigativos detallados en el capítulo segundo.

4.4.1 La imputación del daño a las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio

Se ha afirmado líneas arriba que la atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas, en este caso las personas jurídicas, identificadas para el presente trabajo como EPS e IPS (Sentencia SC13925-2016. Corte Suprema de Justicia).

4.4.1.1 Causales de imputación

Ahora bien, en lo que concierne a las EPS, tal imputación surge a partir de su incumplimiento en la misión de organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables, así como los incumplimientos derivados del artículo 14 de la ley 1122 de 2007.

Para el caso en estudio, ratio enfermera: paciente en UCIA de IPS privadas, tal imputación de la EPS se configura cuando se demuestra que incumplió con sus deberes de aseguramiento y gestión del riesgo al imponer barreras administrativas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad. En este sentido si la IPS y UCIA a la cual es direccionado el paciente, no cumple con el mínimo de personal profesional de enfermería suficiente que garantice una atención acorde a la demanda de pacientes y el riesgo que contempla cada uno de estos. Como se mencionó es deber de la EPS verificar la capacidad instalada o suficiencia de personal, instalaciones y logística como requisito precontractual (decreto 4747, 2007), así como durante la verificación de condiciones de habilitación en las auditorías que debe realizar de manera periódica a su red prestadora, durante la fase de ejecución contractual y evaluación de resultados en la fase postcontractual.

Por su parte, a las IPS, le es imputable la responsabilidad originada a partir del incumplimiento de sus funciones y obligaciones ya descritas. Como se anotó anteriormente las funciones derivadas de la ley 100 de 1993, le dieron a las IPS su connotación de guardianas o garantes de la atención.

Esta denominación legal es de especial importancia frente a la obligación de seguridad que le asiste a las IPS, toda vez que por ejemplo si se demuestra en el proceso que el evento adverso se produjo por falencias organizacionales como déficit de profesionales de enfermería en UCIA; errores de coordinación

administrativa; políticas empresariales que limitan al profesional de enfermería en la utilización del tiempo que requiere para brindar una atención de calidad al usuario; o restringen su autonomía para realización de procedimientos, administración de medicamentos o tratamientos que se requieren para la recuperación de la salud del usuario o cualquier otra razón atribuible a las funciones y obligaciones de las instituciones prestadoras del servicio de salud, el daño ocasionado al cliente del sistema de salud será imputable a la estructura organizacional, en este caso la IPS.

Lo anterior también ha sido avalado por la jurisdicción contenciosa administrativa, donde mediante sentencia del 22 de noviembre de 2017, Radicado 35613, el Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejero Ponente Dr. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, reiteró que las entidades de salud tienen una posición de garante frente a sus pacientes; precisando, que dicha posición surge desde el momento mismo en que éstos ingresen a la entidad para ser atendidos por el servicio de urgencias, la cual es la puerta de entrada a los servicios hospitalarios, incluso UCIA.

Para usar las palabras del alto Tribunal:

(...) debe quedar igualmente claro que si bien el decreto 412 de 1992 refiere la responsabilidad de la entidad prestadora de salud desde el momento de la atención, éste momento ha de entenderse desde el instante mismo en que el paciente ingresa al centro médico, clínico u hospitalario, lo cual implica que tal responsabilidad se origina, incluso, cuando el paciente ingresa a sus instalaciones, y aquí nace la obligación de garante de la atención inicial de urgencias y, en consecuencia, del servicio de promoción, protección y recuperación de la salud.

Así, para las IPS surgen las obligaciones de ejecutar la atención en salud de acuerdo con los parámetros de la *lex artis ad hoc*, desde el “instante mismo” del ingreso del paciente a sus instalaciones.

4.4.1.2 Causales de exoneración

La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC 13925-2016, magistrado ponente Ariel Salazar Ramírez, analizó la responsabilidad organizacional de las EPS e IPS, y confirmaron las causales y escenarios de exoneración de responsabilidad de estas. Así mismo analiza la diligencia y cuidado de las instituciones prestadoras del servicio de salud y sus agentes como causal de exoneración de responsabilidad.

Las causales de exoneración para el caso de las EPS recaen en probar que el perjuicio se produjo fuera del marco funcional que la norma les obliga, quedando desvirtuado el juicio de atribución del hecho a la EPS, lo que podría ocurrir, por ejemplo:

- 1, (...) Si la atención brindada al cliente fue por cuenta de otra EPS o por cuenta de servicios particulares;
2. Si la lesión a la integridad personal del paciente no es atribuible al quebrantamiento del deber de acción que la ley impone a la EPS sino a otra razón determinante,
3. Si se demuestra que el daño fue el resultado de una causa extraña o de la conducta exclusiva de la víctima.

Ahora bien, frente a la exoneración de responsabilidad de la IPS, esta es procedente si se prueba que el daño no se produjo por el incumplimiento de los deberes legales de la IPS, sino a otra causa, como, por ejemplo:

1. (...) A una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS.
2. A la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS.
3. A la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito.

4.4.1.3 La diligencia y cuidado de las instituciones prestadoras del servicio de salud y sus agentes

Como bien es conocido, un hecho lesivo a un agente, en este caso una organización de salud, como suyo es necesario, pero no suficiente para endilgar responsabilidad

civil. Para ello es imperioso que el daño sea el resultado de una conducta jurídicamente reprochable en términos culpabilísticos.

En este sentido, un factor generador de culpa es la prudencia en el ámbito de la prestación del servicio de salud, dado que es el término medio en las acciones y operaciones profesionales. Se define como el “*no obrar por exceso ni por defecto según los estándares aceptados en los procedimientos y la práctica científica de una época y lugar determinados*” (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC 13925-2016).

Así mismo, como se explicó para la atribución de responsabilidad organizacional no basta con analizar la conducta aislada de los elementos del sistema, sino que debe valorarse el nivel organizativo como un todo, principio de unidad de acción.

El marco de esta unidad, tiene en cuenta los flujos e interacciones entre los miembros del sistema; Por ello, el juicio de reproche ha de tomar en consideración, además de las acciones y omisiones organizativas, las fallas de interacción entre el equipo de salud que originan eventos adversos cuando tales falencias podían preverse y fueron el resultado de la infracción de deberes objetivos de cuidado. Así lo ha establecido el “Modelo Organizacional de Causalidad de Eventos Adversos”, propuesto por el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se reconoce como una falla latente en el riesgo del cuidado del paciente crítico que la organización y gerencia no disponga de una adecuada ratio enfermera – paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Este documento especifica que el cumplimiento de la ratio, con profesionales de enfermería perfilados y en cantidades suficientes constituye una barrera que impide que un riesgo en la atención del paciente crítico en UCIA se convierta en un evento adverso o daño producido durante la atención.

Lo anterior tiene asidero en la literatura especializada en el tema de calidad total de los servicios de salud, según la cual la falta de personal necesario para cumplir las tareas, una pobre capacitación técnica de los agentes de salud, la insuficiente evaluación del paciente y una comunicación deficiente al interior de la organización (EPS o IPS), son los hechos generadores de daño más común en la prestación del servicio de salud (Vitolo, 2011 citado por Corte Suprema de Justicia)

Ahora bien, frente a la ocurrencia de estos daños a partir de la prestación de los servicios de salud, la Corte Suprema de Justicia (2016) ha establecido que el ocultamiento de los errores propios o ajenos detectados en los diagnósticos, tratamientos o procedimientos que realizan los profesionales de la salud incrementa considerablemente la probabilidad que el error inicial sea mayor por una conducta negligente, toda vez que el riesgo cuando es acumulativo hace más probable la aparición de un siniestro. Mientras que el descubrimiento y la denuncia oportuna de tales errores demuestran una conducta prudente, honesta y ética encaminada a la disminución de los daños y a una atención humana, continua, integral y de calidad, como lo ordena la ley.

Es posible, entonces:

(...) que un diagnóstico o tratamiento parezca adecuado si se lo examina de manera aislada; pero si se analiza en un contexto organizacional, haya sido defectuoso según los estándares médicos por la negligencia del profesional al no fijarse en el diagnóstico o tratamiento que hizo el médico que atendió al paciente en una oportunidad anterior y que estaba consignado en la historia clínica, omitiendo su reporte oportuno, infringiendo de ese modo los deberes de cuidado propios y organizacionales (Corte Suprema de Justicia, 2016).

Para esta corporación:

(...) la complejidad de las enfermedades y la fragilidad de la salud humana muchas veces se traducen en errores o eventos adversos no culposos, pero no hacer nada para evitar la aparición o repetición de tales fallas siendo previsibles y teniendo el personal de salud la oportunidad y el deber legal de evitarlas, es

constitutivo de culpa. Los errores y fallas no son obra del infortunio sino procesos atribuibles a la organización y al equipo médico; y si bien es cierto que muchos de esos defectos no son previsible ni producto de la negligencia o descuido, no lo es menos que tantos otros se pueden evitar con un mínimo de prudencia, diligencia o cuidado según los estándares de buenas prácticas de la profesión.

De esta manera, a partir de lo anterior se puede catalogar como una conducta negligente la omisión de este tipo de errores y fallas que ha futuro pueden generar un daño en la salud de los pacientes. Por este motivo, es deber de los profesionales de enfermería, IPS y EPS cumplir con una adecuada ratio enfermera: paciente en UCIA a partir de estudios de capacidad instalada reales ajustados a la *lex artis ad hoc*, con bases científicas suficientes, vigentes y el análisis de la población encomendada para la atención. En igual sentido se reitera el deber de reporte de cada uno de estos actores cuando se observa un incumplimiento flagrante de este indicador de calidad en UCIA, tal como lo exige el numeral 5° del artículo 20 de la ley 266 de 1996,

Es así como, la culpa de las entidades del sistema de salud y de sus agentes, se examina en forma individual y en conjunto según los parámetros objetivos que existen para regular la conducta de cada agente estudiado y su interacción con los demás elementos del sistema. El juicio de reproche respecto de cada uno de ellos quedará rebatido siempre que se demuestre su debida diligencia y cuidado en la atención prestada al usuario (Corte Suprema de Justicia, 2016).

Por tal motivo, concluye el órgano de cierre de la Jurisdicción Ordinaria Civil, que la exoneración de responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado

de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia, conforme a las funciones y obligaciones legales que se le imponen.

4.4.1.4 Responsabilidad Solidaria entre EPS e IPS.

En Colombia, conforme al artículo 2344 del Código Civil, la responsabilidad solidaria se da cuando *“un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355”*. Estos últimos abordan el caso sobre la responsabilidad por los daños causados por ruina de un edificio con vicio de construcción o daños por objetos que caen o se arrojan del edificio, respectivamente.

Siendo así, es cuando para la generación del daño en el paciente hay coparticipación entre EPS e IPS, así lo determinó la Corte Suprema de Justicia, en sentencia SC 8219 del 20 de junio del 2016, mediante la cual halló solidariamente responsables a la EPS e institución hospitalaria por negligencia en atención oportuna e integral a paciente con tumor craneal maligno, que es dado de alta sin serle extraído y con posterioridad fallece luego de reingresar por urgencias.

Previamente esta Corporación ya se había manifestado a partir de la sentencia SC 17 nov. 2008, rad. 1999-00533-01, en la que se recalcó que:

(...) La responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), es contractual o extracontractual. Con relación al afiliado o usuario, la afiliación, para estos efectos, materializa un contrato, y por tanto, en línea de principio, la responsabilidad es contractual, naturaleza expresamente prevista en los artículos 183 de la Ley 100 de 1983 que prohíbe a las EPS “en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados”, y los artículos 16 y 17 del Decreto 1485 de 1994, relativos a los “contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados” y los planes complementarios. Contrario sensu, la responsabilidad en que pueden incurrir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) respecto de terceros perjudicados por los daños al afiliado o usuario con ocasión de la prestación de los servicios médicos del plan obligatorio de salud, es extracontractual (...) Ahora, cuando se ocasiona el daño por varias personas

o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima (art. 2344, Código Civil; cas. civ. sentencias de 30 de enero de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo de 2005, SC-084-2005], exp. 14415).

De esta manera a partir de dicha providencia se ha determinado que la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los suministra la red prestadora conformada por Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o a su vez por profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con EPS y/o IPS.

Es así como en que el caso que la prestación del servicio de salud sea deficiente, irregular, inoportuno, lesivo de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Promotoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas (Corte Suprema de Justicia, 2016).

Esto permite concluir que el daño generado con ocasión al incumplimiento de la ratio profesional de enfermería: paciente en UCIA, que es atendido mediante su afiliación a la EPS, debe ser resarcido entre EPS, IPS y profesional, en caso de observarse incumplimiento concurrente en las funciones de estos, tal como se explicó en acápite anteriores.

CAPITULO 5

“Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto, y pensar lo que nadie más ha pensado”.
Albert Szent-Györgyi. Hungría, Nobel de Fisiología, 1937

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo está configurado por dos acápitales, conclusiones y recomendaciones.

5.1 CONCLUSIONES

A continuación, luego de haber realizado el proceso de investigación bibliográfica sobre el tema en cuestión, se presenta a manera de conclusión descriptiva los puntos de interés de este trabajo:

Para iniciar se concluyó que la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, que tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno. Para el caso del ámbito hospitalario, en especial UCIA, es el responsable de garantizar el cuidado a la salud y la vida de los pacientes las veinticuatro horas del día, abordando no sólo necesidades fisiológicas o físicas, sino además emocionales y de interacción social.

Por otra parte, la ratio enfermera-paciente, entendida esta como el número mínimo de enfermeras a cargo de cierta cantidad de pacientes, es un indicador organizacional, estudiado desde hace más de diez años, en especial como aspecto empresarial, para lograr la Seguridad del Paciente; de esta manera de acuerdo a la revisión bibliográfica se concluyó que a mayor sobrecarga de pacientes por enfermera, es la mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos o daños a la salud como infecciones asociadas al cuidado en salud, úlceras por presión,

mortalidad intrahospitalaria a treinta días, neumonía por ventilación mecánica, errores en la administración de medicamentos, entre otros.

Esta temática reviste gran importancia puesto que es el Estado que por mandato constitucional debe proteger a los pacientes en UCIA, que por su condición de discapacidad transitoria o permanente, edad, patología de alto costo, vulnerabilidad y estado de debilidad manifiesta son considerados sujetos de especial protección, ello implica que la asistencia sanitaria de la unidad cuente con los estándares más altos de calidad, es decir, que sea segura, suficiente, adecuada, efectiva y eficiente, tanto en la idoneidad de los profesionales de la salud, como en los medios (instalaciones e instrumentaciones médicas) y métodos utilizados en el desarrollo del mismo (actuaciones óptimas del personal asistencial).

La responsabilidad civil del profesional de enfermería ante el paciente en UCIA es habitualmente de tipo extracontractual, se genera a partir de la obligación de reparar, resarcir o indemnizar los daños generados al paciente y/o sujeto de cuidado, siendo de trascendental importancia su obligación de diligencia y cuidado. Esta responsabilidad civil profesional se configura según la doctrina y la jurisprudencia, a partir de los elementos de daño, hecho generador, nexo causal y factor de imputación. Siendo causales de este último la imprudencia, la impericia, la negligencia y la violación de reglamentos o protocolos.

En California, Massachusetts (EE. UU) y Victoria (Australia), existe una normatividad que obliga a cumplir un estándar específico de ratio enfermera – paciente en UCIA, estando por debajo de 1:3, es decir una enfermera calificada por cada tres pacientes. Así mismo, en otras partes del mundo si bien no se tiene un estándar normativo, se hace uso de escalas o instrumentos de cálculo de personal necesario, tales como la Escala TISS – 28 o la NAS.

En Colombia, un estudio realizado en seis UCI de Ibagué y Bogotá, determinó que la ratio promedio fue de 5,4 pacientes por cada enfermera profesional y de 2,4 pacientes por cada auxiliar de enfermería. Para profesionales, el número máximo de pacientes asignados fue de 12 y el mínimo de 0,47. Para las auxiliares, el número máximo de pacientes asignados fue de 6 y el mínimo de 0,85, siendo mayor la variabilidad en la asignación de pacientes para los profesionales.

En Neiva- Huila, la ratio profesional de enfermería paciente calculada a partir de la TISS – 28 o ideal fue de 1:2, es decir una enfermera por cada dos pacientes, en contraste con la actual o real de 1:10 y de 1:7, situación que hace más preocupante el panorama local.

Es así, como las ratios nacionales y en especial locales, se encuentran dos veces por debajo de los estándares establecidos a nivel internacional como los casos descritos en California, Massachusetts (EE. UU) y Victoria (Australia), lo cual denota una atención más insegura dentro de la geografía colombiana.

Lo anterior se encuentra fundamentado en diversos estudios científicos citados, los cuales argumentan que cuando se asignan menos profesionales de por cierta cantidad de pacientes, se reduce la posibilidad de hacer la vigilancia, de tomar los signos vitales y de brindar atención de enfermería oportuna y centrada en los resultados en el paciente más que en las actividades. Del mismo modo, las fallas en el rescate no se pueden atender de manera oportuna cuando la cantidad de personal no es adecuada.

Un aspecto fundamental que hace que en Colombia no exista una ratio profesional de enfermería: paciente equiparable con otros países como EE. UU o Australia, es que no existe una reglamentación específica que defina dicha ratio y que deban cumplir las UCIA en IPS privadas. La resolución 2003 de 2014, deja a potestad de la IPS el cálculo y definición de dicho estándar: *“Los prestadores de servicios de*

salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención”. De igual manera no sugiere la utilización de una escala validada como la TISS – 28 o la NAS.

Paralelamente esta resolución establece que para el servicio de UCIA el profesional de enfermería, debe contar con especialización en medicina crítica y cuidado intensivo o certificado de formación del control del paciente de cuidado intensivo adultos. Por su parte la legislación propia de enfermería (leyes 266 de 1996 y 911 de 2004), no reglamenta esta temática dejando la situación problemática en un estado de anomia.

Frente al ejercicio de la profesión de enfermería al interior de la UCIA, debe considerarse inicialmente que la esencia y su obligación principal es el CUIDADO. De esta manera, es una profesión de responsabilidad de medios, que debe mostrar diligencia y cuidado en su actuar frente al cumplimiento de los deberes consignados en el artículo 20 de la ley 266 de 1996.

El personal profesional de enfermería en UCIA debe ser suficiente no solo para nivelar las cargas de trabajo, sino también, para mantener la monitorización constante de cada uno de los pacientes, atendiendo a la cantidad de los mismos, y a la complejidad de la patología que padecen. “Se estima que cada 24 horas la media de pacientes requiere 178 acciones individuales por día, y que médicos y enfermeras cometen un promedio de 1% de errores en esas acciones, es decir casi dos por día con cada paciente.” (LA, 2010).

Siendo por tanto un escenario de riesgo para el paciente y para el profesional, cuando se presenta sobrecarga de enfermos para este último, situación observada en Colombia.

Por otra parte, la responsabilidad civil del profesional de enfermería relacionada con el incumplimiento de la ratio enfermera: paciente en UCIA se genera a partir de la sobrecarga de pacientes, situación que representa un riesgo y que debe ser notificada oportunamente por parte del profesional a la organización. Este debe ser consciente que, al desempeñarse bajo estas condiciones, la falta de tiempo para el cuidado directo, puede ser factor generador de culpa a partir de la negligencia y violación a reglamentos o protocolos, en el momento que delega dicha obligación principal a personal auxiliar no apto según la complejidad del paciente o la tarea a realizar. Así mismo, se genera responsabilidad cuando este tipo de situaciones no son notificadas a la administración de la IPS o se hace de manera extemporánea, es decir posterior al daño, constituyendo así un indicio en contra del profesional, al ser una flagrante violación del artículo 20 de la ley 266 de 1996, numeral quinto.

Ahora bien, frente a las obligaciones que les asiste a las organizaciones en salud, en este caso EPS e IPS, frente a la atención de pacientes en UCIA, se observa que dentro de nuestro ordenamiento las EPS tiene una función básica de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados”. (Ley 100. Art. 177, 1993.)”. Su relación con el afiliado, usuario o en este caso paciente de UCIA es de tipo contractual. De esta manera resulta importante para el caso en estudio las obligaciones de la EPS de gestionar el riesgo en salud de su población afiliada, garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud y fungir como representante del afiliado ante el prestador de salud, en este caso donde se le preste el servicio de UCIA.

La responsabilidad de las EPS e IPS, tienen su fundamento jurídico en el artículo 2341 del Código Civil, como organización o persona jurídica, cada una debe resarcir los daños sufridos con ocasión de la prestación del servicio médico y el incumplimiento de sus funciones dentro del SGSSS, sólo siendo posible su exoneración mediante la prueba de la causa extraña o la debida diligencia y cuidado

al no infringir los deberes objetivos de prudencia. Su imputación se dará a partir de las funciones que cada actor cumple dentro del SGSSS.

Frente a las obligaciones que le asiste a las IPS privadas, respecto a la ratio enfermera: paciente en UCIA en cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, dentro del cual se establece la obligatoriedad del Sistema Único de Habilitación, son de especial importante el estándar primero de talento humano (suficiencia según demanda, oferta y riesgo, además de idoneidad) y el estándar quinto, relacionado con procesos prioritarios, siendo fundamental la seguridad del paciente, y considerando la como un elemento organizacional la ratio enfermera: paciente para disminuir el riesgo del paciente crítico, tal como lo ha considerado el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a la configuración de la responsabilidad organizacional, además de los elementos habituales (daño, nexos, culpa e imputación) para el caso de las EPS e IPS, este último elemento, va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas jurídicas.

Por su parte, las IPS, tienen una connotación de guardianas o garantes de la atención, por lo tanto, les asiste la obligación de seguridad y cumplir con la *lex artis ad hoc*. Es imputable la responsabilidad al prestador si se demuestra en el proceso que el evento adverso o daño en salud, se produjo por falencias organizacionales o estructurales como déficit de profesionales de enfermería en UCIA; errores de coordinación administrativa; políticas empresariales que limitan al profesional de enfermería en la utilización del tiempo que requiere para brindar una atención de calidad al usuario; o restringen su autonomía o ejercicio del cuidado directo.

Por el contrario, para que surta la exoneración de la EPS o IPS, es necesario la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero,

que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia, conforme a las funciones y obligaciones legales que se le imponen.

En igual sentido, es común que la responsabilidad entre EPS e IPS sea solidaria cuando el servicio en UCIA por enfermería se evidencie como deficiente, irregular, inoportuno, lesivo de la calidad exigible y de la *lex artis*. Situación que compromete la responsabilidad civil de las EPS garantizando su prestación mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, respondiendo así, de manera solidaria por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o daños a la salud de las personas.

De esta manera y como última conclusión se pudo evidenciar que en efecto el incumplimiento de la ratio enfermera: paciente en unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA) de IPS privadas, genera efectos jurídicos e implicaciones a nivel responsabilidad civil en contra de la EPS a la cual se encuentra afiliado el paciente, la IPS que realiza la atención en condiciones deficitarias de personal profesional de enfermería y finalmente este último quien al delegar el cuidado directo de los pacientes en el personal técnico o auxiliar genera un escenario de inseguridad jurídica en su actuar profesional como también constituye un indicio en contra, el aceptar trabajar dichas condiciones laborales sin hacer notificación alguna a la administración para que se corrija dicha falla del servicio previa a la generación de un daño, teniendo en cuenta el riesgo latente para la vida y salud de los pacientes allí internados.

Se debe recordar que la salud es un servicio público, esencial, obligatorio y derecho fundamental autónomo, a cargo del Estado Colombiano (art. 48 de constitución política), y es quien debe proporcionar a la población el acceso a este; que en efecto, ha transferido dicha responsabilidad, a las EPS, que a su vez, confieren la carga a

las instituciones prestadoras del servicio IPS; para finalmente cumplir con la garantía de brindar un servicio de salud íntegro a los afiliados y a la población en general. Por tanto, además de los actores analizados, es al Estado quien le atañe un deber y obligación en la definición de lineamientos normativos efectivos que permitan disminuir el riesgo e incertidumbre generado en condiciones inseguras en un servicio como UCIA, máxime cuando se trata de un elemento estructural o básico como la dotación suficiente de personal de enfermería profesional.

5.2 RECOMENDACIONES

Se describen a continuación las sugerencias y/o recomendaciones pertinentes al desarrollo de esta investigación:

1. Divulgar el presente trabajo en revistas indexadas o publicaciones de carácter oficial y masivo que permita visibilizar la problemática actual de las UCIA en Colombia donde existe una sobrecarga de pacientes por enfermera profesional, con el fin de sensibilizar a los diferentes actores y responsables sobre la búsqueda de soluciones que permita garantizar una atención segura y una prestación del servicio configurada dentro de los estándares de los mínimos riesgos en cuanto a responsabilidad civil. Es urgente, necesario y pertinente, que se desarrollen estudios adicionales de carácter científico y jurídico en las diferentes UCIA, preferiblemente a partir de un estudio multicéntrico, de tipo prospectivo, correlacional, que permita realizar seguimiento a las implicaciones y/o efectos que conlleva prestar un servicio asistencial, en especial de cuidado de enfermería, con la ratio actual que tiene cada IPS. Estas propuestas pueden ahondar en aspectos importantes como la formación y experiencia del profesional de enfermería, además de la ratio enfermera: paciente. Así mismo la complejidad del paciente, para identificar el grado de participación en la generación del daño por factores atribuibles al mismo (enfermedades de base). Así mismo, ampliar el alcance del estudio para Empresas Sociales del Estado (E.S.E).

2. Se hace un llamado especial a la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud de orden departamental, para que evalúen de manera objetiva y conforme a unas bases científicas sólidas los estudios de capacidad instalada realizados por las IPS y avalados por las EPS en su proceso de contratación. Esto implica que al evaluar el cumplimiento del estándar primero de la resolución 2003 de 2014, el estudio de oferta, demanda y riesgo en un servicio para el cálculo de profesionales de enfermería en el servicio de UCIA, tenga como punto de partida referentes normativos ya existentes a nivel internacional, además de los estudios correlacionales donde se ha demostrado asociación causal con la generación de riesgos y daños en salud.

3. Es importante educar a los pacientes y sus familias en el tema de derechos y deberes en salud, fortalecer las asociaciones de usuarios de EPS e IPS, las veedurías en salud y demás mecanismos de participación ciudadana y comunitaria en salud, pues esto permite que la población colombiana exija condiciones seguras en la prestación de los servicios de salud que le garanticen no sólo la accesibilidad a los mismos, sino además la integralidad y continuidad en la atención, siendo la vigilancia y el monitoreo dos aspectos fundamentales en el cuidado de los pacientes de UCIA.

4. Se recomienda que los contenidos analizados en cada uno de los capítulos del presente trabajo, debido a su pertinencia, ya que brindan elementos importantes que pueden ser útiles como sustento fáctico y jurídico, sean tenidos en cuenta en la construcción de una legislación específica frente a la definición de estándares de ratio enfermera: paciente en UCIA. Siendo de especial interés para el gremio de la enfermería, razón por sus organizaciones están llamadas a liderar propuestas normativas (decretos y resoluciones) de reglamentación de las leyes 266 de 1996 y ley 911 de 2004.

5. Finalmente se sugiere que el tema siga siendo discutido desde la academia y por parte de los operadores judiciales para redundar en soluciones que puedan mejorar la calidad del servicio ya mencionado. Vale la pena realizar el estudio de la temática desde diferentes vertientes doctrinarias y jurisprudenciales, en especial la responsabilidad organizacional de prestadores (IPS) a partir de la teoría excepcional de riesgo y el principio de precaución, teniendo en cuenta que el incumplimiento de la ratio enfermera: paciente en UCIA se trata de un riesgo latente que presenta características similares a las infecciones intrahospitalarias que bajo el principio de confianza legítima un paciente no está en la obligación de aceptar condiciones deplorables de atención, máxime siendo previsible sus implicaciones en la salud y vida del paciente. Así mismo, al demostrarse científicamente su asociación causal con la generación de daños (eventos adversos) está llamado a ser abordado desde la responsabilidad civil una acción de “precaución” o acción preventiva (principio de precaución inicialmente aplicado en derecho ambiental), a nivel individual o colectivo, con el fin de evitar la ocurrencia de un daño grave e irreversible generado por el incumplimiento de la ratio enfermera: paciente en UCIA, en daños letales como la mortalidad intrahospitalaria a 30 días y las infecciones asociadas al cuidado en salud.

Así mismo, desde el punto de vista del paciente como ciudadano, es pertinente y necesario desarrollar el estudio de la procedencia y efectiva de las acciones propias del Derecho Constitucional tales como las acciones de tutela, grupo y cumplimiento y el derecho de daños, que propenden por la garantía de los derechos a la verdad, la justicia y la reparación integral de los males que se suscitan por el evento adverso y que puedan garantizar los derechos del paciente.

Temáticas que por su complejidad y vasto estudio requieren ser estudiadas mediante trabajos académicos complementarios.

BIBLIOGRAFÍA

DOCTRINA

Aiken, L; Clarke, S; Sloane; Sochalski, J; Silber, J; (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA; 288: 1987-1993.

Aubert, J. (1979) Introducción al derecho, Universidad de Francia. Paris, Presses;

Bernal, M. (2013). La naturaleza jurídica de la responsabilidad civil derivada de la inobservancia de los deberes colaterales de conducta, 126 Vniversitas, 39-64

Betti, E. (2016). Teoría general de las obligaciones, t. II. Madrid: Ed. revista de derecho privado, p. 34 y ss. Citado por ARIEL SALAZAR RAMÍREZ en Sentencia SC13925-2016. Corte Suprema de Justicia.

Cerón, Y; Polanco, Y. (2018). Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo. Tesis. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.

Cortes .E. (2009). La culpa contractual en el sistema jurídico latinoamericano. Universidad Externado de Colombia. Libro Impreso. Bogotá, Colombia

De Ángel Yagüez, (1993). Tratado de Responsabilidad Civil. Madrid; Universidad de Deusto, Editorial Civitas.

Diez-Picaza, L; Gullón, A. (1995). Instituciones de Derecho Civil. Vol. I. Tecnos. Madrid; Jorge Bustamante Alsina, op. cit.; Mazeaud, H, op. cit.; y Aguiar. op. cit.

Dunbar, V; Dolan, M. Notas sobre enfermería. Florence Nightingale. Barcelona: Salvat Editores SA. 1990.

- Fernández, Y; Vanegas, C; Vargas, (2009) La razón- Ratio, enfermera- paciente: relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerlo por la ley.
- García, R (2013). Sistemas complejos. Investigación académica. Barcelona: Gedisa.
- Gitrama, M. (1965). Configuración Jurídica de los servicio médicos, en “Estudios de Derecho Público y Privado”. Tomo I, pág. 329. Valladolid, España.
- Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1971. p. 13-59.
- Isaza, J. (2011). Inducción a la responsabilidad civil. Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla. Bogotá. Colombia
- López, J. (2014). La garantía de los derechos humanos del paciente a través del derecho constitucional, procesal constitucional y derecho de daños. Revista Prolegómenos. Derechos y Valores, 17, 34, 53-77.
- Martínez, G; Martínez, C. (2003). Responsabilidad civil extracontractual (11^o ed.). Bogotá: Editorial Temis S.A. citando a Mazeaud, H., Mazeaud, L. & Tunc, A. (1957). Traité théorique et pratique de la responsabilité civile délictuelle et contractuelle (T. I). París: Editions Montchrestien.
- M. Koteich (2006); El daño extrapatrimonial, las categorías y su resarcimiento. Italia y Colombia, vicisitudes de dos experiencias. Revista de Derecho Privado, n.º 10, p. 291.
- Mora, R. (2018). El cuidado de enfermería y la responsabilidad social. Revista especializada. Actualizaciones en enfermería de la Fundación Santafé. Tribunal Nacional Ético de Enfermería.
- Murillo, A; Begoña, D. (2015) Gestión de la calidad de cuidados de enfermería - Medical Libro.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recomendación 157 del 1977 sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida de personal de enfermería. Ginebra. Pp. 1-4.

Penneau, J. (1977). La responsabilidad médica. Sirey 31-Toulouse impr. F. Boisseau [6329] Collection Sirey 0338-8441. Paris. Francia

Pernea, J. (1977) En La Responsabilité, Paris, Investigación académica.

Raile, A; Marriner, T. (2007) Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España. 6ª edic. Madrid,. 850 págs. Pág. 17

Rodríguez L, Villa C, Libreros B, Bonilla L. (2002). Efectos de la asignación enfermera paciente a través de la evaluación clínica (TISS-28). Rev Enferm IMSS; 10(2):73-8. Pág. 27

Salazar, A. (2015) Las leyes civiles en su orden natural. t. II. Bogotá: ABC-Arché, p. 73. En Sentencia SC13925-2016. Corte Suprema de Justicia.

Tamayo, J. (1999). De la Responsabilidad Civil. Tomo I. Bogotá - Colombia. Editorial Temis.

Vítolo, f. (2011) Problemas de comunicación en el equipo de salud, Biblioteca virtual Noble, citado por Salazar, R; en Sentencia SC13925. Corte Suprema de Justicia.

Von Bertalanffy, L. (2014). Teoría general de los sistemas. México: FCE,. p. 56.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

Aiken. I. (2002). Equipo de enfermeras en el hospital y mortalidad de pacientes. Burnout en enfermeras e insatisfacción en el trabajo. JAMA 288: 1987-1993. <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>

- Arango, G, Peña, B, & Vega, Y. (2015). Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos de adultos. *Aquichan*, 15(1), 90-104. <https://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.9>
- Arias, E. (2019). Etimología de responsabilidad. Colombia. Universidad de los Andes. <https://www.diccionariodedudas.com/etimologia-de-responsabilidad/>
- Beltrán, O. (2008). La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Colombia *Revista Aquichan*. Universidad de la Sabana <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/123/247>
- Bergmann, J. (2000). Legislative Developments: California Enacts Nurse-to-Patient Ratio Law. *The Journal of Law, Medicine y Ethics*. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8495/1/535675.2009.pdf>
- Blasco. R. (2016). Administración y Servicios de Enfermería. http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/Administracion_enferm.pdf
- Borja, M. (1991), Teoría general de las obligaciones. 12a. ed., México. Porrúa p.456. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3496/5.pdf> pág. 28
- Cabrera, D; Palacios, (2017). Índice enfermera - paciente y su relación con la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en las UCI de Lima, Perú. http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/806/Indice_CabreraMelo_Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Camelo. S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en unidades de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. ene.-feb. 2012. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/ess_25
- Caracol Radio Prensa. (2018). No tenía con qué atenderlo: enfermera ante bebé quemado en incubadora. Colombia. http://caracol.com.co/radio/2018/08/28/salud/1535467018_295067.html.

- Carmona. M. Uranga. I, Gómez. S, Herranz. C, Bengoetxea. M, Unanue. G, Martin. A, Hernando, M, Saralegui E, Irazoqui. (2013) M. Rev Esc Enferm USP Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Score en dos UCIS Españolas; 47(5):1108-16 www.ee.usp.br/reeusp/http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1106.pdf
- De Arco-Canoles. O, Suárez. Z. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018; 20(2):171-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121> Pág. 48
- Doncel. L (2004). Responsabilidad de las Enfermeras. Artículo <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2004/10/3/Responsabilidad%20civil%20de%20las%20enfermeras.pdf> Revista Médico – Legal No. 3 de 2004. Pág. 62
- El factor de imputación de la responsabilidad profesional en la doctrina moderna. Cita a Alpa. (2006) <https://doctrina.vlex.com.co/vid/imputacion-responsabilidad-doctrina-moderna-379666178>
- El Tiempo. (2012). El top de las quejas de los colombianos contra las EPS. Bogotá. Colombia, artículo de prensa. <https://www.eltiempo.com/vida/salud/las-quejas-que-mas-interponen-los-colombianos-contra-las-eps-276254>
- Escobar, A; Martínez, J., Montenegro Rangel, L., Vargas Zúñiga, M., & Arias Torres, D. (2012). Relación enfermera (o)/paciente según TISS 28. Aplicación clínica en cuidado intensivo. RFS Revista Facultad De Salud, 4(2), 55-65. <https://doi.org/10.25054/rfs.v4i2.98>
- Herrera. A, García. F. (2014). Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en adultos. 29MANEJO INTEGRALDEL PACIENTE CRÍTICO2ÁNGELA MARÍA <https://laureanoquintero.files.wordpress.com/2014/02/criterios-de-admision3b3n-y-alta-para-la-unidad-de-cuidados-intensivos-uci.pdf>
- Herrera. P. (2014). La Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) en adultos. https://docplayer.es/21407562-Criterios-de-admision-y-alta-para-la-unidad-de-cuidados-intensivos-uci-y-la-unidad-de-cuidados-intermedios-ucin-en-adultos.html#show_full_text 2014.

- Isaza .M. (2017). Rev.Ibero-Latinoam. Seguros, Bogotá (Colombia), vol. 26 (47): 193-225. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/iberoseguros/article/view/21414/16592> Pág. 81.
- Juh Hyun, Eun Koh, Ha Eun, y otros. (2018) Análisis de las necesidades de los profesionales de la salud en el este de Nusa Tenggara hasta 2019. Health Syst Policy Res Vol. 5 No.1: 67 <http://www.hsprj.com/health-maintenance/current-status-of-nursing-law-in-the-united-states-and-implications.php?aid=21660>
- La responsabilidad civil. Universidad Politécnica de Cartagena. (2019). Pág. 31 www.bdigital.unal.edu.co/8495/1/535675.2009.pdf. TESIS Pág. 28
- La-Responsabilidad-Civil-Luis-Pascual-Estevill Hacia un concepto actual de la responsabilidad civil, Barcelona, Bosch, 1989, pp. 68~73. pág. 29
- M. Kelly , Kutney-Lee , PhD, RN, D. McHugh , , JD, MPH, RN, CRNP, FAAN,s M. Sloane , y H. Aiken. (2014): 1089-1095. Impacto de la enfermería de cuidados críticos en la mortalidad de adultos mayores ventilados mecánicamente durante 30 días. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3993087/> Pág. 36
- Meléndez. J. (2015) La responsabilidad contractual y el derecho civil patrimonial en la gestión de contratos estatales. www.bdigital.unal.edu.co/8495/1/535675.2009.pdf. TESIS Pág. 34
- Mesa L. (2017). La enfermera es la primera línea de defensa en la seguridad del paciente. <http://www.index-f.com/evidentia/n18/r391articulo.php>
- Mesa. R. Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales 1 <file:///C:/Users/USER/Downloads/1155-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3584-1-10-20110324.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Densidad de recursos humanos en salud en Colombia. Bogotá. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documentos/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Estad%C3%ADsticas%20b%C3%A1sicas%20sobre%20el%20programa%20de%20becas%20cr%C3%A9dito%20y%20la%20densidad%20de%20THS.pdf>

- Minsalud. (2018). REDUCIR RIESGO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO.. PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf>
- Monroy. J. (2002). Utilización de la escala NEMS (nine equivalents of nursing manpower use score) en una unidad de cuidados intensivos pediátricos *Enferm Intensiva* 2002; 13 (3):107-112 <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1130239902780711&r=142> Pág. 27
- Morales. A. (2012). Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención (definición y conceptos). San Juan, Puerto Rico: Departamento de Bioestadística y Epidemiología http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Unidad_1/Rodriguez_Historia-natural-Prevencion.pdf
- Oliveira, A. Carvalho. García, P, & Nogueira, L. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 683-694. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020> Pág. 37
- OMS. (2019). Enfermería. Pág. 15 <https://www.who.int/topics/nursing/es>
- Pascual. Hacia Un Concepto Actual de La Responsabilidad Civil. <https://es.scribd.com/document/374230569/Hacia-Un-Concepto-Actual-de->
- Ranking de la OCDE ubica a Colombia en los últimos puestos en número de médicos y enfermeros <https://eldiariodesalud.com/internacional/ranking-de-la-ocde-ubica-colombia-en-los-ultimos-puestos-en-numero-de-medicos-y>
- Restrepo. C. y Londoño. S (2015). La vigencia de la distinción entre la responsabilidad civil contractual y extracontractual y extracontractual: Trascendencia de la dualidad, problemas de la unificación desde la doctrina y las nuevas tendencias. https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/8268/Camila_RestrepoUribe_Susana_Londo%C3%B1oToro_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Revista Médica Electrónica Portales Médicos. (2017). Relación entre la seguridad del paciente, la ratio enfermera/ paciente y el ambiente de trabajo en unidades de hospitalización. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/>
- Soule. B. (2014). Capítulo 1 Seguridad del paciente. Conceptos básicos de control de infecciones. http://theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch1_PRESS.pdf Pág. 74.
- Takrouri. M. (2003). Intensive Care Unit. The Internet Journal of Health. Volume 3 Number 2 <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/10345> Pág. 22
- Tribunal Ético de enfermería. (2016). www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=323
- Valentin, A & Ferdinande, Patrick & Group, Esicm Trials. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. Intensive Care Medicine. 37. 1575-1587. 10.1007/s00134-011-2300-7. https://www.researchgate.net/publication/227318090_Recommendations_on_basic_requirements_for_intensive_care_units_Structural_and_organizational_aspects
- Vidal. F (2001). La Responsabilidad Civil. Derecho PUCP, [S.l.], n. 54, p. 389-399, ISSN 2305-2546. Disponible en: <<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/6527>>.
- Vide, Atilio Aníbal Alterini, Contornos actuales de la Responsabilidad Civil. Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1987, p. 49. Citado por Vidal Ramírez, Fernando. La Responsabilidad Civil. Derecho PUCP, [S.l.], n. 54, p. 389-399, dec. 2001. ISSN 2305-2546. Disponible en: <<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/6527>>. Fecha de acceso: 25 mar. 2019 pág. 29
- Villadiego. M. (2014). La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. Revista Colombiana de Enfermería. 2014;9:65-70 <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

JURISPRUDENCIA

CONSEJO DE ESTADO

- Sentencia 1999-00533 de 17 de noviembre de 2011, C. P.: Namén Vargas William. Revista Jurisprudencia y Doctrina N°: 481 de enero de 2012. Obtenido de: http://legal.legis.com.co/document/index?obra=jurcol&document=jurcol_b2faee4a6cf40158e0430a0101510158
- Sentencia 2003-03842/35613 de mayo 18 de 2017 Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. C.P.: Dr. Jaime Orlando Santofimio Gamboa Rad.: 76-001-23-31-000-2003-03842-01 (35.613). Obtenido de: http://legal.legis.com.co/document/index?obra=jurcol&document=jurcol_940559aecd204d69b751dfc0a59b49d6

CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias.

- C-1008 de 2010, M.P. Luís Ernesto Vargas Silva. Obtenido de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/c-1008-10.htm>
- C-488/02. Obtenido de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-488-02.htm>
- T-310 del 2016. Obtenido de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-310-16.htm>.l Pág. 24

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

- SC15787-2014. Obtenido de: [http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/gnov2014/SENTENCIAS%20NOVIEMBRE%202014/SC15787-2014%20\(2003-00674-01\).doc](http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/gnov2014/SENTENCIAS%20NOVIEMBRE%202014/SC15787-2014%20(2003-00674-01).doc)
- SC9193-2017. Obtenido de: https://www.google.com/search?q=Sentencia+SC9193-2017%2F2011-00108&rlz=1C1AVNE_enCO826CO826&oq=Sentencia+SC9193-2017%2F2011-00108&aqs=chrome..69i57.554j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8# M. P.: Ariel Salazar Ramírez.
- Salazar. A. (2016). en Sentencia SC13925-2016.
- Radicación n° 11001-31-03-039-2003-00546-01. Obtenido de: [http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/bjun2016/SC8219-2016%20\(2003-00546-01\).doc](http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/bjun2016/SC8219-2016%20(2003-00546-01).doc)
- SC8219-2016. Obtenido de: https://www.google.com/search?rlz=1C1AVNE_enCO826CO826&ei=56KYXN2qL4Ts5gLU5lmQAq&q=configuracion+responsabilidad+medica+corte+suprema+de+justicia&oq=configuracion+responsabilidad+m%C3%A9dica+corte+suprema&gs_l=psy-ab.1.0.33i22i29i30i2.173437.180629..181312...1.0..0.198.7687.0j51.....0.....1..gws-wiz.....0i67j0i131i67j0i131j0j0i10j0i22i30j0i22i10i30j33i160j33i21j33i10.auQnJvTR3g4

NORMATIVA

Nacional

Circular 082 de 2010. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular%20082%20de%202010.pdf>

Circular Externa 045 de 2011. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/CIRCULAR%20EXTERNA%200045%20DE%202011.pdf>

Constitución Política de Colombia de 1991. Artículos 48 y 49. Obtenido de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Decreto 4747 de 2007. Obtenido de: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

Decreto 4747 de 2007. Obtenido de: <http://www.dssa.gov.co/index.php/documentos-de-interes/mision-medica-antioquia/normatividad-1/1640-decreto-4747-de-2007-del-ministerio-de-salud-y-proteccion-social>

Decreto 682 del 2018. Obtenido de: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20682%20DEL%202018%20DE%20ABRIL%20DE%202018.pdf>

Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ley 100 de 1993. Obtenido de: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

Ley 1122 de 2007. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ley 1438 de 2011. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ley 266 de 1996. Obtenido de: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf. Pág. 17

Ley 87 de 1873. Código Civil. Artículos 1613, 2341, 2344, 2350, 2355 del Código Civil Colombiano. Obtenido de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_civil_pr073.html

Ley 9 de 1979. Obtenido de: http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/ley_9_1979.Codigo%20Sanitario%20Nacional.pdf

Ley 911 de 2004. Obtenido de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Resolución 085 de 2015. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0085-de-2015.pdf> Pág. 18

Resolución 1740 de 2008. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_1740_de_2008.pdf

Resolución 2003 de 2014. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Resolución 256 de 2016. Obtenido de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>

Resolución 4445 de 1996. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%204445%20de%201996.pdf

Internacional

C149 - Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149). Obtenido de:
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149

R057 - Recomendación sobre la formación profesional, 1939 (núm. 57). Obtenido de: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R057.