

DEMANDAS POR RESPONSABILIDAD MÉDICA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE ESTUDIOS EN DERECHO Y SALUD -CENDES- DE LA
UNIVERSIDAD CES. MEDELLIN 2005 A 2009

JUAN PABLO ARANGO PEREZ

FABIO AVENDAÑO AYALA

IVAN MARTINEZ QUIÑONES

ASESOR METODOLÓGICO
PROFESOR
RUBEN DARÍO MANRIQUE

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA

OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
SITUACIÓN EN SALUD

MEDELLIN
MAYO DE 2012

DEMANDAS POR RESPONSABILIDAD MÉDICA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE ESTUDIOS EN DERECHO Y SALUD -CENDES- DE LA
UNIVERSIDAD CES. MEDELLIN 2005 A 2009

JUAN PABLO ARANGO PEREZ

FABIO MANUEL AVENDAÑO AYALA

IVAN MARTINEZ QUIÑONES

ASESOR METODOLÓGICO
PROFESOR
RUBEN DARÍO MANRIQUE

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA

ESPECIALIZACIÓN EN VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

MEDELLIN
MAYO DE 2012

CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRAC	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	7
4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
5. MARCO TEÓRICO	8
5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	8
5.2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES	9
5.2.1. Responsabilidad.....	9
5.2.2. Daño	10
5.2.3. Culpa.....	13
5.2.4. Nexo Casual	15
6. OBJETIVOS.....	15
6.1. OBJETIVO GENERAL	15
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
7. METODOLOGÍA.....	15
7.1. TIPO DE ESTUDIO	15
7.2. POBLACIÓN	16
7.3. MUESTRA.....	16
7.4. VARIABLES DE ESTUDIO	16
7.5. FUENTE DE LOS DATOS	18
7.6. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	18
7.7. UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	18
7.8. PRUEBA PILOTO	18
7.9. CONTROL DE SESGOS.....	19
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	19
9. RESULTADOS	21
10. DISCUSIÓN	29
11. CONCLUSIONES	31
12. BIBLIOGRAFÍA	31

RESUMEN

El ejercicio de la profesión médica y de la atención en salud conlleva riesgos para los pacientes. En algunas oportunidades estos riesgos se materializan y se ocasiona daño a las personas, lo cual genera la reclamación para el resarcimiento de los mismos. **Objetivo:** Caracterizar las demandas por responsabilidad médica que llegan al Centro de Estudios en Derecho y Salud .CENDES- de la Universidad CES y determinar el riesgo jurídico al que se ven enfrentados los profesionales de la salud y las instituciones prestadoras. **Metodología:** Estudio descriptivo en el cual se revisaron los expedientes de demandas recibidos en el CENDES el periodo 2005 a 2009, por presunta mala práctica. **Resultados:** Se encontraron 143 expedientes completos. La mayoría de los casos son llevados por la jurisdicción Contenciosa Administrativa (66%), seguida de la jurisdicción Civil (33%); el grupo de profesionales más demandados son los Médicos Generales (26%); en cuanto a especialidades, las áreas quirúrgicas son las más demandadas (50%); las demandas contra las instituciones públicas representan el 61% de los casos; las instituciones de alta complejidad reciben el mayor número de demandas (54%); la muerte es la lesión que más demandas generó (72 de 143 casos); la falla en el servicio (64%), seguida de la negligencia (28%) fueron las principales causales de responsabilidad; los perjuicios morales y los perjuicios materiales fueron los principales daños encontrados en el estudio.

Palabras Claves: demanda, responsabilidad médica, mala práctica, daño.

ABSTRAC

The practice of the Medicine and Health attention has many risks to the patients. In some cases those risks materialize and hurt people generating complaints addressed to repair the damage. **Purpose:** It is to characterize lawsuits of medical liability received at the Centre of Studies in Law and Health . *CENDES*- of the University of CES. Also determine the juridical risk to be faced by medical and health science professionals and institutions which provide services. **Methodology:** Descriptive study which reviewed the files of suits received at *CENDES* during 2005 to 2009, for alleged malpractice. **Results:** There were found 143 complete files. Most of the cases are led to the Administrative Jurisdiction (66%), then Civil Jurisdiction (33%). General Practitioner Doctors are the group of most sued people (26%). About specialties, surgical field was sued the most (50%). Public Institutions represent the 61% of the cases. The high standard institutions receive the biggest amount of lawsuits (54%). Dead is the most common injury (72 of 143 cases). Service failures (64%) continued by malpractice (28%). These were the main causes of responsibility including moral and material prejudices founded on this study.

Key Words: Lawsuit, Medical Liability, Malpractice, Injure.

1. INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la profesión médica -una profesión liberal- y la atención en salud, han tenido que enfrentarse en los últimos años a un problema adicional, fuera de los ya existentes, habida cuenta de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 y las normas que la regulan. Este problema lo constituyen las frecuentes demandas en contra de los profesionales de la salud y de las instituciones, sean éstas prestadoras de servicios de salud o administradoras de planes de beneficios, demandas que generan costos enormes para el sistema judicial y el sistema de salud, afectando el patrimonio de los profesionales cuando son falladas en su contra. Pero esta problemática, que entre nosotros toma más fuerza cada día, no es exclusiva de Colombia, tanto que en los países desarrollados como en algunos países latinoamericanos se hace referencia a ~~la~~ nueva industria del juicio+(1).

Los factores generadores de este problema son diversos. Por un lado, se ha cambiado el modelo de atención médica, dejando atrás el modelo paternalista en el cual el médico era completamente autónomo en la toma de decisiones bajo la premisa de que actuaba a favor del paciente (2), éste . el paciente- simplemente se dedicaba a obedecer y aceptar las conductas tomadas por aquel. Sin embargo, a pesar del cambio en el modelo de atención médica, pareciese que algunos profesionales han olvidado esta situación. Por otra parte, el avance tecnológico ha traído también nuevos riesgos para los pacientes. Las nuevas técnicas quirúrgicas, los nuevos métodos diagnósticos, la medicina intervencionista y las nuevas terapias utilizadas hoy en día, no son inocuas, traen consigo efectos secundarios y en ocasiones mayores riesgos, a los cuales antes no se veían enfrentados los pacientes. Otro cambio sustancial es la carta política colombiana vigente desde hace dos décadas, en la cual se da papel preponderante al individuo y la sociedad, siendo el ser humano un sujeto de derechos, además introduce el concepto de derechos fundamentales, considerando la salud como un derecho fundamental en conexidad con la vida, resultado del desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional (3,4).

Los profesionales del derecho no tiene porqué conocer siempre los saberes de las distintas especialidades médicas, y aún a veces no conocen con precisión cuál sería el perfil del especialista, solicitando erróneamente la designación de un profesional diferente al que tiene esos conocimientos especiales. En otras ocasiones solicitan los servicios de subespecialistas muchas veces difíciles de conseguir, con la consiguiente demora en el proceso, desconociendo que hay saberes comunes a muchos especialistas, como por ejemplo el Pediatra, el Internista, el Cirujano General y el Patólogo, quienes pueden conceptuar sobre la mayoría de las enfermedades, explicando la fisiopatología del daño (5). De otro lado, la mayoría de los médicos no se sienten a gusto prestando sus servicios como auxiliares de la justicia (5). En un artículo publicado por la revista de derecho

de la Universidad de Richmond, sólo el 31% de los especialistas y el 27% de los médicos generales, estarían dispuestos a servir como testigos técnicos en un juicio contra un colega (6).

En algunos países desarrollados existe como especialidad médica la Valoración del Daño Corporal, que tiene como una de sus funciones servir de auxiliares de la justicia, para darle al juez elementos de orden técnico-científico en los temas relacionados con los daños derivados de la atención en salud. Esta especialidad se creó recientemente en la ciudad de Medellín, en la Universidad CES, siendo hasta el momento la única en Colombia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En dos trabajos publicados en Colombia, uno por la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación SCARE-FEPASDE (7) y otro por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Seccional Cali (8), se reportó que la mayoría de los procesos de responsabilidad médica se adelantan ante la jurisdicción penal. Se desconoce cuál es la cantidad de demandas interpuestas ante la jurisdicción civil. Conocerlas es una oportunidad para validar la creencia de que la gran mayoría de los procesos se desarrollan en los tribunales civiles, cuando probablemente estas acciones legales se instauren ante otras instancias. Por otra parte, es probable que el incremento de demandas ante la jurisdicción civil se deba más a la búsqueda del resarcimiento del daño mediante la indemnización económica que a la pérdida de la libertad que ofrece la jurisdicción penal.

Las demandas contra los médicos y las instituciones prestadoras de servicios de salud se han incrementado en una proporción alarmante. Según López y colaboradores(7), en su estudio publicado en el 2004, revisó los casos de demandas presentados del 2001 al 2004, y solo en este último año se habían presentado el 75% del total de los procesos.

En el año 2007 el Instituto de Medicina Legal atendió en Colombia 164 solicitudes de dictámenes de lesiones personales por presunta responsabilidad médica (9) cifra que para el año 2008 aumentó a 209 solicitudes por la misma causa, un aumento del 27,4% (10) . En el mismo año se reportó que el mismo centro atendió 8 casos de solicitudes de dictámenes sobre muerte por presunta responsabilidad médica.

Entre las especialidades médicas con más demandas en Colombia se encuentran en primer lugar la Gineco-obstetricia, seguida de la Cirugía General, la Medicina General y, en cuarto lugar la Cirugía Plástica, situación muy similar a la encontrada en algunos países desarrollados (8) . Se desconoce la situación de las

demandas por responsabilidad médica o de la atención en salud en la ciudad de Medellín.

Se presume que gran parte de las demandas son motivadas por una mala relación médico-paciente (8) , aunque también existen otros determinantes como no seguir los protocolos, el mal diligenciamiento de la historia clínica y aspectos relacionados con el consentimiento informado.

Es muy posible que los profesionales de la salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) no tengan el conocimiento de los procesos jurídicos a los cuales se pueden ver abocados y desconozcan igualmente cuáles son las circunstancias de riesgo de ser demandados durante el ejercicio de la profesión.

3. JUSTIFICACIÓN

En Colombia existen diversos estudios de características descriptivas, efectuados en su mayoría por SCARE-FEPASDE, que llevan a una aproximación enfocada desde diferentes perspectivas sobre la problemática de las demandas por responsabilidad médica. Estos estudios permiten conocer, en un tiempo y región determinada, la situación de los profesionales y las instituciones prestadoras de servicios de salud frente a las demandas por responsabilidad profesional. Sin embargo, debido a las características descriptivas ya mencionadas, no es posible elaborar un perfil de riesgo jurídico para las instituciones y los profesionales a partir de los trabajos mencionados.

Mediante el análisis exploratorio de correspondencias se puede construir un perfil de riesgo jurídico al examinar algunas variables predeterminadas. La identificación de tipologías de variables y condiciones relacionadas con las demandas por responsabilidad medica, permitirán su caracterización y muy probablemente la obtención de evidencias propias que facilitarían el desarrollo de programas de auditorías, útiles a las instituciones y a los profesionales, con el fin de reducir el riesgo de ser demandados por mala práctica profesional.

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué motiva las demandas contra los médicos e instituciones prestadoras de servicios de salud?

¿Es posible establecer o determinar el riesgo jurídico al que se ven expuestos los médicos a partir de la caracterización de las demandas por el ejercicio de la profesión?

5. MARCO TEÓRICO

El acto médico es un tipo de relación especial entre dos personas, el médico y el paciente, a través de la cual se pretende promover la salud, prevenir y curar la enfermedad y rehabilitar al enfermo(11). Esta relación se cumple en cuatro casos: por voluntad libre y espontánea de ambas partes, por acción unilateral del médico en casos de emergencia, por solicitud de terceras personas y por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad pública o privada (12). Las acciones que el médico debe desarrollar son de tres clases: acciones pedagógicas, acciones preventivas y acciones curativas y reparadoras; comúnmente se cree que estas últimas son las más importantes (2).

Esta relación entre el médico y el paciente es peculiar por la situación inferiorizada del segundo (2). El acto médico se efectúa sobre el paciente, sujeto pasivo en la relación, que como ser humano tiene derechos, entre los que se destacan el derecho a la vida, a la salud y a la buena condición física y mental. El médico tendrá que preservarlos y comprometerse a defenderlos y recuperarlos. Desde esta perspectiva, de todo acto médico se derivan consecuencias en el ámbito del derecho.

5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El ejercicio de la medicina conlleva responsabilidades, principalmente cuando derivado del acto médico se ocasiona daño al paciente (13). En los Estados Unidos de América se han presentado dos crisis relacionadas con la práctica médica, la primera al principio de la década del 70 y la segunda en la primera mitad de los 80 del siglo pasado (14). Esto ha generado la aparición de compañías de seguros dedicadas solo al aseguramiento de los médicos, muchas de ellas de propiedad o manejadas por los mismos médicos (14). Como reacción, se ejerce la ~~la~~ medicina defensiva, con lo cual persigue evitar las demandas o protegerse de ellas, pero fraccionando aun más la atención e incrementando sus costos (15).

En un estudio realizado por Studdert y colaboradores (16) se revisó una muestra aleatoria de 1452 demandas por mala práctica médica (casos cerrados) de cinco compañías de seguros, encontrando 1406 pacientes lesionados (97% de la muestra total), de estos el 63% (889 pacientes) era debido a errores médicos. Las demandas en este estudio costaron más de 449 millones de dólares. En el informe *To err is human* (Errar es humano) de 1999 del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se calcula que en ese país se producen al año 98.000 muertes derivadas de los errores médicos y que estos errores le generan un sobrecosto al sistema de salud de aproximadamente 29 mil millones de dólares por año (17). Además, según estas cifras y los datos del Centro para el Control de Enfermedades (CDC), las muertes por errores médicos representarían el sexto lugar en las causas de muerte en los Estados Unidos (18), ubicándose por encima

de la Diabetes, la Neumonía y la Sepsis, entre otras. Algo similar encontró la Dra. Starfield quien considera que la cifra de muertes sobrepasa los 220.000 por año secundario a causas iatrogénicas, entre las que se encuentran cirugías innecesarias, errores de medicación, infecciones nosocomiales y otros errores intrahospitalarios (19). Evidentemente los costos que esto genera al sistema de salud son enormes.

La nueva crisis de mala práctica en los Estados Unidos es la crisis de los seguros de responsabilidad, tanto por la baja disponibilidad como por los altos costos(14), sumado al hecho de que existen unas especialidades médicas denominadas de alto riesgo de demandas(14,15,20). El problema llega a ser de tal magnitud que muchos médicos se han retirado del ejercicio de la profesión o se han cambiado de estado, generando déficit de especialistas en algunas regiones (20).

En Gran Bretaña un estudio piloto reportó un porcentaje de eventos adversos del 10.8% de 1014 ingresos a dos hospitales de la región de Londres en un periodo de tres meses, produciendo un costo directo total de 290.000 libras esterlinas(21). No hay datos concretos de qué porcentaje de pacientes afectados por estos eventos terminaron en demandas.

En el estudio publicado por López y colaboradores en el 2004 en Colombia (7), encontró que el 80% de los casos de demandas es instaurado por el paciente o sus familiares argumentando fallas en la atención. En este artículo reportan un 30% de los casos debido a error médico. Cuando se comprueba la culpa, ésta se debe en primer lugar a negligencia y en segundo lugar a impericia.

En el estudio llevado a cabo por la Dra. Ricaurte del Instituto de Medicina Legal en la ciudad de Cali, se revisó la casuística de 210 posibles casos de responsabilidad médica, de los cuales el 66% al 71% de los procesos procedían de la jurisdicción penal(8). Este mismo estudio demostró que los centros de segundo y tercer nivel de complejidad son los más demandados; las especialidades médicas con más demandadas son Gineco-Obstetricia seguida de Cirugía General, Medicina General y Cirugía Plástica. Estos datos son muy similares a los reportados en países desarrollados. En datos recopilados por el CENDES en la ciudad de Medellín, la especialidad más demanda fue la Gineco-Obstetricia (5). Mejía-Nieto (22) hacen también un análisis de los factores incidentes en la responsabilidad a causa del acto médico oficial, citando entre otros el mal diligenciamiento de la historia clínica, la falta de información en la relación médico-paciente y la falta de consentimiento informado.

5.2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

5.2.1. Responsabilidad

Responsabilidad, según el diccionario de la Real Academia Española, es la deuda, obligación de reparar o satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal+. En una acepción más amplia, responsabilidad es la capacidad que tiene una persona de reconocer y asumir las consecuencias de un acto realizado libremente.

La responsabilidad se clasifica, según el ámbito, en moral, ética general, ética profesional y jurídica. La responsabilidad moral hace referencia a normas o pautas del comportamiento humano fundamentadas en principios espirituales, religiosos o valores como la lealtad, la amistad y la caridad, entre otros. Sus sanciones no superan el fuero interno (23).

La responsabilidad ética general hace referencia a las normas del buen comportamiento ciudadano; busca organizar la vida del individuo en comunidad para garantizar una convivencia pacífica. Sus sanciones son el rechazo social. La responsabilidad ética profesional, por otro lado, hace referencia al acatamiento de las disposiciones que regulan el buen comportamiento de los sujetos en el ejercicio de su profesión. Sus sanciones están a cargo de tribunales éticos conformados por profesionales destacados en el mismo campo del saber(23).

La responsabilidad jurídica está en relación al acatamiento de las normas emanadas por el Estado por parte de todos los ciudadanos. Se divide a su vez en **responsabilidad contravencional**, cuando las normas son de carácter preventivo; **responsabilidad penal**, cuando las normas están consagradas en el código penal, cuya trasgresión implica penas privativas de la libertad; **responsabilidad civil**, cuando las normas están contempladas en el código civil, cuya trasgresión implica sanciones indemnizatorias por el daño causado; finalmente, la **responsabilidad patrimonial del estado**, cuando es éste el que debe responder por las actuaciones de sus funcionarios (23).

La responsabilidad se configura cuando se presentan tres elementos: hecho generador, daño y la relación de causalidad entre el hecho generador y el daño, este elemento también se denomina nexo causal (24).

5.2.2. Daño

El daño según Pérez Vives se define como toda lesión patrimonial o moral, todo menoscabo o pérdida, todo quebranto o dolor, que una persona sufra en su patrimonio o en si misma (en su integridad física, en sus derechos extrapatrimoniales y de la personalidad, en su honor, crédito, afectos, creencias, etc.,)+(24).

Existe una clasificación del daño ampliamente aceptada: Daño patrimonial y extrapatrimonial. Partiendo de la premisa según la cual el daño lo sufre una persona natural o jurídica, esta clasificación es muy útil para establecer si la afectación a dicha víctima se refiere a la esfera patrimonial o a la esfera afectiva o emocional (extrapatrimonial). Estos daños se subclasifican en varias clases y a nivel de la doctrina y la jurisprudencia su uso es el más expandido(24).

- **Perjuicios Patrimoniales.** Gravitan negativamente en la esfera patrimonial de la persona que ha sufrido una afección en su integridad física o en sus bienes. Se divide a su vez en daño emergente y lucro cesante.
 - El daño emergente se define como aquello que salió o saldrá del patrimonio de la víctima. En otras palabras, cubre la afectación del patrimonio y los egresos generados por el hecho dañoso, tales como los gastos médicos y hospitalarios, de transporte, funerarios, de enfermería, de adecuación de la vivienda en caso de persona invalida, etcétera. (24).
 - El lucro cesante es el valor que no ingresó o no ingresará al patrimonio de la víctima. Este daño abarca las ganancias no obtenidas o que dejarán de percibirse. En caso de daño corporal - muerte, invalidez o incapacidad- el típico caso de lucro cesante son los salarios o ingresos dejados de percibir con ocasión del hecho.
- **Perjuicios Extrapatrimoniales.** Son aquellos que, existiendo afectación de la persona humana, producen un impacto adverso en la esfera emocional, afectiva, sensorial o espiritual de la misma. En nuestro medio se admiten el daño moral subjetivo (*pretium doloris*) cuya finalidad es compensar el dolor o sufrimiento generado por el hecho que produce daño. La jurisdicción administrativa ha introducido un segundo tipo de daño extrapatrimonial que en la actualidad se denomina *daño a la vida de relación*+(24).

Por otra parte, a pesar de que el artículo 90 de la Constitución menciona el término *daño antijurídico*+, no existe en nuestra norma una definición de dicho concepto. Tal definición proviene de la jurisprudencia principalmente del Consejo de Estado, haciendo referencia a jurisprudencia foránea, y ha definido el daño antijurídico como *la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho*+, o también se ha entendido como el daño que se produce a una persona a pesar de que *el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo*, es decir, que el daño carece de causales de justificación+ (sentencia Consejo de Estado, expediente 12158).

El ejercicio médico está orientado por la *lex artis ad hoc*, entendida como el conjunto de normas de atención respaldadas científicamente para realizar procedimientos médicos, diagnósticos, quirúrgicos o anestésicos; se reconocen como tales aquellos procedimientos obvios y razonables como los procedimientos incluidos en protocolos y guías de manejo institucionales, los textos médicos de referencia y los procedimientos de investigadores de las escuelas médicas (12,25).

La *lex Artis ad hoc* está constituida por los medios terapéuticos aceptados por la ciencia y literatura médicas, las facultades de medicina, las sociedades científicas, los usos médicos reconocidos, la evidencia y en general por todo aquello que la medicina señala como indicado para lo que requiera un paciente en un caso concreto (26). Sin embargo, aún dentro de una buena práctica médica pueden presentarse eventos no deseados que inciden de manera desfavorable en el resultado esperado. Estos eventos son la iatrogenia, las complicaciones, los accidentes y el error médico (25).

- **La iatrogenia** es un efecto colateral inherente a la intervención médica, previsible, inevitable, a veces constante, dentro de una buena práctica profesional como por ejemplo los efectos secundarios de los medicamentos(25). Otra definición de iatrogenia es la acción adversa o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad tanto terapéutica como diagnóstica del equipo de salud (2).
- **Las complicaciones** son eventos inconstantes, algunas veces imprevisibles y otras evitables, dentro de una buena práctica profesional como las infecciones de heridas quirúrgica o el choque hipovolémico(25). Según el Ministerio de la Protección Social, la Complicación es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente (27).
- **Los accidentes** son eventos imprevistos, súbitos, inconstantes e inesperados, hasta cierto punto prevenibles, que ocurre de manera fortuita o por fuerza mayor dentro de una buena práctica profesional como el choque anafiláctico o la falla en un equipo.
- **El error médico** es la equivocación involuntaria en el diagnóstico, la prescripción o el tratamiento (25).

El objetivo del tratamiento médico es mejorar la salud de las personas afectadas por la enfermedad o el trauma. Aunque la intención y los beneficios no tienen discusión, es cierto que las drogas y los procedimientos médicos utilizados, aún los más sofisticados y aparentemente seguros, conllevan en sí mismos el riesgo de alterar las condiciones del paciente, incluso hasta causarles la muerte bien por

sus efectos colaterales, por errores cometidos por los profesionales, por fallos en los equipos o por deficiencias de las instituciones que prestan servicios de salud.

Lo anterior se corrobora en los datos disponibles de estudios realizados en países desarrollados; es así como en Estados Unidos la sexta causa de muerte está relacionada con el manejo médico (18). En América Latina no se dispone de mucha información, pero podemos inferir que tales eventos deben ser más frecuentes considerando que para gran parte de la población la prestación del servicio de salud tiene limitaciones por las deficientes condiciones socioeconómicas (25).

Aunque la ocurrencia de tales eventos favorece las opciones de reclamación legal por parte del afectado o de su familia, en el ámbito legal, salvo algunos puntos en controversia, se acepta que la actuación médica y en general la prestación de servicios de salud tiene el carácter de obligación de medios y no de resultados, y por tanto no se presume responsabilidad objetiva del profesional o de la institución que atendieron al paciente cuando el resultado es desfavorable (13,26). Dicha responsabilidad de medios en materia médica, hace referencia a que el profesional de la salud dispondrá a favor de su paciente de todos los elementos y acciones que la ciencia médica tiene a su disposición en correspondencia al grado de complejidad brindada (28) sin poder garantizar un resultado favorable.

El Código Civil Colombiano carece de normas expresas que regulen el contrato de prestación de servicios médicos, y concretamente la responsabilidad civil de los médicos por defectuosa prestación del servicio (29).

5.2.3. Culpa

Referente al hecho generador, históricamente la responsabilidad se basó en la culpa del agente causante del daño (24). Este hecho generador puede darse por acción u omisión del agente. La culpa es definida por el artículo 63 del código civil, asemejándola a descuido o negligencia (24): *“es la falta de aquella diligencia y cuidado que los hombres emplean ordinariamente en sus propios negocios”*. El artículo 37 del código penal en referencia a la culpa dice: *“la conducta es culposa cuando el agente realiza el hecho por falta de previsión del resultado previsible o cuando habiéndolo previsto, confió en poder evitarlo”*.

Algunos juristas asimilan el error con los elementos constitutivos de la culpa: negligencia, impericia e imprudencia (30). Otro autor complementa las modalidades de culpa con violación de reglamentos y otras acciones u omisiones que denomina faltas de gestión, coordinación o administración (26). Pero en su mayoría las opiniones coinciden con la visión médica de que los errores no implican necesariamente la violación de la *lex artis* si se demuestra que la

atención fue adecuada y éstos no se pueden atribuir a la naturaleza del caso o a las condiciones en las que tiene lugar el acto médico.

La negligencia es el descuido, la falta de cuidado o una omisión, como cuando no se emplean medios conocidos y disponibles en la prestación de un servicio de salud. El profesional estaría actuando de forma negligente si no acata medidas de cuidado, higiene o seguridad que tiene a su disposición; igualmente lo hace si no revisa la historia clínica, las instrucciones del equipo, las indicaciones de otro colega, las contraindicaciones de un tratamiento, la anormalidad evidente del instrumental o la fecha de vencimiento de unos medicamentos (26).

La impericia se define como falta de habilidad en una ciencia o arte. Aplicado al campo de los servicios de salud, consiste en la falta de conocimientos o capacidad profesional para realizar un acto médico. Quien efectúe un procedimiento de gran complejidad y comete un error por desconocimiento o inexperiencia, se le cataloga como imperito (26).

La imprudencia consiste en falta de templanza, cautela, prudencia y buen juicio. Existe imprudencia cuando se somete a un paciente a un riesgo injustificado que no corresponda a sus condiciones clínico-patológicas. Se presentaría cuando el médico, sin contar con el instrumental, los elementos médicos o la infraestructura adecuadas, efectúa un procedimiento sin poder manejar acertadamente una complicación. No habría responsabilidad cuando el médico, buscando preservar la vida o la integridad de un paciente, trata de ayudarlo sin contar con los medios disponibles en un evento de urgencia (26).

La violación de reglamentos está constituida por la infracción de los principios científicos y las normas legales. Además de ello, en el campo médico, se daría cuando el profesional se aparta de la *lex artis ad hoc* en la realización de una técnica o un procedimiento. Abarcaría además la violación de normas legales que consagran normas precisas y de obligatorio cumplimiento, así como normas de ética médica, estudios profesionales y escuelas científicas (26).

La falta de gestión, coordinación, administración o decisión consisten en acciones u omisiones de tipo administrativo en las que incurren los profesionales, trátase de médicos o no, que en un determinado momento pueden conllevar consecuencias nocivas en la salud de un paciente. La conducta de un director de una institución hospitalaria o de un departamento o servicio, de una promotora de salud o empresa de medicina prepagada, e incluso de un auditor, puede generar responsabilidades de tipo personal e institucional por los daños causados al paciente. Tales faltas comprenden las limitaciones de tiempo, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos, las prohibiciones de ingreso y órdenes de alta, así como la suspensión de servicios por agotamiento de coberturas que atenten contra la vida y salud de un paciente. El desobedecimiento de una decisión judicial que había ordenado la realización de un acto médico

también genera la obligación de indemnizar, si se produce un daño a la vida o a la salud (26).

5.2.4. Nexo Casual

El nexo causal es el tercer elemento de la responsabilidad. Para que exista responsabilidad civil se requiere que exista una relación de causalidad entre el hecho generador y el daño sufrido por la víctima. El agente sólo responderá si el daño sufrido fue el producto de su conducta y no de algún elemento extraño (24). En materia médica, la búsqueda del nexo causal se debe ajustar a criterios científicos, que en muchas ocasiones no es posible demostrar de manera contundente(31).

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las demandas por responsabilidad médica que se han presentado en la ciudad de Medellín y radicadas en el CENDES en el período comprendido entre 2005 a 2009, para tratar de determinar el riesgo jurídico al que se ven abocados los profesionales del área de la salud y las instituciones prestadoras de servicios.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la tendencia de las demandas por responsabilidad médica en el quinquenio 2005 a 2009.
- Describir las características de las demandas según condiciones del demandante y el demandado
- Explorar posibles perfiles del riesgo de demanda según características del demandante y el demandado.

7. METODOLOGÍA

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo en el que se revisarán los expedientes por demandas de responsabilidad médica llegadas al Centro de Estudios en Derecho y Salud -CENDES- de la universidad CES, en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 y 2009.

7.2. POBLACIÓN

Todos los expedientes de solicitudes de peritazgo por posible responsabilidad médica que llegaron al Centro de Estudios en Derecho y Salud -CENDES- de la universidad CES, en el período 2005 a 2009.

7.3. MUESTRA

No habrá muestra; se tomará toda la población de expedientes de responsabilidad médica registrados en el CENDES que cumpla con los criterios de inclusión, a saber:

- Que corresponda al período de estudio
- Que provenga de la ciudad de Medellín
- Que contenga todas las variables de estudio
- Que se encuentre en medio físico

7.4. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CÓDIGO	OBJETIVO
Jurisdicción	Autoridad judicial ante la cual se adelanta la demanda por responsabilidad profesional.	Cualitativa Nominal	1. Penal 2. Contencioso Administrativo 3. Civil 4. Tribunal de Ética Médica 5. Laboral	1
Edad	Edad en años del lesionado o afectado por el acto médico.	Cuantitativa de Razón		1, 2, 3

Especialidad médica	Rama de la medicina ejercida por el profesional demandado	Cualitativa Nominal	1. Medicina General 2. Anestesiología 3. Medicina Interna 4. Pediatría 5. Gineco-Obstetricia 6. Dermatología 7. Neurología 8. Neurocirugía 9. Psiquiatría 10. Cirugía General 11. Oftalmología 12. Otorrinolaringología 13. Urología 14. Ortopedia 15. Cirugía Plástica 16. Cirugía Estética 17. Otras	1, 2, 3
Nivel de complejidad	Nivel de la Institución demandada, de acuerdo a los procedimientos que realiza y a los profesionales con que cuenta, establecidos por la norma colombiana.	Cualitativa Ordinal	1. Baja Complejidad 2. Mediana Complejidad 3. Alta Complejidad	1, 2, 3
Tipo de institución	Carácter público o privado de la institución demandada.	Cualitativa Nominal	1. Pública 2. Privada	1, 2, 3
Servicio de atención	Servicio de la institución demandada donde se llevó a cabo la atención del paciente demandante	Cualitativa Nominal	1. Urgencias 2. Cirugía 3. Consulta Externa 4. Hospitalización 5. Ayudas Diagnósticas 6. Unidad de Cuidados Intensivos	1, 2, 3
Genero	Género de la persona lesionada.	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino	1, 2, 3
Lesión	Alteración física o síquica del individuo, resultado de la condición patológica, el trauma o el acto médico que motiva la demanda	Cualitativa Nominal	1. Muerte 2. Perturbación Funcional 3. Amputación 4. Infección 5. Secuelas Neurológicas 6. Secuelas Estéticas 7. Fractura 8. Quemadura 9. Secuela Mental 10. Otras	1, 2, 3
Daño	Menoscabo en la salud o el patrimonio del individuo	Cualitativa Nominal	1. Perjuicios Morales 2. Lucro Cesante 3. Daño Emergente 4. Alteración de la Vida de Relación 5. Pérdida de la Oportunidad	1

Causales de responsabilidad	Tipo de falla por la cual se demanda	Cualitativa Nominal	1. Negligencia 2. Impericia 3. Imprudencia 4. Violación de una norma 5. Falla en el Servicio	1
-----------------------------	--------------------------------------	---------------------	--	---

7.5. FUENTE DE LOS DATOS

La fuente de datos será el registro de los expedientes por demandas de responsabilidad médica recibidos entre 2005 y 2009 en el Centro de Estudios en Derecho y Salud -CENDES- de la universidad CES.

7.6. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Los investigadores, utilizando un formulario diseñado en MS-Excel, registrarán cada una de las variables descritas que serán obtenidas de los expedientes del archivo físico del CENDES.

7.7. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Será cada uno de los expedientes del archivo del CENDES relacionados con demandas por mala práctica médica.

7.8. PRUEBA PILOTO

El pasado 14 de diciembre de 2010, se realizó una visita al Centro de Estudios en Derecho y Salud . CENDES- de la Universidad CES con el fin de desarrollar la prueba piloto de la recolección de los datos para el trabajo

El CENDES fue creado en el año 2001 y comenzó a ejercer como Auxiliar de la Justicia en Marzo de 2003. El número total de casos recepcionados a la fecha es aproximadamente 1200, de los cuales cerca del 65% son solicitudes de dictámenes periciales o conceptos técnicos en demandas por posible responsabilidad profesional y/o de prestadores de servicios de salud.

El CENDES cuenta con un archivo de todos los expedientes; sin embargo, la mayor parte de la información no se encuentra sistematizada. Durante el periodo de tiempo del estudio (2005 a 2009) tenían registrados 879 expedientes, no todos por posible responsabilidad médica. Provenientes de la ciudad de Medellín fueron 427 casos.

Un expediente consta de Demanda o LÍbelo, Contestación a la Demanda, Copia de la Historia Clínica, Auto de Apertura de Pruebas y Solicitud de la Prueba Pericial por parte de la autoridad judicial.

De los 427 casos se tomó una muestra al azar de 7 expedientes para verificar que cumplieran con las variables de estudio, a saber: jurisdicción ante la que se interpone la demanda, edad, especialidad del profesional implicado, nivel de complejidad de la institución, tipo de institución pública o privada, servicio de atención, género del lesionado, tipo de lesión, daño causado y causal de responsabilidad y sentido del fallo. De todas las variables evaluadas, el sentido del fallo fue la única que no se mostró frecuentemente en los expedientes, lo cual se puede atribuir a las demoras del aparato judicial del Estado. Por tanto, consideramos retirar esta variable de estudio.

7.9. CONTROL DE SESGOS

Los investigadores se pondrán de acuerdo previamente, mediante una prueba piloto, para la interpretación adecuada de las variables registradas en los expedientes. También se utilizará la prueba piloto para verificar que la información de las variables esté disponible en los expedientes.

Si durante el proceso de recolección y registro de información hubiese discrepancias en la interpretación del valor de una o más variables en un expediente, se deliberará y decidirá por consenso cuál debe ser el valor a registrarse. Si persistiese la divergencia de opiniones, se recurrirá al asesor metodológico del proyecto.

No se espera que haya sesgos de selección dado que no habrá procedimiento de muestreo, pero sí debe tenerse en cuenta que sólo se tomarán los datos de una sola fuente de información sobre procesos relacionados con demandas por mala práctica médica, lo cual impedirá hacer inferencias posteriormente.

Antes del análisis de los datos se realizará un proceso de control de calidad del dato, para lo cual se seleccionará una muestra aleatoria de expedientes (aproximadamente el 10% del total) y se comparará su contenido con las variables registradas en formato hecho en MS-Excel. Si hubiese un porcentaje de inconsistencias superior al 5% se procederá a revisar todo el archivo de datos.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por ser una investigación de tipo observacional retrospectivo en la que se utilizará como fuente de información el expediente y el dictamen que emita el CENDES se

considera como una investigación ~~sin riesgo~~, por lo cual no es necesario aplicar consentimiento informado a las personas relacionados en ellos, pero si se solicitará a la Coordinación del CENDES la autorización necesaria para hacer la revisión de los documentos mencionados.

Para la solicitud de la autorización y la ejecución del proyecto, los investigadores garantizarán la reserva de la confidencialidad sobre la información particular que conozcan como consecuencia de la revisión de los documentos, ninguna de las personas involucradas en los casos objeto de demanda será identificada en el estudio ni en la divulgación que se haga de los resultados del mismo. Los investigadores se comprometen a respetar la intimidad y la dignidad de las personas e instituciones relacionadas con los casos estudiados, en ningún momento de la ejecución del proyecto no durante la divulgación emitirán juicios de responsabilidad sobre los casos que conozcan durante el estudio.

La información obtenida como resultado será reportada en forma de medidas de resumen y no de caracterización individual de personas o instituciones.

La información obtenida en casos de revisar expedientes que hacen parte de la reserva sumarial de los procesos será mantenida con la reserva necesaria para no violar el debido proceso.

9. RESULTADOS

Se encontraron 427 solicitudes de dictámenes periciales por posible responsabilidad médica durante el período de estudio. Solo 143 expedientes cumplían los criterios de inclusión.

En el presente estudio se evidencia que la jurisdicción Contenciosa Administrativa es la que más casos de demandas por mala práctica médica lleva, el 66% de los casos (Tabla 1 y Figura 1), lo cual es concordante con el tipo de institución involucrada con mayor frecuencia (Tabla 2 y Figura 2), que son los hospitales públicos en el 61% de los casos, y con la Falla en el Servicio como causal de responsabilidad más frecuente.

Tabla 1. Jurisdicción

JURISDICCIÓN	FRECUENCIA
Contencioso ADM	94
CIVIL	48
LABORAL	1
PENAL	0
ETICA MEDICA	0
TOTAL	143

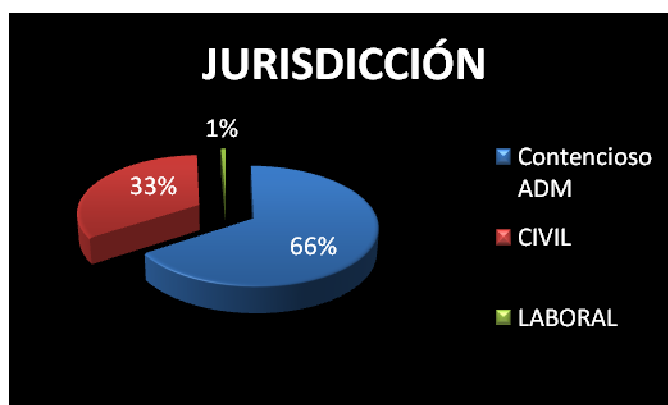


Figura 1. Jurisdicción

Tabla 2. Tipo de Institución

TIPO INSTITUCIÓN	FRECUENCIA	%
PÚBLICA	87	60,8
PRIVADA	53	37,1
AMBAS	3	2,1
TOTAL	143	100

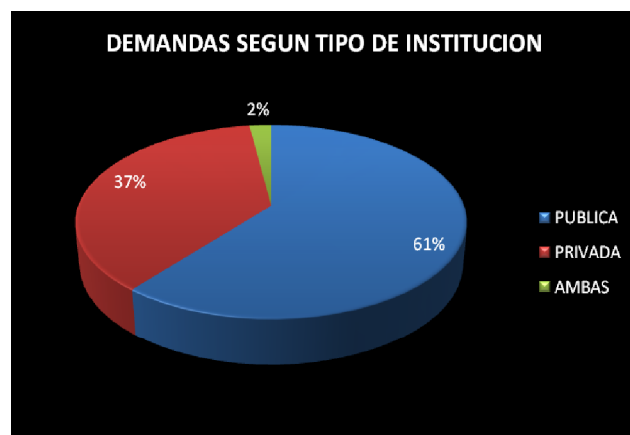


Figura 2. Tipo de Institución

El grupo etáreo más involucrado en las demandas fue el de 19 a 44 años, en el que se presentaron 59 de los 143 casos revisados (Tabla 3 y Figura 3). El grupo etáreo menos involucrado fue el de los adolescentes con solo 6 casos. En cuanto a género, se presentó una ligera mayor participación de las mujeres en las demandas, con 75 casos que corresponde al 52,45% (Tabla 4 y Figura 4).

Tabla 3. Rangos de edad

RANGO DE EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	%
0 a 12	19	13,3
13 a 18	6	4,2
19 a 44	59	41,2
45 a 59	36	25,2
60 o Más	23	16,1
TOTAL	143	100

Tabla 4. Género

GÉNERO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	68	47,55
FEMENINO	75	52,45
TOTAL	143	100

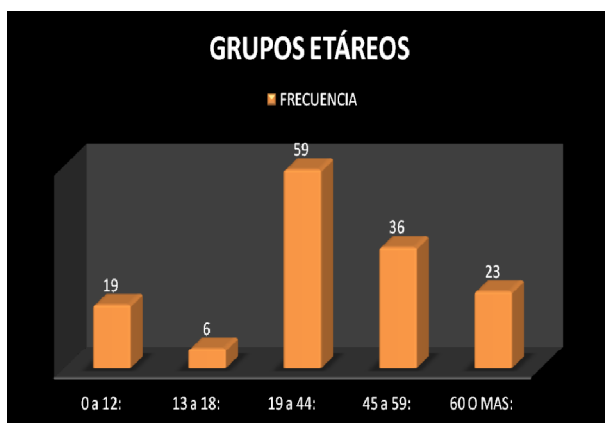


Figura 3. Rangos de edad

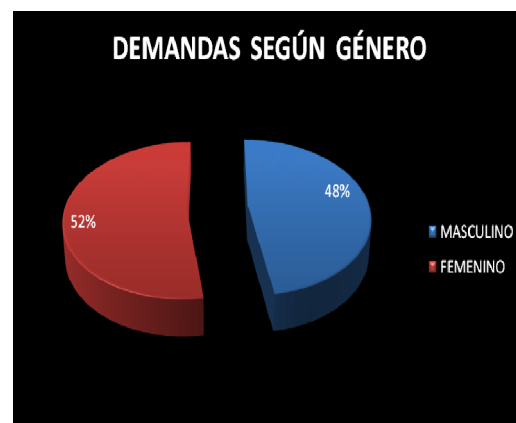


Figura 4. Género

El grupo de profesionales más demandados fue el de Médicos Generales, seguido por Cirujanos Generales, Ortopedistas, Gineco-Obstetras y Neurocirujanos (Tabla 5 y Figura 5). En este estudio no se encontraron demandas contra Dermatólogos ni Psiquiatras. En la mayoría de los casos se demanda contra un único especialista; en sólo 16 expedientes, el 11,2% de los casos, se demandaron dos o más profesionales de diferentes áreas (Tabla 6).

Tabla 5. Especialidad

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	%
MEDICINA GRAL	42	26,4
CIRUGIA GRAL	18	11,3
GINECO-OBSTETRIC	16	10,1
ORTOPEDIA	16	10,1
NEUROCIRUGIA	12	7,5
OTRAS	12	7,5
MEDICINA INTERNA	11	7
CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA	7	4,4
PEDIATRIA	4	2,5
CIRUGIA CARDIACA	4	2,5
NEUROLOGIA	3	1,9
ONCOLOGÍA	3	1,9
ANESTESIOLOGIA	2	1,3
OFTALMOLOGIA	2	1,3
ORL	2	1,3
UROLOGIA	1	0,6
HEMATOLOGÍA	1	0,6
NEONATOLOGÍA	1	0,6
ENFERMERÍA	1	0,6
TERAPIA FÍSICA	1	0,6
DERMATOLOGIA	0	0
PSIQUIATRIA	0	0
TOTAL	159	100

Tabla 6. Número de especialidades

No. ESPECIALIDADES	FRECUENCIA	%
ESPECIALIDAD UNICA	127	88,8
DOS O MAS ESPECIAL	16	11,2
TOTAL	143	100

En el 50.3% de los casos se demandó un especialista de las áreas quirúrgicas, en el 14.5% se demandó uno de las áreas clínicas, en el 26.4% un médico general, que no se clasifica en ninguna de las dos áreas anteriores, y en el 8.8% de los casos restantes a un profesional de otras especialidades o de otras áreas de la salud (Tabla 7 y figura 6).



Figura 5. Especialidad

Tabla 7. Tipo de especialidad

TIPO ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	%
MEDICINA GRAL	42	26,4
ESP QUIRURGICAS	80	50,3
ESP CLINICAS	23	14,5
OTRAS	14	8,8
TOTAL	159	100



Figura 6. Tipo de especialidad

En relación al nivel de complejidad de las instituciones comprometidas, el mayor número de casos de demandas se dio en el tercer nivel con un 54,5% de los casos, seguido por instituciones del segundo nivel con un 25,9% (Tabla 8 y Figura 7).

Tabla 8. Nivel de complejidad

COMPLEJIDAD	FRECUENCIA	%
NIVEL 3	78	54,5
NIVEL 2	37	25,9
NIVEL 1	24	16,8
DOS O MAS	4	2,8
TOTAL	143	100



Figura 7. Nivel de complejidad

Los servicios más demandados son cirugía, urgencias y hospitalización (Tabla 9 y Figura 8). El menos demandado fue la unidad de cuidados intensivos. Sólo en 19 casos hubo dos o más servicios involucrados (Tabla 10).

Tabla 9. Servicios

SERVICIO	FRECUENCIA	%
CIRUGIA	44	30,8
URGENCIAS	33	23,1
HOSPITALIZACION	30	21
DOS O MAS SERVICIOS	19	13,2
CONSULTA EXTERNA	13	9,1
AYUDAS DX	3	2,1
UCI	1	0,7
TOTAL	143	100

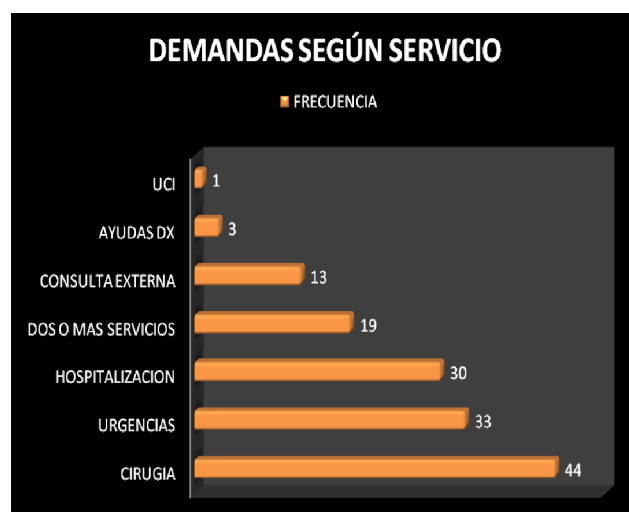


Figura 8. Servicios

En cuanto al tipo de lesión, la muerte fue la que generó el mayor número de demandas, 72 en total, seguida de la perturbación funcional. En 14 expedientes de los revisados se encontró más de una lesión ocasionada (Tablas 10 y 11 y Figura 9). Hay que aclarar que la muerte es una lesión excluyente, es decir, cuando ésta está presente, no cabe otra lesión en la demanda.

Tabla 10. Lesión

TIPO DE LESION	FRECUENCIA
MUERTE	72
PERTURBACION FUNCIONAL	41
INFECCION	15
SECUELAS NEUROLOGICAS	13
SECUELAS ESTETICAS	8
SECUELAS MENTALES	5
OTRAS	4
AMPUTACION	3
FRACTURAS	1
QUEMADURAS	0
TOTAL	162

Tabla 11. Lesiones por demanda

No. DE LESIONES / DEMANDA	FRECUENCIA
LESIÓN ÚNICA	129
DOS O MAS LESIONES	14
TOTAL	143

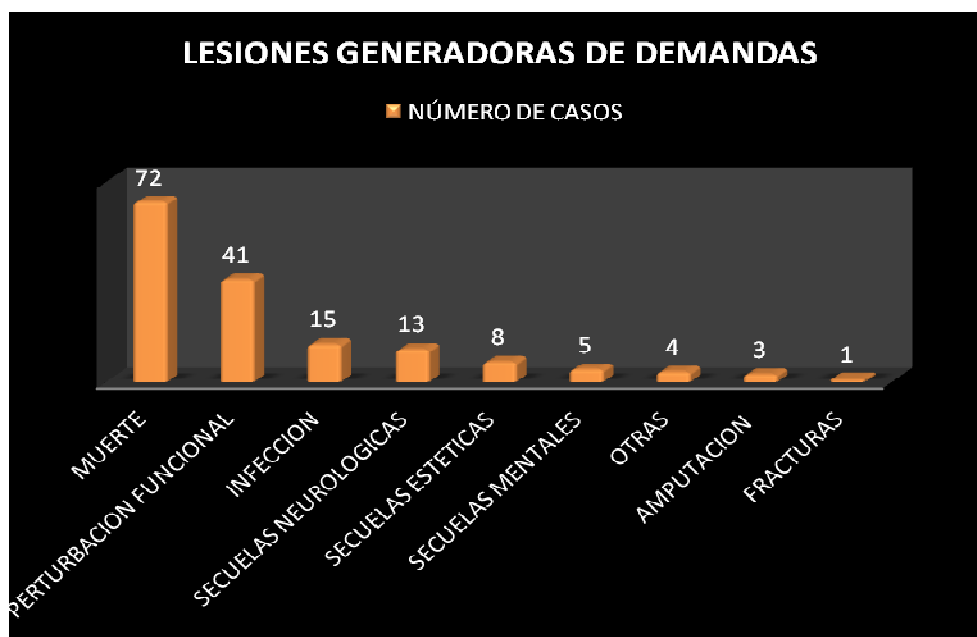


Figura 9. Lesión

Como se mencionó anteriormente, la falla en el servicio es la mayor causal de responsabilidad, seguida de la negligencia y la impericia; no se presentó ninguna demanda por imprudencia como causal de responsabilidad (Tabla 12 y Figura 10); en 5 casos tanto la negligencia como la impericia estuvieron comprometidas.

Tabla 12. Causal de responsabilidad

CAUSALES DE RESPONSABILIDAD	FRECUENCIA	%
NEGLIGENCIA	41	27,7
IMPERICIA	11	7,4
IMPRUDENCIA	0	0
VIOLACION DE NORMAS	1	0,7
FALLA EN EL SERVICIO	95	64,2
TOTAL	148	100

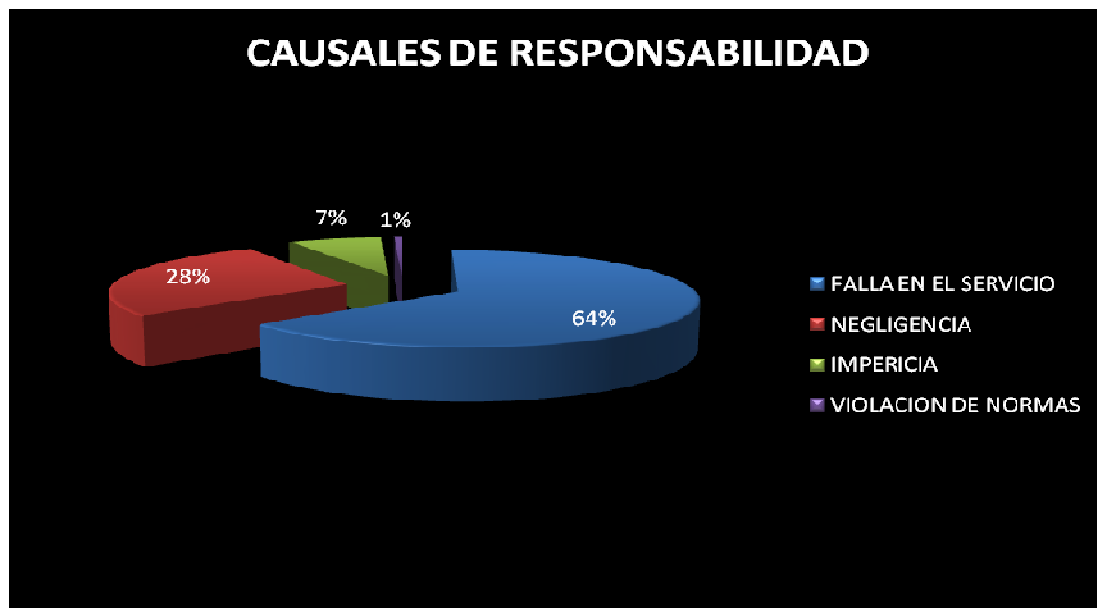


Figura 10. Causales de responsabilidad

En 34 expedientes revisados, el 23,8% del total, se demandó por la causación de un solo daño; en los restantes, se habría generado dos o más daños imputables a

la presunta mala práctica. En 134 casos, el 93,7% del total, estaban involucrados los perjuicios morales; los daños materiales estaban involucrados en 95 casos, correspondientes al 66.4%.

Tabla 13. Daño

DAÑO	FRECUENCIA	%
PERJUICIOS MORALES	134	44,8
PERJUICIOS MATERIALES	95	31,8
ALTERACION A LA VIDA DE RELACION	63	21,1
PERDIDA DE LA OPORTUNIDAD	7	2,3

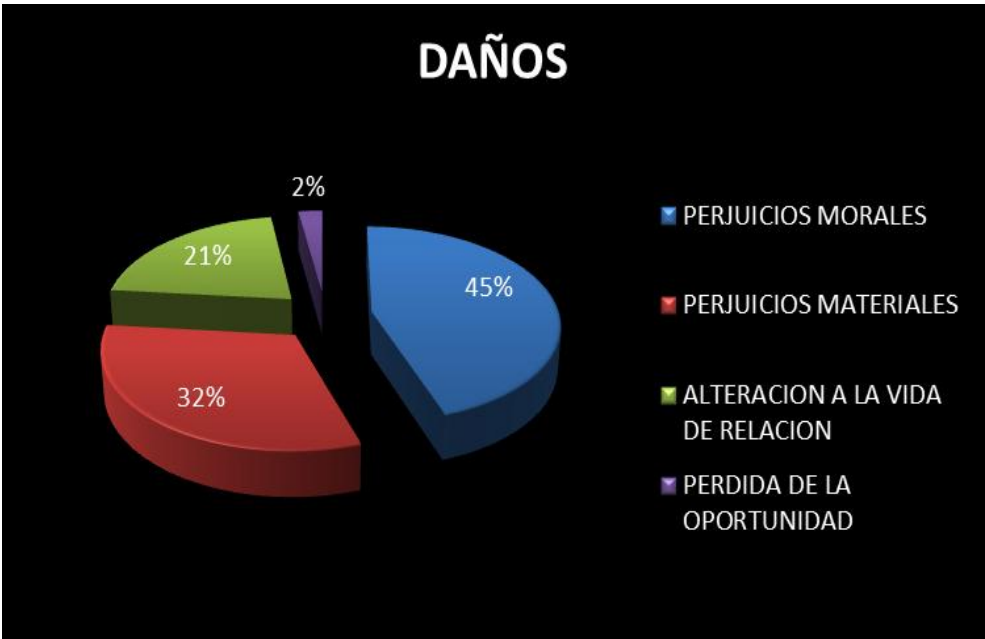


Figura 11. Daño

10. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró un mayor número de demandas ante la jurisdicción Contencioso Administrativa, seguido de la jurisdicción Civil; no se presentaron casos de demandas ante la jurisdicción Penal, lo cual contrasta con los trabajos de López y Ricaurte que encontraron una mayor frecuencia de demandas ante la jurisdicción penal (7,8).

El estudio de Ricaurte se realizó con los casos llegados al servicio de clínica forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la seccional Cali. Dicha institución es un ente adscrito a la Fiscalía General de la Nación lo cual pudiese explicar un mayor número de demandas ante la jurisdicción penal. De otro lado, el Centro de Estudios en Derecho y Salud, CENDES, es un ente privado, dependencia de la universidad CES, que inició labores como auxiliar de la justicia en el año 2003 y casi todos sus servicios los presta a la jurisdicción civil y a entes particulares.

En nuestro estudio se encontró que las instituciones públicas son las más demandadas (61%), lo cual va acorde con la causal de responsabilidad más frecuentemente encontrada en este trabajo, que es la falla en el servicio con un 64% (Tabla 12, Fig. 10), y con un mayor número de demandas ante la jurisdicción contenciosa administrativa con un 66% (Fig. 1), que es la encargada de dirimir los conflictos entre el Estado y los particulares. Los estudios previos en Colombia no hacen referencia al carácter público o privado de la institución de salud demandada.

Las edades más frecuentes donde se presentaron lesiones por posible responsabilidad médica estuvieron comprendidas entre los rangos de 19 a 44 años (41%) y de 45 a 59 años (25%), para un total de 95 casos sumando ambos grupos, lo que corresponde al rango de edad productiva del individuo. Por su parte, el género femenino representa una ligera mayor cantidad de demandas con el 52% de los casos.

En lo referente a los niveles de atención de las instituciones, los datos encontrados en nuestro estudio difieren a los reportados previamente en los trabajos de López y cols (7) y Ricaurte (8). Estos autores encontraron una mayor frecuencia de demandas en el nivel II seguido del nivel III. Nuestro estudio muestra una mayor frecuencia en el nivel III con el 54% de los casos, seguida del nivel II con el 26% (Fig. 7).

Las especialidades médicas más demandadas fueron Medicina General, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Ortopedia (Tabla 5, Fig. 5). Estas cuatro especialidades aunque en diferente orden, fueron las mismas reportadas por Studdert y cols (16) y Vincent y cols (21). En el estudio colombiano llevado a cabo

por investigadores de la División Científica de SCARE, los resultados son similares a los nuestros; sin embargo, en dicho estudio el cuarto lugar entre las especialidades más demandadas lo ocupó Anestesiología (7). En nuestro estudio sólo se presentaron 7 casos de demandas contra Cirugía Plástica (4,4%), dato similar al encontrado por Russo(1). En términos generales, las especialidades quirúrgicas son las más demandadas, seguida de la Medicina General (Tabla 7 y Fig. 6), lo cual concuerda con datos obtenidos de estudios desarrollados en otros países como en Estados Unidos y Argentina (1,16).

Al hacer el análisis individual por especialidades, parece paradójico que sea la Medicina General la especialidad más demandada cuando son las instituciones de nivel III de complejidad las que más demandas tienen, pues según nuestra normatividad (Resolución 5261 de 1994 y Decreto 1043 de 2006) la responsabilidad de la atención en este tipo de instituciones recae sobre el médico especialista. Esta situación puede ser explicada debido a que en nuestros centros de atención, incluso de tercer nivel, el médico general desempeña un papel importante en la atención de los pacientes, principalmente en los servicios de urgencias, que son los servicios que ocupan el segundo lugar entre los más demandados.

En relación a los servicios, la atención intrahospitalaria da cuenta de más del 75% de las demandas, ocupando el primer lugar el servicio de cirugía con el 31% de los casos, seguido por el de urgencias, como ya se mencionó, con el 23% de las demandas y en tercer lugar el de hospitalización 21%. El hecho que el servicio de cirugía sea el más demandado va acorde con las especialidades más demandadas.

En nuestro trabajo, la lesión que más demandas originó fue la muerte con el 50.3% de los casos, coincidiendo con los resultados de López (7). Esto podría interpretarse como que el deceso no es un resultado esperado de una intervención en salud. También se presentan de manera importante la perturbación funcional, la infección y las secuelas neurológicas.

La falla en el servicio es la imputación más frecuente en los expedientes revisados, hecho concordante con la condición pública de las instituciones más demandadas; sin embargo, la falla en el servicio es una imputación anónima en el sentido en que no es profesional implicado el demandado, sino el Estado a través de la institución pública. La negligencia es la causal de responsabilidad individual más frecuentemente implicada en las demandas del estudio. Sólo se presentó un caso de violación de reglamentos, debido a la falta de diligenciamiento del consentimiento informado.

Referente al daño, los perjuicios morales son los que más generan demandas, seguidos de los perjuicios materiales y la alteración a la vida de relación. Esto

denota que el mayor interés del paciente o de sus familiares es el resarcimiento del sufrimiento padecido.

11. CONCLUSIONES

Las demandas por responsabilidad médica, o responsabilidad derivada de la prestación de servicios de salud, son un problema de carácter mundial que cada día tiene más vigencia en la ciudad de Medellín. Aunque existan algunos especialistas, servicios y niveles de atención que suelen ser más demandados, todos los profesionales e instituciones involucrados en la atención de pacientes se podrían ver avocados en algún momento a responder ante los tribunales por una presunta mala práctica profesional.

Una adecuada relación Médico-Paciente, que implica dedicar el tiempo necesario y suficiente a cada paciente, brindándole toda la información disponible sobre la evolución de su estado y los planes de tratamiento; el seguimiento razonable de las guías y protocolos de atención y un diligenciamiento juicioso de las historias clínicas, son algunos elementos protectores frente a las demandas, los cuales no requieren grandes inversiones de tiempo y dinero, sólo la plena convicción de que con su aplicación se garantiza la atención segura y de calidad a los pacientes.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Russo G. Mala Praxis Médica. La nueva industria del juicio. Revista Fundación Médica Jurídica. 2009 dic;(12):4–6.
2. Vélez Correa L. Ética médica : interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. 3a ed. Medellín Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2003.
3. CORTE CONSTITUCIONAL. Acción de Tutela/Derecho a la Salud/Derechos Fundamentales. Sentencia No. T-499/92. [Internet]. ago, 1992 p. 8. Available a partir de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-499-92.htm>
4. CORTE CONSTITUCIONAL. Derecho a la Salud/Derecho a la Vida-Conexidad. Sentencia No. T-271/95. [Internet]. jun, 1995 p. 27. Available a partir de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/T-271-95.htm>
5. Giraldo G. CA, editor. Guías de Valoración del Daño Corporal. Segunda. Medellín, Colombia.: Señal Editora.; 2011.
6. Kelner J. The Silent Doctors - The Conspiracy of Silence. LAW REVIEW. University of Richmond. 1970 Fall;5(1):119–28.
7. López MA, Manrique I, García C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. Rev Colomb Gastroenterol. 2004;19(1):37–43.
8. Ricaurte-Villota AI. Del error a la mala práctica médica, análisis de una casuística en Santiago de Cali 2006 - 2008. INMLCF. 2009;1(1):18–22.

9. Soriano-Bernal MI. Muertes y Lesiones Accidentales. Colombia, 2007. Forensis 2007, Datos para la Vida. [Internet]. Bogotá.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.; p. 247–78. Available a partir de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2007/Muertesaccidentales.pdf>
10. Soriano-Bernal MI. Muertes y Lesiones Accidentales. Colombia, 2008. Forensis 2008, Datos para la Vida. [Internet]. Bogotá.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.; p. 263–98. Available a partir de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2008/Muertesaccidentales.pdf>
11. Guzmán Mora F, Franco Delgadillo E, Morales de Barrios MC, Mendoza Vega J. El acto médico. Implicaciones éticas y legales. Acta Médica Colombiana. 1994 jun;19(3):139–149.
12. Congreso Nacional. Ley 23 de 1981. Normas sobre Ética Médica. República de Colombia. feb, 1981.
13. Ruiz W. La Responsabilidad Médica en Colombia. [Internet]. [citado 2009 oct 16]. Available a partir de: http://www.puj.edu.co/banners/LA_RESPONSABILIDAD.pdf
14. Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. N. Engl. J. Med. 2003 jun 5;348(23):2281–4.
15. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 2005 jun 1;293(21):2609–17.
16. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. N. Engl. J. Med. 2006 may 11;354(19):2024–33.
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. To Err Is Human: Building a Safer Health System. [Internet]. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS; 2000. Available a partir de: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
18. The American Association for Justice. Preventable Medical Errors - The Sixth Biggest Killer in America. [Internet]. www.justice.org/. [citado 2011 may 13]. Available a partir de: <http://www.justice.org/cps/rde/xchg/justice/hs.xsl/8677.htm>
19. Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA. 2000 jul 26;284(4):483–5.
20. Mello MM, Studdert DM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA, et al. Effects of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care. Ann. Surg. 2005 nov;242(5):621–8.
21. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001 mar 3;322(7285):517–9.
22. Mejía-Nieto G. Aproximación a los factores incidentes en la responsabilidad extracontractual del estado, a causa del acto médico oficial y de las instituciones de salud en Colombia. INMLCF. 2009;1(1):23–8.
23. Martínez Rave G. Responsabilidad Civil Extracontractual en Colombia. Octava ed. Biblioteca Jurídica Diké.; 1995.
24. Díaz-Granados Ortiz JM. El seguro de responsabilidad. Bogotá: Edit. Universidad del Rosario; 2006.

25. Jiménez R. GM. 4º Curso de Patología Forense. Logroño, España.: Editado por Ariel Gutiérrez-Hoyos y Jorge González-Fernández.; 2004. p. 211–23.
26. Yepes Restrepo S. La Responsabilidad Civil Médica. Séptima ed. Biblioteca Jurídica Diké.; 2008.
27. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. [Internet]. 2008. Available a partir de: www.minproteccionsocial.gov.co/
28. Duque-Osorio A. La valoración jurídica de la obligación médica. RESPONSABILIDAD CIVIL Y DEL ESTADO. 2006 oct;(No. 20):91–107.
29. Tamayo Jaramillo. J. SOBRE LA PRUEBA DE LA CULPA MÉDICA. En Derecho Civil Y Administrativo. Análisis Doctrinal y Jurisprudencial. Reimpresión. Medellín.: Biblioteca Jurídica Diké.; 2003.
30. Franco Delgadillo E. Elementos de Responsabilidad Penal Médica. Revista Colombiana de Responsabilidad Médico- Legal. 1998 ago; IV(2):39–44.
31. Tobón-Marulanda F, Vallejo-Maya J, Toro-Cortés LM. Lesión del nervio ciático: aproximación médico-legal. Rev CES Med. 2011 jun;25(1):65–78.