

Responsabilidad médica en el Estado

Medical Liability In The State

Alexis Yesid Barrera Pabón¹

Corporación Universitaria Remington

Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas

Especialización en Responsabilidad Contractual y Extracontractual del Estado

2026

¹ Alexis Yesid Barrera Pabón, especialización en responsabilidad contractual y extracontractual del Estado egresado de la universidad Remington, Abogado, diplomado en conciliación, con la misma universidad, programa académico especialización en responsabilidad contractual y extracontractual del Estado, facultad de ciencias jurídicas y políticas, corporación universitaria Remington, alexis.barrera.8470@miremington.edu.co

Resumen

La responsabilidad contractual y extracontractual en el ámbito de la medicina estatal se refiere a la obligación jurídica que surge cuando las entidades prestadoras de salud (EPS/IPS públicas) o sus funcionarios ocasionan un perjuicio al paciente, derivado de una praxis inadecuada en el procedimiento o un error de diagnóstico. El propósito de este artículo de investigación es profundizar en los conceptos dogmáticos que sustentan la responsabilidad médica, Para ello se implementó una metodología documental que revisó jurisprudencia y doctrina relacionada con la responsabilidad médica estatal. Es imperativo trascender la visión tradicional que limita la responsabilidad únicamente al acto médico (diagnóstico o intervención). En su lugar, se debe analizar la falla en la prestación del servicio vinculada a deficiencias estructurales del sistema de salud. Resulta evidente que el Estado carece de una política de implementación clara frente a las contingencias actuales. Mientras persista este déficit operativo, se mantendrá el incremento exponencial de litigios, lo cual no solo compromete la sostenibilidad del sistema de salud, lo que genera un colapso inminente en el aparato judicial.

Palabras clave: responsabilidad contractual y extracontractual del Estado, responsabilidad subjetiva y objetiva del Estado y responsabilidad médica.

Abstract

Contractual and extra-contractual liability in the public healthcare sector refers to the legal obligation that arises when healthcare providers (public EPS/IPS) or their employees cause harm to a patient due to improper procedure or diagnostic error. The purpose of this research article is to delve into the dogmatic concepts that underpin medical liability. To this end, a documentary methodology was implemented, reviewing jurisprudence and doctrine related to state medical liability. It is imperative to move beyond the traditional view that limits liability solely to the medical act (diagnosis or intervention). Instead, the failure in service provision linked to structural deficiencies in the healthcare system must be analyzed. It is evident that the State lacks a clear implementation policy to address current contingencies. As long as this operational deficit persists, the exponential increase in litigation will continue, which not only compromises the sustainability of the healthcare system but also generates an imminent collapse of the judicial system.

Keywords: contractual and extra-contractual liability of the State, subjective and objective liability of the State, and medical liability.

Introducción

En Colombia, el derecho a la salud no es una garantía aislada; se encuentra intrínsecamente ligado al derecho a la vida y a la dignidad humana. Por esta razón, resulta imperativo contar con una regulación clara y actualizada que garantice la prestación de servicios bajo los más altos estándares de calidad y profesionalismo, pues en la eficiencia de este sistema reside la protección de la misma vida. Frente a esta situación surge la pregunta de investigación: ¿el paciente tiene claridad como acceder a la justicia frente un daño causado por una intervención médica?

Para responder a esta pregunta, se propuso un objetivo general que fue determinar el régimen de responsabilidad patrimonial del Estado, en sus vertientes contractual y extracontractual, derivado de la prestación del servicio público de salud y el ejercicio de la actividad médica estatal, y como objetivos específicos se tienen: Identificar y los elementos axiológicos que configuran la responsabilidad médico sanitaria, el daño antijurídico, la imputación (fáctica y jurídica) y el fundamento de responsabilidad (falla del servicio o riesgo excepcional). Examinar el vínculo de causalidad entre el hecho generador y el perjuicio reclamado, evaluando la incidencia de la “Lex Artis” en la determinación de la obligación de medio o de resultado. Evaluar las causales de exoneración de responsabilidad en el ámbito médico, tales como la fuerza mayor y el caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima, dentro del marco de la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia, (Corte Suprema de Justicia Sentencia SC7110-2017).

Es por ello que el derecho a la salud adquiere una relevancia fundamental, pues actúa como garante de otros derechos esenciales y asegura el acceso a los servicios médicos. Esto resulta crucial en una sociedad que, ante las deficiencias en la prestación del servicio, debe acudir a los estrados judiciales para acceder a un derecho que constitucionalmente lo tienen.

La metodología aplicada fue de tipo documental, dado que hay una ausencia de legislación alrededor del tema, se revisaron, la Constitución Política de Colombia, en su artículo 49, consagra el acceso a la salud como un servicio público a cargo del Estado, el régimen de responsabilidad ha sido delineado primordialmente por la vía pretoriana (jurisprudencial), ante la ausencia de una ley estatutaria integral que regule específicamente la materia. Entre los hitos jurisprudenciales más relevantes se destacan la Sentencia SC4786 de 2020 de la Corte Suprema de Justicia que establece en materia contractual, la culpa del facultativo puede presumirse si el resultado de la intervención degrada la condición clínica previa del paciente, siempre que se trate de obligaciones de medio con una carga probatoria dinámica así mismo la Sentencia SC12947 del 2016 de la misma corporación en la que reitera que en escenarios de responsabilidad extracontractual, se puede transitar hacia un régimen de responsabilidad objetiva cuando el daño se deriva de actividades peligrosas, tales como intervención quirúrgicas de alta complejidad o el uso de equipos tecnológicos riesgosos. Resulta fundamental señalar que, en Colombia, el desarrollo de la responsabilidad médica ha recaído en la interpretación de las altas cortes, evidenciando un vacío legislativo en la creación de normas sustanciales por parte de Congreso de la República. (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación, Sentencia 4786 del 2020). y (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación, Sentencia 12947 del 2016).

Este artículo se estructura así; 1) Responsabilidad contractual y extracontractual del Estado responsabilidad médica; 2) daño en la responsabilidad médica; 3) Eximentes de responsabilidad médica.

1. Responsabilidad contractual y extracontractual del Estado en el ejercicio médico

En el marco de la ley de Colombia, la prestación de servicios de salud no es solo un acto técnico. La prestación de servicios de salud es una función del Estado. El Estado lleva a cabo la prestación de servicios de salud para garantizar el derecho a la vida y la dignidad. El artículo 49 de la Constitución Política dice que el Estado debe organizar los servicios de salud, debe reglamentar los servicios de salud y debe administrar los servicios de salud. El Estado puede organizar los servicios de salud directamente o a través de entidades que no son del Estado y de entidades que operan sin ser del Estado bajo un régimen.

La complejidad de la estructura genera el sistema de responsabilidad patrimonial. El sistema de responsabilidad patrimonial se divide en dos partes: la responsabilidad contractual y la responsabilidad extracontractual. La responsabilidad contractual aparece cuando hay un vínculo jurídico entre el paciente y la entidad, como una EPS o una IPS pública. En ese caso, el daño se produce porque la entidad no cumple la obligación de prestar el servicio. La responsabilidad extracontractual ocurre cuando el Estado responde por daños que la ley no permite y que son causados por las instituciones del Estado o por el personal asistencial del Estado, aunque no exista un contrato.

La regla se basa en el deber de no causar daño a otro. La Corte Suprema de Justicia ha dicho que el Estado y los servidores del Estado deben reparar los perjuicios que aparecen en el ejercicio de la actividad del Estado. Hay que distinguir entre la responsabilidad objetiva y la responsabilidad subjetiva. En el régimen objetivo el Estado paga el daño sin que haya que probar negligencia; basta con demostrar el daño y el nexo de causalidad. Esa situación se da a menudo en actividades peligrosas o cuando se usan tecnologías muy complejas. En medicina la regla general es la responsabilidad subjetiva. La responsabilidad subjetiva se basa en la observancia de la Lex Artis.

En este caso el médico no tiene una obligación de resultado, es decir, el médico no garantiza la curación absoluta. El médico tiene una obligación de medio: Usar la diligencia y los conocimientos para proteger al paciente. El juicio de valor recae sobre el cumplimiento de los protocolos y no solo sobre la eficacia del tratamiento. Desde la perspectiva, la configuración de la “falla del servicio” o culpa del médico necesita un desglose de la conducta. El desglose cubre las tres áreas: negligencia, impericia e imprudencia. La negligencia muestra la omisión del deber de cuidado o la falta de diligencia y produce los diagnósticos que fallan o las intervenciones que llegan tarde y comprometen la salud del paciente. Pero la falla puede venir de la impericia, que es la carencia de los conocimientos de la materia o la capacitación que falta para hacer un tratamiento. El facultativo que actúa sin la idoneidad daña la medicina y empeora la condición del paciente.

Al continuar el análisis aparece la imprudencia. La imprudencia ocurre cuando el profesional, aunque tenga el conocimiento y la experiencia, actúa sin la cautela que le corresponde. La imprudencia se alimenta de mucha confianza o de la falta de precauciones necesarias cuando

hay cuadros clínicos complejos. La imprudencia puede ser una imprudencia leve o una imprudencia temeraria. Así es como la responsabilidad médica del Estado supera el acto de una sola persona. Los analistas deben revisar la responsabilidad médica de forma completa. Los analistas deben ver si el daño proviene de un error humano que fue evitable o de una falla estructural del sistema. La falla estructural del sistema obligó al profesional a actuar fuera de los estándares de la Lex Artis.

2. El daño antijurídico, el nexo causal y los títulos de imputación en la actividad médica

Siguiendo la línea de argumento sobre la responsabilidad patrimonial del Estado, es necesario entrar en el análisis del daño que no está permitido por la ley. En la responsabilidad médica, el daño se define en la doctrina y en la jurisprudencia como cualquier perjuicio, daño físico, daño moral o daño patrimonial que sufre un paciente por un acto médico, asistencial o quirúrgico. Si el daño proviene de una acción, como una cirugía que falló, o de una omisión, como la falta de un diagnóstico a tiempo o la falta de remisión a un especialista, el daño abre la puerta al derecho a una indemnización y a una reparación. El daño es el punto de partida para que el paciente exija la indemnización y la reparación. Hay que comprender que el daño debe afectar a un bien que la ley protege; no basta con un daño que no cumpla esa condición. El paciente no tenía la obligación que la ley impone de soportar ese daño. En la praxis médica, el daño se muestra de muchas maneras. El daño puede ser una incapacidad que sea temporal o permanente. El daño también puede ser los gastos médicos que aparecen después, eso es (daño emergente). El daño puede ser la pérdida de ingresos, eso es (lucro cesante). El daño puede afectar la vida íntima y

emocional del paciente y de su familia, eso son (perjuicios morales). Además, la doctrina actual reconoce la pérdida de oportunidad. La pérdida de oportunidad ocurre cuando la negligencia médica quita al paciente una chance real de curarse o de sobrevivir. Aunque exista el daño antijurídico y la falla en el servicio, no basta para que el Estado sea responsable. El Estado necesita también el tercer elemento: el nexo causal. El nexo causal es el vínculo entre la conducta de la administración y el daño que se reclama. La conducta de la administración puede ser la actuación del médico o la omisión del médico. El nexo causal une la actuación del médico o la omisión del médico con el resultado dañoso. En el derecho médico, determinar la relación de causalidad es un tema muy complicado en los tribunales. La causalidad no sigue una línea simple. A menudo aparecen factores que ya existían, como enfermedades crónicas del paciente o problemas propios de la enfermedad. Por eso la jurisprudencia prefiere la teoría de la causalidad adecuada. En la teoría de la causalidad adecuada el juez tiene que analizar si la falla médica fue la causa directa y suficiente que produjo la lesión. El juez también tiene que excluir las circunstancias que son periféricas o que no influyen en la causa de la lesión. Sin una acreditación completa de este hilo conductor, cualquier reclamo de indemnización va a fallar, porque se rompe el principio de responsabilidad. En el conjunto de situaciones que giran alrededor de la causalidad y el daño, el consentimiento informado tiene un papel importante. El consentimiento informado no es solo un requisito formal ni un papel que el paciente firma rápido en la sala de espera. En cambio, el consentimiento informado es un proceso que ocurre en la atención de salud, que incluye la conversación y que se mantiene a lo largo del tiempo. En el proceso, el paciente recibe la información que el paciente pueda entender sobre su diagnóstico, su pronóstico, las opciones de

tratamiento y los riesgos, tanto los riesgos que aparecen con frecuencia y los riesgos que aparecen menos a menudo, de la intervención que se propone. Con la información que se presenta sin favorecer a una opción, el paciente puede tomar una decisión con su voluntad, sin presión y con conocimiento. La decisión protege el principio de la constitución que garantiza la autonomía de la voluntad y el desarrollo de la personalidad. Cuando el médico no entrega la información que le corresponde, el médico vulnera el derecho básico. El médico también asume el riesgo de la intervención. Esa omisión crea una falla del servicio. Si la falla produce un resultado negativo, la responsabilidad recae directamente en la entidad estatal. La omisión priva al paciente de la oportunidad de rechazar el procedimiento. Una vez que el daño y el nexo de causalidad están establecidos, el debate pasa al ámbito procesal. En el ámbito procesal se discute la carga de la prueba. La ciencia médica no es una ciencia exacta. Por eso el profesional de la salud tiene obligaciones de medio, no de resultado. Eso significa que el médico no promete curar totalmente. El médico se compromete a usar su cuidado, su habilidad y su conocimiento técnico según la Lex Artis. La carga de probar la culpa, la negligencia, la falta de habilidad o la imprudencia, y la relación de causalidad, recae al principio en la parte demandante. Tal como la Corte Suprema de Justicia ha reiterado en la Sentencia SC7110-2017, el paciente o los familiares deben cargar con la carga de probar que el perjuicio proviene directamente del error médico o de la falla institucional. Sin embargo, la adhesión estricta a esa regla crea situaciones de injusticia procesal. En muchos casos el paciente o los familiares no pueden probar los errores médicos que ocurren dentro del quirófano. Allí el paciente está rodeado de lenguaje técnico y bajo anestesia. Aquí está la información proporcionada por el usuario:

Para corregir este desequilibrio, la jurisprudencia ha creado y ajustado títulos de imputación. En el primer nivel se encuentra la falla probada del servicio. En esa etapa, como se explicó, el actor debe demostrar la irregularidad administrativa. Sin embargo, en especialidades o casos complejos, la jurisprudencia ha pasado a usar la falla presunta. En este régimen se invierte la carga probatoria. El daño se presume que viene de una falla y la entidad estatal demandada tiene que desvirtuar esa presunción. La entidad estatal debe probar ante el juez que actuó con cuidado y que la causa del daño fue un factor externo que no pudo evitarse. Para crear un modelo más justo en el litigio sanitario, la carga dinámica de la prueba tiene mucho peso. El principio procesal dice que la parte que, por dificultades técnicas, científicas o fácticas, o por estar sin defensa, no puede presentar una prueba esencial, no tiene que cargar con la prueba. En ese caso el deber probatorio pasa de inmediato a la otra parte. La otra parte sí puede presentar la prueba. En la responsabilidad médica del Estado, no se puede negar que las IPS y los hospitales públicos tienen el control de la información clínica, de la infraestructura, de los registros médicos y del conocimiento científico especializado. Las IPS y los hospitales públicos guardan la información clínica y los registros médicos. Con este sistema, la administración tiene que actuar activamente y la administración tiene que demostrar que actúa con diligencia. La administración debe evitar que el paciente pierda su derecho a ser compensado solo porque el paciente no tiene los medios técnicos para investigar un procedimiento muy especializado. Al final, la evolución de la doctrina y de la prueba llega a su punto más alto. La prueba del nexo causal se vuelve más flexible y se basa en indicios y en la probabilidad que predomina. La Corte Constitucional ha precisado en la Sentencia T-373 de 2025

que no se puede exigir a la víctima una prueba de certeza total, porque la biología humana tiene muchos factores que no se pueden medir. Por eso, en los casos donde la complejidad del acto hace imposible probar la relación directa, la ley permite usar la prueba basada en indicios y valorar la probabilidad que predomina. El juez evalúa el acervo probatorio, que incluye la historia clínica, los testimonios técnicos y el dictamen pericial. Si el juez encuentra hechos graves, claros y consistentes, el juez puede concluir que la omisión médica causó el daño. Los criterios de flexibilización y los títulos de imputación no son solo herramientas del proceso. Los criterios y los títulos son la garantía real de una protección judicial eficaz. Los criterios y los títulos hacen que la justicia del proceso se mantenga. Los criterios y los títulos permiten que el tribunal administrativo cumpla su objetivo de reparar los daños que causa el Estado.

3. Causales de exoneración y límites a la responsabilidad médica estatal

En el desarrollo de la responsabilidad médica es necesario dejar claro que el deber de reparación del Estado no es absoluto y no funciona como un seguro universal contra cualquier riesgo biológico. Como se ha dicho en el análisis, los profesionales de la salud tienen, en general, una obligación de medio y no una obligación de resultado. Si el facultativo o la institución prestadora cumplen con los protocolos de la Lex Artis, no se les puede cargar responsabilidad patrimonial. El médico hace su esfuerzo. El médico cuida al paciente. El paciente recibe el cuidado del médico. La ciencia médica no es una ciencia que siempre da resultados. La ciencia médica no puede garantizar que el proceso no falle. La biología humana a veces no se puede predecir. El profesional ha usado todos los recursos terapéuticos que tiene y lo ha hecho con cuidado. El

resultado adverso que ocurre forma parte de la legalidad y de los riesgos de la práctica sanitaria. La entidad estatal no tiene que indemnizar.

Para que el personal de la salud o la institución que presta el servicio queden exonerados legalmente cuando ocurre un daño que no es legal, la ley exige que existan causas que rompan de forma clara el vínculo de causa y efecto. Entre los conceptos legales más importantes está la causa extraña, que incluye el caso fortuito, la fuerza mayor y el hecho de un tercero. Así, la institución y el personal quedan libres de responsabilidad. Aunque la doctrina suele juntar el caso fortuito y la fuerza mayor porque el caso fortuito y la fuerza mayor liberan de la obligación de la misma forma, el caso fortuito y la fuerza mayor presentan diferencias importantes en su origen. La fuerza mayor se refiere a hechos externos, que no se pueden evitar y que no se pueden prever, normalmente derivados de desastres naturales o de decisiones de la autoridad que no tienen que ver con el servicio. El caso fortuito se refiere a situaciones que vienen de dentro de la actividad, a fallas repentinas o a reacciones del cuerpo que no se pueden prever ni evitar, como un choque anafiláctico inesperado a un medicamento que el paciente había tolerado antes. En el entorno clínico y hospitalario, cuando se demuestra la existencia del caso fortuito, el Estado queda libre de responsabilidad, porque se rompe la relación entre la acción del médico y el daño que sufre el paciente. aquí está la información proporcionada por el usuario:

Hacía imposible el cumplimiento del deber de protección físicamente o materialmente en las circunstancias.

Además de lo anterior, hay que considerar el hecho de un tercero como exención. La exención se activa cuando una persona causa el daño sin intervención de nadie más, y la persona

no forma parte de la relación médico-paciente ni de la institución hospitalaria. En la responsabilidad del Estado, el uso de esta regla necesita un análisis estricto. La administración no puede decir que la culpa es de sus contratistas o de los proveedores de insumos médicos para evitar la responsabilidad con el paciente, porque la administración tiene el deber de garantizar y vigilar el servicio público de salud. La administración debe responder al paciente. El tercero tiene que estar fuera del control de la entidad demandada. El tercero no está bajo el control de la entidad demandada. Solo así la ruptura del nexo causal hace válida la ausencia de responsabilidad y la elimina. El nexo causal tiene que romperse para que la responsabilidad desaparezca. El paciente quedará sin carga de responsabilidad.

Por otro lado, la jurisprudencia del Consejo de Estado y de la Corte Suprema de Justicia (como se ve en providencias similares a la Sentencia 072 de 2025) reconoce una causa de exoneración frecuente y de gran importancia: la culpa exclusiva de la víctima. La culpa exclusiva de la víctima se aplica cuando la acción, la omisión o la negligencia del propio paciente es la causa directa, única y determinante del daño que se reclama. Así lo establece la jurisprudencia. En este caso, el vínculo de causa se rompe porque el usuario del sistema de salud no siguió las recomendaciones del doctor, ocultó información del historial y no tomó los medicamentos que le dieron, o dejó el tratamiento sin avisar. Esa situación muestra que el paciente actuó sin cuidado. El paciente no cuida su salud. El paciente no asume la responsabilidad que le corresponde para con su cuidado y su recuperación.

En casos extremos, no cumplir con los deberes que le corresponden al paciente puede ser una decisión consciente de correr el riesgo. Si el paciente, después de haber sido advertido

claramente de los peligros con un consentimiento informado, decide seguir sin hacer lo que debe sabiendo que empeorará su condición, el paciente asume totalmente las consecuencias. Cuando ocurre esta situación, el paciente se vuelve el único creador y responsable de su propio riesgo, y ya no hay ninguna culpa que pueda recaer en el médico o en la institución de salud. En definitiva, el estudio de estas causas muestra que no toda lesión del paciente se debe a fallas del servicio público. Existen límites claros, tanto hechos como legales, donde la responsabilidad pasa a factores externos que no se pueden controlar o a la propia conducta del paciente. Así, el sistema sanciona solo las verdaderas omisiones al deber de cuidado.

Conclusiones

La responsabilidad médica en Colombia continúa cimentándose sobre un robusto desarrollo jurisprudencial, ante la persistencia de un vacío legislativo que regule de manera integral la materia. Este artículo de investigación ha permitido desglosar los presupuestos básicos de la responsabilidad estatal, tanto en su órbita contractual como extracontractual, derivados de las acciones y omisiones de los servidores de la salud.

Sin embargo, es imperativo señalar que la crisis del sistema de salud actual trasciende el acto médico individual, no resulta coherente indilgar responsabilidad exclusiva al profesional cuando el entorno operativo carece de infraestructura adecuada, tecnología y talento humano idóneo, esta precariedad institucional conduce, en muchos casos, a una falla sistemática que obliga al médico a actuar en condiciones de improvisación, exponiéndolo a procesos de acción de repetición o incluso consecuencias de índole penal.

Un caso paradigmático que ilustra esta crisis ocurrió a mediados de febrero del año 2026, con el fallecimiento de un menor que padecía hemofilia, tras un accidente en bicicleta. Este suceso puso de presente las graves deficiencias en la gestión administrativa y el suministro de medicamentos, más allá de las desafortunadas declaraciones del ejecutivo que pretendieron trasladar la culpa a la madre, este viento no obliga a evaluar la capacidad operativa y preventiva del Estado frente la atención médica integral, la responsabilidad no se puede limitar a un diagnóstico erróneo si no va más allá, desde la entrega de medicamentos, una cita médica, cobertura total del sistema de salud en todo el territorio, es entender que debemos transformar el servicio de salud con miras futuristas.

Es por ello, que el Estado como garante fundamental a la protección de los derechos de la salud, debe propender a mejorar y fortalecer sistema, buscando una solución definitiva, con miras a la capacidad asistencial y presupuestal, para mitigar las responsabilidades médicas.

En conclusión, la responsabilidad médica contractual o extracontractual, si bien es una reparación que busca un paciente para que sea resarcido los daños causado por una entidad prestadora de salud o los médicos tratantes, debe mirarse más profundamente, el cual es mejorar las capacidades medicas del Estado con una proyección de mitigar o no generar daño al paciente, que su transformación traiga progreso, profesionalización médica, innovación tecnológica, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y el fortalecimiento del sistema de salud.

REFERENCIAS

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional, No. 116 de julio 20 de 1991.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación, Sentencia 7110 de mayo 24 del 2017. M. P. [M.P. Luis Armando Tolosa Villabona].

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 4786 (7 de diciembre del 2020) [M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo].

Corte Constitucional, Sentencia de Tutela No 373 (04 de septiembre del 2025) [M.P. Paola Andrea Meneses Mosquera].

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T - 118 (12 de marzo del 2013) [M.P. Mauricio Gonzáles Cuervo].

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-1008 (9 de diciembre del 2010) [M.P. Luis Ernesto Vargas Silva].

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C- 115 (13 febrero del 2008), [M.P. Nilson Pinilla Pinilla]

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 202-00188-01 (14 diciembre del 2012) [M.P. Ariel Salazar Ramírez].

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación, Sentencia 072 (27 de marzo del 2025) [M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque].

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 12947 (15 de septiembre del 2016) [M.P. Margarita Cabello Blanco].

Presidencia de la República de Colombia, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección social, No 780 (6 de mayo del 2016), [presidente de la República de Colombia Juan Manuel Santos Calderón, ministro de Salud Alejandro Gaviria Uribe].

Ortega F, Pele A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. Lancet Reg Health Am. 2023 Nov 10;28:100631. doi: 10.1016/j.lana.2023.100631. PMID: 38033357; PMCID: PMC10682286., s.f.)