

*TENDENCIA DE LAS DEMANDAS POR RESPONSABILIDAD
MÉDICA RADICADAS EN EL CENDES ENTRE EL 2010 Y EL 2014*

NATALIA RESTREPO GIRALDO

*ASESOR TEMATICO
PROFESOR
LEON MARIO TORO*

*ESPECIALIZACION EN VALORACION DEL DAÑO CORPORAL – COHORTE 9
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA*

MEDELLIN, SEPTIEMBRE DE 2015
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CES

CONTENIDO

RESUMEN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
2. JUSTIFICACIÓN
3. PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN
4. OBJETIVOS
 - 4.1 OBJETIVO GENERAL
 - 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS
5. MARCO TEÓRICO
 - 5.1 ANTECEDENTES LEGALES DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA EN COLOMBIA
 - 5.2 OBLIGACION DEL MEDICO
 - 5.3 RESPONSABILIDAD MEDICA
6. DISEÑO METODOLÓGICO
 - 6.1 ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION
 - 6.2 POBLACION DE REFERENCIA
 - 6.3 VARIABLES DE ESTUDIO
 - 6.4 FUENTE DE LOS DATOS
 - 6.5 RECOLECCION DE DATOS
7. RESULTADOS
8. DISCUSION
9. CONCLUSIONES
10. BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

Las demandas a los médicos crecen en proporciones alarmantes, ya que el ejercicio médico conlleva riesgos que algunas veces se materializa y produce un daño, lo cual genera inconformidad por parte del paciente y su familia, y los conduce a buscar un resarcimiento económico. **Objetivo:** Caracterizar las demandas por responsabilidad médica, tomando como referencia las solicitudes para realizar dictámenes periciales que fueron radicados en el CENDES en el periodo comprendido entre 2010 y 2014 para tratar de encontrar la tendencia que existe en nuestro país sobre demandas de responsabilidad médica. **Metodología:** 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 2010 – 2014. **Resultados:** Se encontraron 372 expedientes completos. La mayoría de los casos son llevados por la jurisdicción Contenciosa Administrativa (55.9%), seguida de la jurisdicción Civil (43.81%); el grupo de profesionales más demandados son los Médicos Generales (36.2%); en cuanto a especialidades, las áreas quirúrgicas son las más demandadas (57.5%); las instituciones de nivel II de complejidad reciben el mayor número de demandas (38.1%); la muerte es la lesión que más litigios generó (46.2%); la negligencia (89.5%) seguida de la impericia (50%) fueron las principales causales de responsabilidad; los perjuicios morales y los perjuicios materiales fueron los principales daños reclamados en el estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia últimamente ha aumentado el número de demandas por responsabilidad médica, como consecuencia de demandas por la responsabilidad médica, como consecuencia de la reforma a la salud ocurrida durante los años noventa. La Constitución Política de 1991 garantiza a los colombianos el derecho irrenunciable a la seguridad social, incluyendo el derecho a la salud como un derecho fundamental. Posteriormente, la reforma de la Ley 100 en 1993 amplía la cobertura de los servicios de salud adecuándose al ordenamiento constitucional. Si bien la Constitución Política de 1886 consagraba la salud como un servicio público, solo se eleva la salud a un derecho fundamental que puede ser exigido y demandado legalmente con la ley 1751 de 2015. El Estado se obliga a ejercer control y la vigilancia del sector salud, tanto oficial como privado, al cual ha organizado y reglamentado directamente, para garantizar un servicio eficiente, que presupone un ejercicio médico diligente y responsable.

Así, la práctica de la medicina en Colombia, al igual que en los Estados Unidos, se empieza a ejercer a la defensiva, y se hace cada vez más común que los médicos se vean obligados a contratar seguros de responsabilidad civil para desarrollar su ejercicio profesional y estar protegidos frente al riesgo de la afectación de su patrimonio (1)

Responsabilidad deriva del latín y significa la obligación de responder por nuestros actos; a su vez la responsabilidad médica será esa obligación de reparar los daños producidos por el médico en el curso de su actividad profesional.

¿Pero qué es el daño? Cuándo podemos determinar que existió daño, y que éste a su vez fue derivado de una falta médica, tal como impericia, imprudencia, negligencia o violación de reglamento? Cuáles son las principales razones por las que un paciente puede demandar a su médico?

La Ley 100 de 1993 emana de la Constitución Política con sus principios de solidaridad, igualdad, equidad, obligatoriedad, universalidad y protección integral. Tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de la población. Busca garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y la calidad de los servicios suministrados por las Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Si el servicio no es eficiente y oportuno por circunstancias imputables a entidades o personas, el Estado o los actores del sistema asumen la correspondiente responsabilidad. (2)

Cuando se instaura un tratamiento médico a un paciente, ya sea éste adecuado o inadecuado, puede tener un resultado bueno o desafortunado; cuando el resultado es malo surgen dudas sobre la práctica médica, y un paciente, o su familia, puede demandar cuando se siente insatisfecho, maltratado, mal atendido o queda con una lesión o muere. En otras palabras, debe demostrarse el daño que se alega.

En 1999, los Estados Unidos realizó una publicación llamada “Error es humano” en donde sostenían que la medicina no era tan segura como se creía y recopilaban varios estudios en donde demostraban el gran porcentaje de eventos adversos encontrados y que más de la mitad serían prevenibles; Además de llamar la atención para el número alarmante de muertes, el informe “Error es humano”, coloca en evidencia, por la primera vez, la inherencia del error humano en una actividad hasta entonces inmaculada por el principio Hipocrático de la no maleficencia, el “primum non nocere”. Al mismo tiempo, este informe, también define que los errores en la atención a la salud pueden ser evitados proyectándose sistemas que dificulten su ocurrencia y faciliten que los profesionales tomen decisiones correctas. (3)

A partir de este informe y de las impresionantes cifras que arrojaba, se despertó un gran interés internacional por la seguridad del paciente. En Colombia específicamente, solo hasta el 2007 se acogió a la estrategia mundial de seguridad en el paciente y la ubicó dentro del sistema de garantía de la calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la política nacional de prestación de servicios en salud y la ley 1122/07. Posteriormente se dio el decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual se convierte en una herramienta fundamental para el despliegue de la política de calidad de salud en Colombia y cuyas acciones se orientan a mejorar los resultados de la atención en salud centrados en el usuario; comprende el sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información para la calidad; y con la resolución 1441 de 2013 que procedimientos y condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar servicios, complementa este abanico de normas en Colombia que van en busca de la seguridad del paciente a la hora de la prestación de un servicio de salud. (4)

Merece una importante atención que el cumplimiento de estas estrategias hayan tenido unos efectos positivos en lo que a seguridad el paciente se refiere y que con frecuencia se les otorgue valor legal, pues muchas de las sentencias sobre responsabilidad médica se refiere a ellas.

En contraste con lo antes expuesto sobre las mejoras en cuanto a la seguridad del paciente, evidenciamos un incremento en los procesos relacionados con responsabilidad médica. (5)

"El error puede ser definido como el uso no intencional, de un plan incorrecto para alcanzar un objetivo, o la no ejecución satisfactoria de una acción planificada". Datos internacionales apuntan que los errores en salud afectan uno en cada diez pacientes en todo el mundo y que, "el conocimiento más importante en el campo de la seguridad de los pacientes es la forma de impedir que el daño suceda durante el tratamiento y cuidados". (6)

El evento adverso es definido como "apariciones clínicas desfavorables que resultan en muerte, riesgo de muerte, hospitalización o prolongamiento de una hospitalización preexistente, incapacidad significativa, persistente o permanente". La aparición de esos eventos adversos durante el cuidado en UCI está asociada con el prolongamiento significativo de la permanencia en el hospital y con el aumento en los gastos médicos. (6)

Actualmente hay gran relevancia en cuanto a la información dada al paciente, el consentimiento informado, el acceso a la información; el paciente ha tenido aumento de sus expectativas por el mayor acceso a la información médica, ha aumentado la complejidad de procedimientos practicados lo cual lleva a un aumento del riesgo de error o iatrogenia. El aumento en los procesos legales nos ha llevado a una medicina defensiva, a un mayor deterioro de la relación médico-paciente, y a insatisfacción en los profesionales y en los pacientes.

Las causas por las cuales se condena a los diferentes actores dentro del acto médico son diversas pero entre ellas cabe mencionar la impericia, la negligencia, la imprudencia, la violación a los reglamentos, la falta de oportunidad, falta al debido cuidado y otras que pudieran evitarse en orden a disminuir el número de demandas que solo van a congestionar el sistema judicial.

Las reclamaciones contra los médicos son una realidad y en la mayoría de las ocasiones son consecuencia de un mal resultado o de una complicación imprevisible y/o inevitable de la enfermedad, el procedimiento diagnóstico utilizado o el tratamiento, más que de una negligencia médica. El ejercicio de la medicina incide en uno de los bienes más preciados de la persona, la salud y la vida; por lo tanto, es comprensible que los pacientes o sus familiares presenten reclamaciones cuando se producen hechos que afecten negativamente a su salud, la responsabilidad de los cuales se atribuye, con razón o sin ella, al médico, por lo que considero importante analizar las demandas, teniendo como marco de referencia los dictámenes solicitados al CENDES, y así poder hacer una caracterización de estos casos y describir una tendencia en el tiempo y tener un panorama más amplio sobre los tipos de procesos instaurados, el tipo de culpa, el origen del daño, la especialidad predominante, etc., ya que no contamos con un estudio que analice de esta manera los datos que tenemos; y así los profesionales de la salud conozcan cuales son los aspectos médico-legales más importantes en una práctica médica y conocer más a fondo las causas de las reclamaciones en el ámbito médico-legal.

Una demanda implica el cambio en la vida profesional, es lesiva para el buen nombre del médico, es lesivo para el estado de ánimo, cambia la perspectiva respecto al que hacer médico, embarca al médico y al paciente en un recorrido jurídico largo y desgastante para ambas partes; todo esto aunado al aumento en el número de demandas que cada día se presentan contra los médicos, hace que debamos conocer la raíz de estas para entender cuál es la causa y tendencia de las demandas en la actualidad.

2. JUSTIFICACION

La responsabilidad médica ha pasado, en los últimos cincuenta años, de ser un tema de especulación académica a constituir una verdadera cantera profesional para abogados litigantes.

De contar con los dedos de una sola mano, los casos judiciales donde un médico en décadas (1960 y 1970) era responsabilizado civilmente a causa de errores suyos, al estado de cosas actual, donde existen miles de reclamaciones en curso contra médicos, se notan un gran cambio.

Puede decirse sin temor a equivocarse que en Colombia y otros países el de la responsabilidad médica es hoy un tema que mueve miles de millones de pesos en reclamaciones, seguros, honorarios de abogados, costos judiciales, administrativos, etc.

Pero, además, la responsabilidad médica tiene otro correlato económico, el encarecimiento de las prácticas médicas y de las prestaciones de salud ante el incremento de las reclamaciones por mala praxis.

El ejemplo de la responsabilidad médica muestra dramáticamente las desarmonías y disfuncionalidades que provoca la desnaturalización de la responsabilidad civil: La explosión de los reclamos dirigidos contra médicos ha provocado un ejercicio de la medicina a la defensiva, con los médicos tomando todas las cautelas posibles, ordenando estudios y análisis que antes no ordenaban, documentando hasta notarialmente el consentimiento del paciente, etc., lo que ha encarecido enormemente el desarrollo del arte de curar, en desmedro de los sectores menos favorecidos, que son aquellos que no pueden pagar una medicina de excelencia y de alto costo.

En nuestro medio tenemos una institución la cual nos puede generar un conocimiento muy importante sobre la causa de demandas y otras variables adicionales; esta institución es el CENDES, la cual está inscrita como auxiliar de la justicia para hacer dictámenes periciales en ciencias de la salud, desde el año 2002, es la única de este tipo en el País. Esta nos provee de gran cantidad de información que podemos aprovechar para analizar cuáles son las condiciones que pueden motivar a un paciente, o a su familia, a demandar, además de otra gran cantidad de información. En el año 2012 se presentó un estudio realizado por estudiantes de valoración del daño corporal en el cual se hizo un análisis de las demandas médicas conocidas por el CENDES en el periodo de tiempo de 2005 y 2009; en este trabajo se caracterizó la población con diferentes variables, lo cual nos arroja información muy importante que se utilizó en su momento, pero el estudio propuesto en este trabajo, consiste además de realizar una caracterización de estas demandas en un tiempo más reciente, consiste en identificar las tendencias de estas variables, lo que nos puede dar una información histórica importante y a prepararnos para un futuro cercano.

3. PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

Cuál es la tendencia de las demandas por responsabilidad medica presentadas en Colombia y radicadas en el CENDES en el periodo comprendido entre 2010 y 2014?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las demandas por responsabilidad médica, tomando como referencia las solicitudes para realizar dictámenes periciales que fueron radicados en el CENDES en el periodo comprendido entre 2010 y 2014 para tratar de encontrar la tendencia que existe en nuestro país sobre demandas de responsabilidad médica.

4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Describir la evolución de las demandas por responsabilidad médica según las características del demandante y demandado en el periodo de 2010-2014.
- Describir la tendencia de las demandas según las características del demandante y demandado por especialidad en el periodo de 2010-2014.
- Describir la tendencia de las demandas según las características del demandante y demandado por departamento de ocurrencia en el periodo 2010-2014.

5. MARCO TEORICO

5.1 ANTECEDENTES LEGALES DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA EN COLOMBIA

Al inicio de la humanidad, la responsabilidad médica no existía y el médico tenía un carácter sagrado que podía ir más allá de cualquier pena o sanción. Sin embargo, esta penalización se inició con las acciones que realizó Hammurabi, Rey de Babilonia, al penalizar a los médicos imperitos y negligentes y la Lex Aquila romana, que reguló el resarcimiento del daño causado a otro. Hoy por hoy, el médico es un profesional más que si ejerce mal su profesión puede ser acusado ante los jueces correspondientes. (7)

En la Constitución política del 1886 la salud y el ejercicio de la profesión médica fueron objeto de poca atención; la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. (8)

El primer antecedente legal de la responsabilidad médica en Colombia lo inició la ley 67 de 1935, donde se consagra que la medicina constituye una función social y que tanto el médico como los demás profesionales eran responsables civil y penalmente no solo por sus acciones si no por sus omisiones en el ejercicio médico, esta ley también limita el ejercicio de la homeopatía y establece sanciones para el ejercicio inadecuado de la profesión médica. (9)

El desarrollo de la responsabilidad médica se ha dado a través de las siguientes normas:

- Ley 42 de 1945: dispone la creación de la escuela superior de asuntos medico legales.
- Ley 9 de 1952: establece el rural y se le asignan funciones médico-legales a los médicos rurales
- Código de moral medica: aprobada en 1953 por la asociación de medicos católicos colombianos
- Ley 14 de 1962: dicta normas relativas al ejercicio de la medicina.
- Ley 9 de 1979: código sanitario nacional
- Ley 23 de 1981: código de ética médica y sus decretos reglamentarios

- Ley 73 de 1988: establece normas sobre el trasplante de órganos
- Ley 10 de 1990: que reorganiza el sistema nacional de salud
- Ley 6 de 1991: que reglamenta la anestesiología
- Resolución 8430 de 1993: formalidades para el desarrollo de investigaciones, el debido cuidado, consentimiento informado, investigación en sujetos humanos, tratamiento de animales en investigación, etc.
- Ley 100 de 1993: SGSSS
- Decreto 1022 de 2006: el cual presenta el SOGCS
- Ley 1122 de 2007: establece las políticas para prestación de servicios de salud
- Resolución 1441 de 2013: establece las condiciones de habilitación para prestadores de salud.
- Código de Procedimiento Civil

Actualmente en Colombia la responsabilidad médica es de medio y no de resultado; es decir el galeno no está en la obligación de garantizar la salud del enfermo, pero sí de brindarle todo su apoyo en procura de su mejoría. (10)

5.2 OBLIGACION DEL MEDICO

Los principios éticos del médico surgen con el inicio de la medicina racional (400 años a.C.) con el Juramento Hipocrático, el cual contiene los fundamentos del ser y del hacer del médico:

1. Favorecer, no perjudicar.
2. Voto de la total entrega a la profesión.
3. Dedicación y fidelidad al enfermo buscando hacer el bien.
4. Hacer sólo lo que se sabe hacer.
5. Conducta honesta con el enfermo, su familia y la sociedad.
6. No divulgar las condiciones del enfermo ni las intimidades de su familia.
7. Fidelidad al maestro y compromiso de transmitir los conocimientos.

Los rasgos esenciales de estas sentencias son, por una parte, la búsqueda del bien para el enfermo, lo que desde la Edad Media se ha llamado “principio de beneficencia”; por la otra, el voto, casi religioso, que obliga al médico a la absoluta dedicación al enfermo y le exige una conducta recta, casi ascética, dentro de lo que se incluye el compromiso de guardar la intimidad del enfermo y la familia. Condiciones que le otorgan cierta superioridad ante el enfermo y ante sus

conciudadanos. En consecuencia, el acto médico es claramente paternalista y benevolente, pero al enfermo se le niega la autonomía y capacidad de decisión. (11)

En 1978 en Estados Unidos, en el informe “Belmont” se consagran los tres principios que orientan a la ética médica: Autonomía, beneficencia y justicia:

- Respeto a la autonomía. Definida como la decisión deliberada para pensar, decidir y actuar en forma independiente, contiene las siguientes importantes implicaciones base de los derechos de los enfermos: el principio del consentimiento informado, el principio de la máxima capacidad técnica y el principio de la autenticidad del bien.
- Función benéfica y función no perjudicial. El acto médico obliga al médico a asumir la obligación personal y profesional de buscar el bien del enfermo. Este compromiso especial es reconocido por la sociedad y por el enfermo como parte de un contrato entre el médico y el paciente. La responsabilidad del médico es cumplir con el contrato tácitamente adquirido, para lo cual debe estar capacitado técnicamente, de lo contrario, recomendar al enfermo con el médico adecuado. Al decidir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, es necesario asegurarse, hasta donde la información y la experiencia lo permiten, de que el posible efecto secundario es mejor para el enfermo si se logra el beneficio que se pretende.
- Justicia. Este principio exige que las personas se traten mutuamente con equidad, respetando sus derechos, lo que obliga al médico a dedicar el mismo tiempo, interés y solicitud para todos sus enfermos. Igualmente, el principio de justicia requiere la distribución equitativa de los recursos disponibles. (12)

La obligación principal del médico es de medios, Voltaire sostenía que “un médico promete cuidados y no la recuperación; hace sus esfuerzos y por ello se le paga”. El deber esencial del médico es poner a disposición del paciente sus capacidades profesionales con el fin de lograr su recuperación.

Una obligación de medios, también denominada obligación general de prudencia y diligencia, exige solamente emplear la diligencia debida para intentar obtener el resultado perseguido.

Para determinar si el médico ha incumplido su obligación y actuado negligentemente será necesario que el paciente acredite que el comportamiento

efectivo del médico se alejó no de la conducta de un “buen padre de familia” cualquiera, sino de aquella que podía esperarse de un profesional competente y diligente.

Existen ciertas obligaciones que por su misma naturaleza exigen un juicio de valor para apreciar su cumplimiento o incumplimiento, como es el caso precisamente del acto médico, pues al fundarse la profesión médica en una ciencia aproximativa, interviniendo un elemento aleatorio en su ejecución, no es suficiente para dar lugar a la responsabilidad que se acredite que no se sanó al enfermo.

La obligación de medios del médico le exige actuar no como cualquier hombre prudente, sino prestar sus servicios conforme a la *lex artis*, esto es, de acuerdo a los conocimientos adquiridos por la ciencia médica, con el objeto de prevenir, diagnosticar o sanar adecuadamente al paciente. Evidentemente, se trata de prestar al paciente los cuidados según los conocimientos adquiridos por la ciencia médica a la fecha del tratamiento y no a la fecha en que el juez resuelve. El comportamiento culpable involucra una elección en plena libertad del agente: éste decidió adoptar una conducta que no hubiese tenido un buen profesional colocado en su situación, en vez de seguir otro comportamiento posible más seguro. Por el contrario, el error es una inadvertencia, una falta de atención, una reacción desgraciada que no implica ninguna elección y que pudo haber cometido cualquier buen profesional. El acto culpable es aquello que no habría hecho el buen padre de familia, el hombre diligente o razonable, pero éstos no pueden evitar cometer traspiés, estadísticamente ineludibles. Por esto, no se justifica condenar en responsabilidad a un médico por la lesión accidental de un nervio o el corte de una arteria durante una intervención, si se considera que en un porcentaje elevado de operaciones aquello se produce inevitablemente. (13)

5.3 RESPONSABILIDAD MÉDICA

Las demandas por responsabilidad médica son una situación actual, compleja y costosa, que concierne a los profesionales e instituciones de salud, a los pacientes y a sus allegados, a los legisladores, las autoridades judiciales y los administradores de recursos, entre otros. Son la punta del iceberg del problema central de la atención de la salud y las enfermedades: la seguridad del paciente. Dicha seguridad se refiere a las normas, las prácticas y los sistemas relacionados con la prevención de lesiones médicas. Generalmente, las políticas para abordar la responsabilidad médica se han centrado en la limitación de las sentencias por los daños ocasionados y en las reformas de los seguros, sin atender de manera efectiva el trasfondo de ello: la prevención de los errores médicos y de la mala práctica. (14)

El diccionario de la Real Academia Española da como primera acepción del término responsabilidad, la de deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de un delito, de una culpa de otra causa legal; con lo cual surge la responsabilidad profesional del médico, que es la obligación de responder por los daños ocasionados en este ejercicio; pero también el médico al graduarse hace un juramento que es su compromiso moral, y asume, por tanto, una responsabilidad moral no menos importante.

La Responsabilidad Medica Profesional tiene una gran relación con los procedimientos médico legales, definidos como las reglas y formas de conducta de la actuación del médico pautadas por leyes, reglamentos o costumbres. Precisamente estos son los que constituyen su base legal y moral así:

- **Responsabilidad Moral:** Está enmarcada en lo fundamental en los principios de la Ética Médica. Pudiendo decir de manera resumida, que la mayor responsabilidad moral de todo médico es conocer, cumplir y hacer cumplir los principios de la Ética Médica en relación con el paciente y sus familiares, con el resto del equipo de salud y demás trabajadores, con sus educandos y como parte de la sociedad.
- **Responsabilidad legal:** Podemos dividirla en civil y penal con fines prácticos:
 - **Responsabilidad civil:** En lo fundamental está contenida en el Código Civil. Consiste en asumir las consecuencias patrimoniales por haber causado un daño a otra persona o a su patrimonio. la responsabilidad médica está marcada por la búsqueda de una indemnización en dinero. Sus consecuencias son indemnizatorias y los daños o perjuicios poder ser patrimoniales o extra patrimoniales.
Los elementos que constituyen la responsabilidad civil son: Hecho – culpa – nexo causal – daño (antijuridicidad – imputabilidad – Culpabilidad)
Puede reclamarse por la manifestación civil de la jurisdicción ante los jueces civiles ya sean municipales o de circuito o ante la manifestación penal de la jurisdicción.
También puede reclamarse como una responsabilidad patrimonial del estado cuando los daños son ocasionados por funcionarios públicos en ejercicio de sus funciones ante la jurisdicción contencioso administrativo.

- **Responsabilidad laboral:** esta es determinada por la legislación vigente para cada país y situación.
- **Responsabilidad penal:** Está contemplada fundamentalmente por el Código Penal. Se describe como conducta típica, anti jurídica y culpable.
Conllevan un proceso que permita exigir el debido proceso, que se divide en la etapa de las diligencias previas, en la de la instrucción (fiscal) y en la del juzgamiento (Juez).
La responsabilidad penal busca sancionar con una pena privativa de libertad al médico que se ha apartado de su *lex artis* en la ejecución del acto médico. Sin embargo, es inusual que un médico sea privado de libertad por una sentencia condenatoria. En el peor de los casos han accedido a una forma alternativa del cumplimiento de la pena o beneficios carcelarios, pues suelen beneficiarse de atenuantes como la irreprochable conducta anterior.
Para que una conducta sea calificada como delito debe: conducta típica (descrita en el código penal como delito) antijurídica (que no haya sido autorizada por el ordenamiento penal como anti defensa y que esté en contra) y culpable (q se atribuye al sujeto como dolo (intención) culpa (no tener intención pero lo causa por negligencia imprudencia o impericia) preterintención (cuando quiere un resultado específico pero se va mas allá)). (15)
- **Responsabilidad Contenciosa administrativa:** es una responsabilidad que genera una serie de efectos en los sujetos que están dentro de la relación contractual, de forma directa o indirecta. es aquella a la que están sujetos los servidores, funcionarios o empleados públicos por la infracción de las disposiciones administrativas referentes al ejercicio de su actividad, en relación con el servicio que les está encomendado.

La medicina es una de las actividades profesionales más expuestas en la actualidad al riesgo de acciones de indemnización de perjuicios. Existen algunos problemas típicos que enfrenta esta responsabilidad en la actualidad, que ayuda al aumento de la tendencia de demandas medico legales:

- *Avances de la medicina:* la medicina evolucionó enormemente en las últimas décadas: la creación de nuevas técnicas de diagnóstico, de prevención y de tratamiento, y la invención de medicamentos, han sofisticado una ciencia que hasta el siglo XIX sostenía que la aplicación de sanguijuelas era recomendable para controlar la presión. Más aún, en las

últimas décadas la medicina no sólo se ha encargado de prevenir o de tratar a enfermos, sino que también se ha esforzado por corregir algunas características naturales del sujeto mediante, por ejemplo, la procreación asistida o la cirugía estética. La elevada complejidad de estas técnicas, muchas de las cuales han abandonado sólo recientemente una fase experimental, las reviste de una extrema agresividad y peligrosidad.³ Así, esta evolución de la medicina ha provocado una explosión del número de situaciones en que se pueden cometer torpezas que generen daños a pacientes.

Esta misma sofisticación técnica de los actos médicos explica que sea muy difícil precisar las causas del fracaso de un tratamiento y, por ello, distinguir adecuadamente entre los efectos de la desventura y de la torpeza. Un leve descuido en el manejo de un instrumento médico, inofensivo en la intervención de un paciente cualquiera, puede causar efectos funestos en otro con ciertas predisposiciones; una complicación postoperatoria puede ser una evolución natural del estado del paciente o, por el contrario, ser la consecuencia de una infección contraída en la hospitalización, etc. A ello se agrega que estadísticamente los actos médicos tienen un margen de error que, en el estado actual de la ciencia médica, parecen inevitables.⁵ Frente a estas incertidumbres, la víctima (o sus deudos) buscan consuelo en una acción que obligue a un tribunal a hacer luz sobre esta situación, a descubrir las verdaderas causas del fracaso del acto médico.

Los avances en la medicina obliga a la sub especialización, y a la aparición de nuevas especializaciones, y un desarrollo científico-técnico que abre nuevas y espectaculares posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento lo cual, junto con el propio desarrollo social, económico y cultural de las sociedades avanzadas, lleva al paciente a ser sometido a la atención por múltiples profesionales, perdiendo su identidad, y volviéndose cada vez más exigente y pasan de ser meros receptores de servicios a coparticipar como definidores y, más importante aún, como evaluadores.

- *Deterioro de la relación médico paciente:* la misma complejidad del acto médico exige la intervención de múltiples especialistas, lo que ha tenido por consecuencia una despersonalización de la relación entre el médico y el paciente. Estimulado por el natural aumento de la población, esta actividad profesional se distancia de la antigua relación de confianza con el médico de cabecera. El creciente acceso a la información acerca de su estado conduce a las víctimas a no vacilar en accionar contra los médicos, produciéndose una especie de *emancipación cívica del paciente*.
- *Otras posibles causas de este fenómeno.* Por último, otras causas, más generales, explican también este crecimiento de los casos de

responsabilidad médica: el aumento general del espíritu litigioso; la menor tolerancia frente a los riesgos de la vida entre los ciudadanos; o incluso, la codicia de los abogados que plantean reclamaciones cada vez más absurdas.

Otro factor importante en el aumento en las demandas y condenas médicas, son los medios de comunicación, estos no sólo sirven de caja de resonancia en casos de mala práctica que afectan a los profesionales, sino que también se han convertido en divulgadores de un conocimiento más o menos científico que permite a los clientes cuestionar las decisiones profesionales o al menos a esperar argumentos y no sólo prescripciones, además de inducir a los pacientes a demandar a los profesionales médicos. Existe una divulgación por los medios de comunicación de los problemas médicos y sus soluciones con carácter triunfalista, que hacen suponer al enfermo que la curación es un derecho.

- *Algunos efectos económicos.* En términos económicos, una excesiva proliferación de juicios en materia de responsabilidad médica puede desincentivar algunas especialidades, disminuyéndolas por bajo el nivel óptimo social (como ha ocurrido en algunos países con los anestesistas y obstetras); generar un aumento del costo de los servicios (los médicos se ven forzados a adoptar medidas de precaución excesivas, tal como la prescripción de exámenes prescindibles). (16)

La culpa y el error médico. Un médico debe responder cuando su conducta se califica de culpable. La culpa constituye un elemento esencial para que un médico quede obligado a indemnizar al paciente. Por eso es usual señalar que los médicos tienen "obligaciones de medios" y no de "resultados", ya que comprometen hacer todo lo posible por lograr una curación, pero no aseguran un resultado específico.

El médico puede ser culpable, de una parte, por incumplimiento de la obligación de informar, lo que implica la realización de un acto médico sin un consentimiento informado del paciente y, por otra, puede ocurrir que el acto terapéutico no sea realizado de una manera correcta.

Una cuestión diversa ocurre con la culpa en el acto médico. El médico se encuentra obligado a entregar al paciente o enfermo, una prestación concienzuda,

atenta y conforme a los conocimientos de la ciencia. Se le exige un comportamiento acorde a los conocimientos actuales de la ciencia.

Para fijar el modelo de conducta apropiada para cada situación específica, los jueces y los abogados recurren a los peritajes a fin de determinar la denominada *lex artis*, por la cual se rigen los profesionales. Debe configurarse una culpa técnica; es decir, a través de una comparación entre lo que se debió haber hecho y aquello en lo que existe una discordancia en ambos comportamientos. El médico no actuó como debió hacerlo. Si el médico se comporta en conformidad al estándar de conducta que se le exige no habrá culpa. Para identificar la culpa debe analizarse la conducta del médico en el diagnóstico, el tratamiento, la aplicación del tratamiento y la vigilancia del paciente.

La culpa en el diagnóstico es una situación de excepción, siendo sólo posible cuando se trata de un diagnóstico usual, cuya equivocación revela una negligencia severa. El tratamiento y su aplicación pueden dar lugar a una culpa médica cuando existe un defecto técnico en su ejecución conforme a un estándar de un médico normal. Aquí la culpa asume distintas manifestaciones. Puede concurrir la culpa por ignorancia. El médico no conoce la técnica apropiada. Puede verificarse la culpa por negligencia u omisión, es decir el médico no actúa en la forma que debió actuar. También hay culpa cuando el médico actúa de manera imprudente. Esta forma de culpa consiste en un actuar apartado del estándar exigible o, una culpa por acción. Aquí existe un exceso en el actuar que resulta reprochable. Por último, la culpa puede ser infraccional cuando el médico incumple un deber previsto en la ley. Por ejemplo por infracción al reglamento de hospitales y clínicas privadas.

Para demostrar que una persona es responsable es necesario encuadrar su conducta dentro de su esfera de competencia segura, o fuera de ella siempre que se trate de una decisión tomada libremente.

Qué daños se indemnizan: El daño es un elemento esencial de la responsabilidad civil en general. Sin daño no hay nada que indemnizar. Los daños por negligencias médicas no se diferencian de hipótesis generales de responsabilidad civil. El daño es uno de los elementos necesarios para que surja la obligación de reparar. Tradicionalmente, los daños se han dividido en dos categorías: daños materiales y daños inmateriales.

En los primeros se distingue el daño emergente representativo en la suma de dinero que salen del patrimonio de la víctima para resolver las consecuencias del daño: costo de la intervención, traslados, insumos, etc. Y, además, el médico puede quedar expuesto a indemnizar el lucro cesante que corresponde a los ingresos no percibidos por la víctima en razón de la negligencia. Así, por ejemplo, remuneraciones o parte de éstas al no haber trabajado la víctima por un período de tiempo.

En cuanto al daño moral, sin duda este rubro de indemnización ha adquirido una presencia exorbitante en los tribunales de justicia; se puede dividir en subjetivos: dolor angustia congoja que genera la persona como consecuencia del daño, no hay forma de tasarlo objetivamente. Objetivados: ese ingreso que dejaba de entrar como consecuencia de un dolor angustia o sentimiento que no le dejaba trabajar. El daño moral consiste en el dolor, pesar o angustia de la víctima. Ahora, el drama del daño moral es la forma de cuantificación. Los jueces han estimado que son libres para determinar de manera discrecional el monto de su indemnización. El daño de la vida de relación, consiste en un tipo de daño inmaterial o extra patrimonial, de desarrollo jurisprudencial, que consiste en la pérdida de la posibilidad de realizar actividades vitales, aunque estas no produzcan rendimientos patrimoniales. Este perjuicio no se refiere a la lesión en sí misma, sino a los efectos que ella produce a la vida de quien la sufre. Se refiere tanto a la imposibilidad de gozar de los placeres de la vida, como de las simples actividades rutinarias que ya no pueden realizarse. Por lo anterior, este perjuicio se refleja en la vida exterior o social del individuo.

La pérdida de la oportunidad, es la frustración de una expectativa de obtener una ganancia o de evitar una pérdida, es un perjuicio que se encuentra entre el daño cierto y el daño eventual. La hipótesis es de una víctima que tenía oportunidades de obtener un bien aleatorio que estaba en juego (recobrar la salud) y el agente, al cometer el hecho ilícito, destruyó ese potencial de oportunidades. (17) (18)

Desde el año 2010 y gracias a una marcada influencia italiana y francesa, el Consejo de Estado ha adoptado una nueva concepción del daño conocida como 'daño a la salud' diferente al daño moral. El aspecto fundamental consiste en la independencia que a partir de ese momento se le otorga al perjuicio fisiológico o daño a la salud, anteriormente incluido por vía jurisprudencial, en el daño la vida de relación o alteración grave de las condiciones de existencia. Así las cosas, el daño a la salud permite estructurar un criterio de resarcimiento fundamentado en bases de igualdad y objetividad, de tal forma que se satisfaga la máxima "a igual daño, igual indemnización". (19)

[El] daño a la salud denominado por la doctrina y jurisprudencia francesa como daño corporal o fisiológico, y en Italia biológico, fue imbricado con el concepto de perjuicio de agrado y con la alteración a las condiciones de existencia, daños autónomos que han sido reconocidos por la jurisprudencia del Consejo de Estado Francés, lo que desencadenó que un perjuicio de constatación y valuación objetiva como lo es aquél, fuera revestido por una condición indefinida o englobada en la que se puede dar cabida a cualquier tipo de afectación, al margen de que se refleje en el ámbito externo o interno del sujeto, y sea liquidable en términos objetivos o subjetivos.” (20)

6. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

En esta investigación se revisaron todos los expedientes contenidos en el Centro de Estudios en Derecho y Salud CENDES de la universidad CES, en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2010 y 2014 que contuvieran las variables de estudio para lograr una caracterización completa de las demandas por responsabilidad médica.

6.1 POBLACION DE REFERENCIA

Se tomaron todos los expedientes contenidos en el CENDE de solicitud de peritazgo por sospecha de responsabilidad médica entre el 2010 – 2014 que contuvieran todas las variables de estudio.

6.2 VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN O CATEGORIA	OBJETIVO
Año de presentación de la demanda		Cuantitativa Razón Continua	Número entero	1, 2, 3.
Año de recepción de la demanda		Cuantitativa Razón Continua	Número entero	1, 2, 3.
Departamento	División político administrativa	Cualitativa Nominal	32 Departamentos	3

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN O CATEGORIA	OBJETIVO
	colombiana	Politómica		
Jurisdicción	Poder o facultad del Órgano encargado de la administración de justicia	Cualitativa Nominal Politómica	1. Civil 2. Penal 3. Ética medica 4. Contencioso administrativo	1
Perjuicios morales	Vulneración de los sentimientos íntimos de una persona	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Lucro cesante	Privación de un aumento en el patrimonio originada en los hechos dañosos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Daño emergente	Suma de dinero que salen del patrimonio de la víctima para resolver las consecuencias del daño	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Alteración de la vida de relación	Pérdida de la posibilidad de realizar actividades vitales, aunque estas no produzcan rendimientos patrimoniales	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Perdida de la oportunidad	Frustración de una expectativa de obtener una ganancia o de evitar una pérdida	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Variables asociadas a las condiciones del demandante				
Edad	En años cumplidos	Cuantitativa Razón Continua	Número entero	1, 2, 3.
Sexo	Sexo biológico	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Hombre 2. Mujer	1, 2, 3.

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN O CATEGORIA	OBJETIVO
Muerte		Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Perturbación funcional	Disminución o desmejora importante de la función de un órgano o miembro	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Secuelas neurológicas	Daño neurológico que conlleva al mal funcionamiento de un órgano o sistema.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Secuelas estéticas	Daño que produce un cambio negativo en la apariencia física	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Secuela mental	Daño que desencadena una lesión psicológica.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Tipo de aseguramiento	Según ley 100 de 1993	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Régimen contributivo 2.Regimén subsidiado 3. Particular	1, 2, 3.
Variables asociadas a las condiciones del demandado				
Especialidad	Especialidad del profesional demandado	Cualitativa Nominal Politómica	Medicina General Gineco-Obstetricia Cirugía General Ortopedia Cirugía Plástica Medicina Interna Neurocirugía Anestesiología Pediatria Oftalmología Urología Radiología Neurología Psiquiatria Otorrinolaringología	2

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN O CATEGORIA	OBJETIVO
			Enfermería Patología Oncología Odontología Cirugía cardiovascular	
Nivel de complejidad	Clasificación de la IPS según la complejidad de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza (Res 5261 de 1994)	Cualitativa Nominal Politómica	1. Primer nivel de atención 2. Segundo nivel de atención 3. Tercer Nivel de atención 4. Cuarto nivel de atención	1, 2, 3.
Servicio	Área específica de la IPS donde se realizó la atención	Cualitativa Nominal Politómica	1. Urgencias 2. Cirugía 3. Consulta Externa 4. Hospitalización 5. Ayudas Diagnósticas 6. Unidad de Cuidados intensivos	1, 2, 3.
Negligencia inoportunidad	Incumplimiento de los principios del arte o profesión	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Impericia	Falta de habilidades o conocimientos básicos que debe tener un profesional	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.
Imprudencia	Afrontar riesgos sin haber tomado las debidas precauciones, es ir o llegar más allá de donde se debe.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2.No	1, 2, 3.

6.3 FUENTE DE LOS DATOS

La fuente de los datos fueron los expedientes por demandas de responsabilidad médica recibidos entre el 2010 y 2014 en el CENDES de la Universidad CES:

6.4 RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó un formulario diseñado en Excel, donde se registraron todas las variables descritas, obtenidas de los expedientes del archivo físico y digital del CENDES.

7. RESULTADOS

Se encontraron 964 archivos con solicitudes de dictámenes periciales durante el periodo de estudio, los cuales comprenden demandas ya instauradas y solicitudes de conceptos médicos, pero solo 372 eran solicitudes de dictámenes en demandas ya establecidas, por posible caso de responsabilidad médica y cumplían con los criterios de inclusión; lo que significa que un 38.5% de las solicitudes de dictámenes periciales realizadas al CENDES, corresponden a casos llevados contra el que hacer médico, ya sea por negligencia, impericia o imprudencia.

Año de presentación para solicitud de dictamen pericial al Cendes: El Centro de Estudios en Derecho y Salud -Cendes- de la Facultad de Derecho, es el único que -en Colombia- en Universidad Privada, está inscrito como auxiliar de la justicia para hacer dictámenes periciales en ciencias de la salud.

Las solicitudes que con más frecuencia llegan, por parte de las autoridades judiciales, son: Daño Corporal y Mental, Pérdida de la Capacidad Laboral e Invalidez, y también recibe peticiones de diferentes abogados litigantes y fiscales para la rendición de peritaciones en cualquiera de las ramas de las ciencias de la salud.

Estos conceptos periciales hacen referencia a los estados de salud como consecuencia de lesiones por causa externa o por supuestas actuaciones u omisiones en la atención de pacientes, así como de las consecuencias de la

afectación de la salud mental, tanto de la víctima como de sus dolientes, que están involucrados como partes dentro de un proceso jurisdiccional. (21)

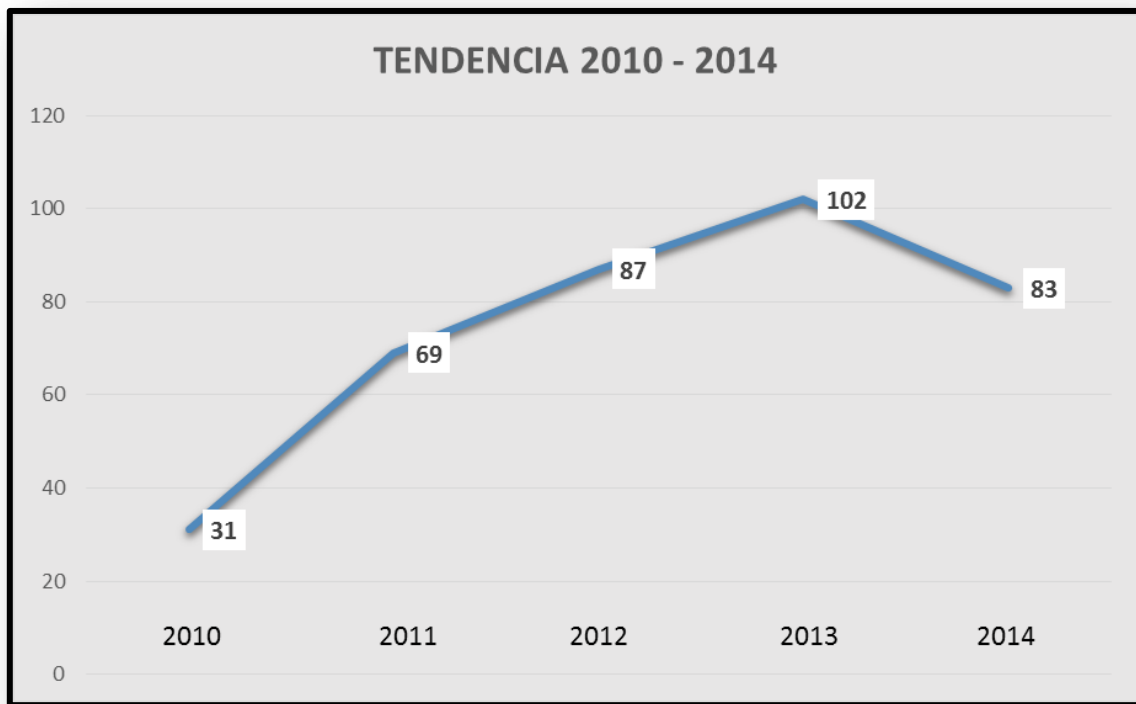
Para demostrar todo lo anteriormente descrito y el buen nombre y acreditación que ha logrado el CENDES, vemos el aumento de solicitudes que ha tenido, para rendir conceptos y dictámenes periciales.

Por un trabajo realizado anteriormente, se evidencia que en un periodo de 2005 a 2009 se realizaron 427 solicitudes al CENDES (19); en el trabajo actual, se encontraron 964 solicitudes de conceptos al CENDES, evidenciando que al pasar de los años se han aumentado; esto es, encontramos que en 2010 se realizaron 127 solicitudes, en 2011 160 solicitudes, en 2012 201 solicitudes y en 2013 y 2014 con 238 y 237 respectivamente.

En cuanto a las demandas directamente instauradas por presunta responsabilidad médica, igualmente encontramos un aumento como lo expone la Tabla 1 y la Gráfica 1. Donde podemos ver que la tendencia que existe en este momento en Antioquia, es el aumento a las demandas por responsabilidad médica; esta tendencia refleja la que está pasando en este momento en Colombia y en los demás países que son referentes para nosotros en este ámbito de las demandas por falla médica.

AÑO DE PRESENTACION	FRECUENCIA
2010	31
2011	69
2012	87
2013	102
2014	83
TOTAL	372

(Tabla 1: Año de presentación)



(Grafica 1: Tendencia en la presentación de las demandas por Responsabilidad Médica)

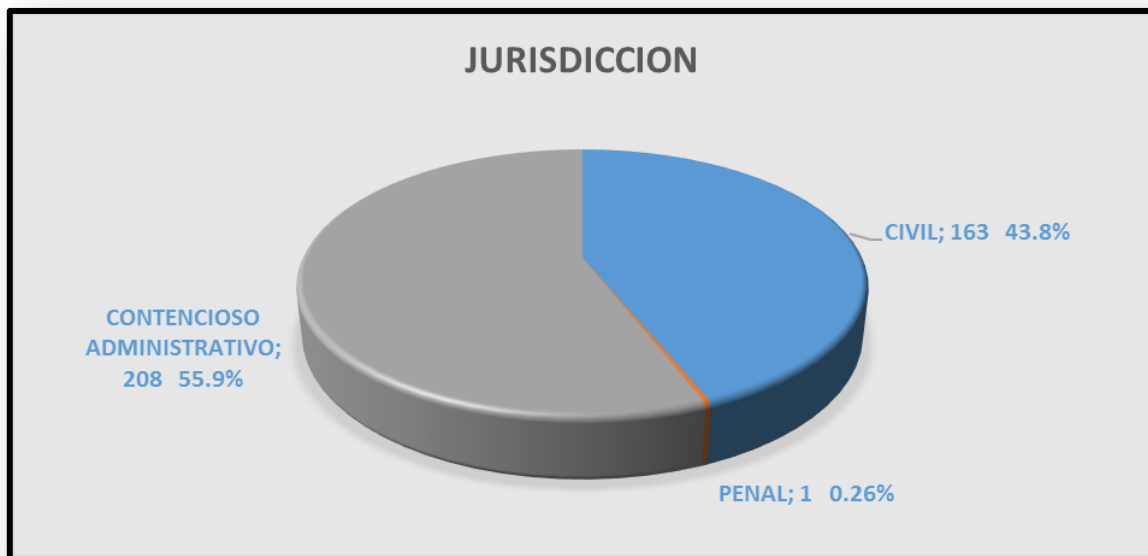
Departamento: En este estudio se evidencia que el departamento de donde más envían solicitudes de dictámenes al CENDES es Antioquia con 347 casos, seguido por Córdoba con 16

DEPARTAMENTO	FRECUENCIA
Antioquia	347
Córdoba	16
Caldas	2
Chocó	2
Risaralda	1
Quindío	1
Norte de Santander	1
Santander	1
Tolima	1

Jurisdicción: En el presente estudio se encuentra que la jurisdicción Contenciosa Administrativa es el que más casos de demandas médicas lleva, con el 55.9% de todos los casos; le sigue la jurisdicción Civil con el 43.8% y por último la penal con solo un caso que corresponde al 0.26%.

JURISDICCION	FRECUENCIA
CIVIL	163
2010	10
2011	36
2012	41
2013	44
2014	32
PENAL	1
2013	1
CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO	208
2010	21
2011	33
2012	46
2013	57
2014	51
Total general	372

(Tabla 2. Jurisdicción)



(Figura 2. Jurisdicción)

Aseguramiento: en el presente estudio se encontró que el tipo de seguridad social que predomina entre los demandantes es el Contributivo con un 56% del total.

ASEGURAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONTRIBUTIVO	208	56.0%
SUBSIDIADO	142	38.0%
PARTICULAR	22	6.0%
TOTAL DE CASOS	372	

(Tabla 3: Aseguramiento)

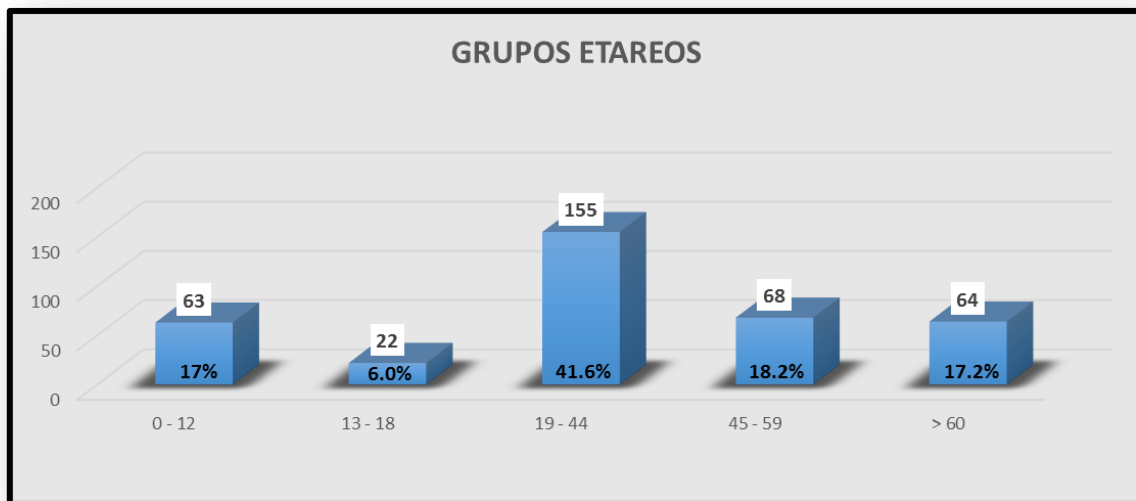


(Figura 3: Aseguramiento)

Edad: Encontramos que el rango de edad de las víctimas que más resultan afectadas o que más demandas instauran, está en la población adulta entre 19 y 44 años y laboralmente activa, lo que correspondería con el tipo de aseguramiento prevalente que sería el contributivo. El grupo etáreo menos involucrado fue el de los adolescentes que corresponde a 22 casos con un 6%.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 – 12	63	17%
13 – 18	22	6.00%
19 – 44	155	41.60%
45 – 59	68	18.20%
> 60	64	17.20%
TOTAL	372	100%

(Tabla 4: Edad)

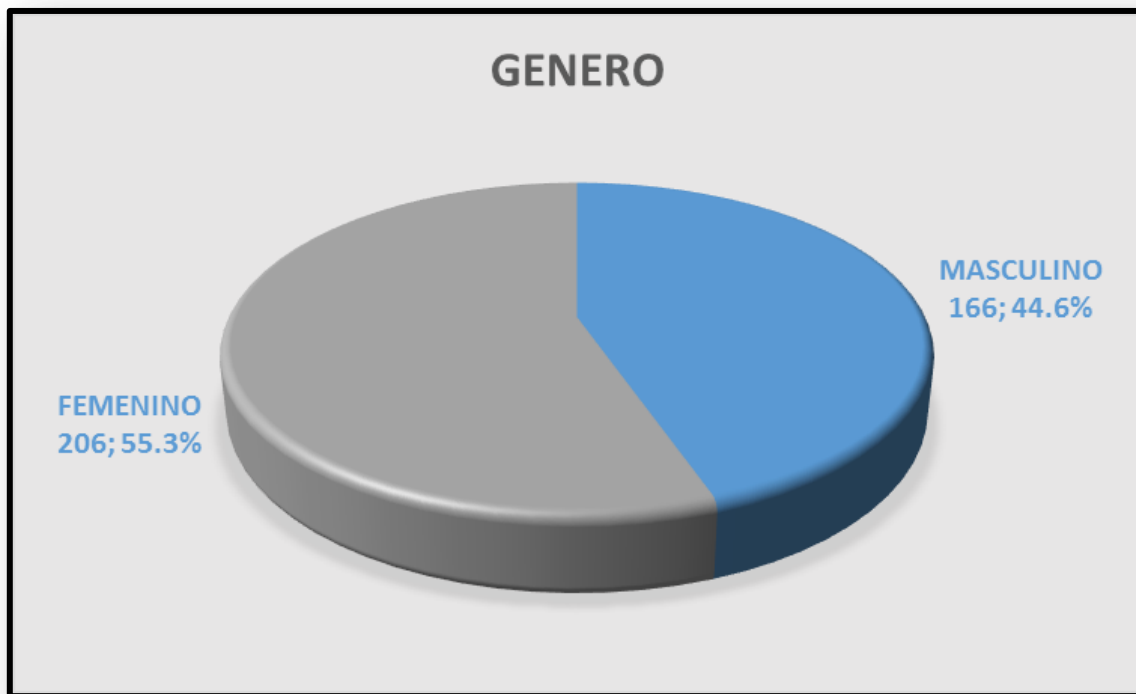


(Figura 4: Edad)

Género: Se encontró una ligera mayor participación de las mujeres con 206 casos del total, lo que corresponde a un 55.3% del total.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	166	44.6%
FEMENINO	206	55.30%
TOTAL	372	100%

(Tabla 5: Género)

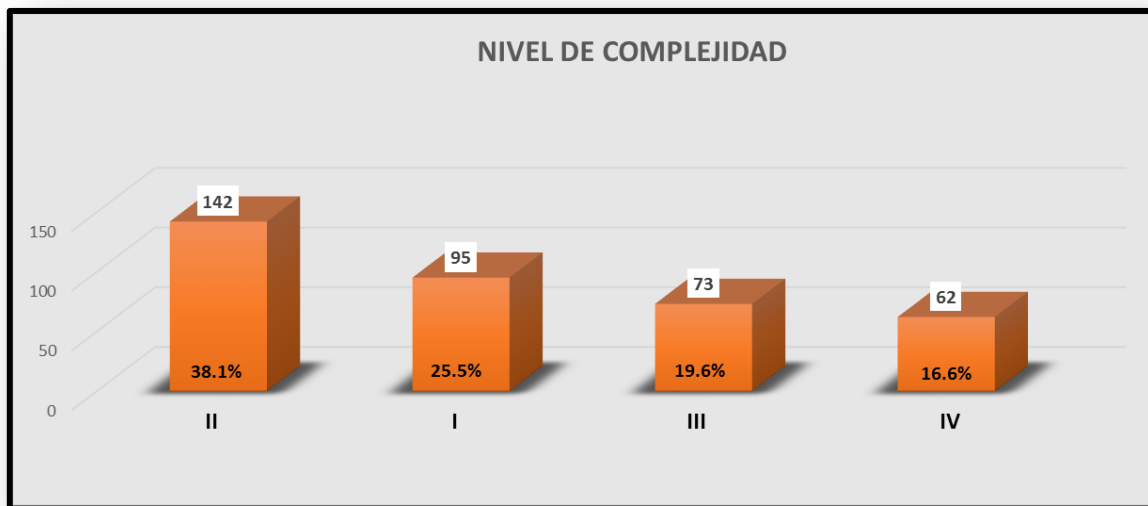


(Figura 5: Género)

Nivel de complejidad: Se encuentra que el nivel de complejidad que más se encuentra comprometido es el nivel II de atención, con 142 casos que corresponde al 38.1% del total de los casos, seguido del nivel I de atención con 95 casos que corresponde al 25.5%.

NIVEL DE COMPLEJIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	95	25.50%
II	142	38.10%
III	73	19.60%
IV	62	16.60%
TOTAL	372	100%

(Tabla 6: Nivel de Complejidad)



(Figura 6: Nivel de Complejidad)

Especialidad: El profesional más demandado fue el médico general con 135 casos lo que corresponde al 36.2% del total, seguido de gineco-obstetricia con el 16%, cirugía general con el 12.6% y ortopedia con el 8.8% de los casos.

Las especialidades quirúrgicas son las más demandadas con un 57.5%, médico general con 44.3% y las especialidades clínicas con un 11.5%.

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medicina General	135	36.20%
Gineco-Obstetricia	60	16.0%
Cirugía General	47	12.6%
Ortopedia	33	8.8%
Cirugía Plástica	20	5.3%
Medicina Interna	18	4.8%
Neurocirugía	14	3.7%
Anestesiología	10	2.6%
Pediatría	10	2.6%
Oftalmología	9	2.4%
Urología	9	2.4%
Radiología	7	1.8%
Neurología	4	1.0%

Psiquiatría	4	1.0%
Otorrinolaringología	3	0.8%
Enfermería	3	0.8%
Patología	2	0.5%
Oncología	2	0.5%
Odontología	1	0.2%
Cirugía cardiovascular	1	0.2%

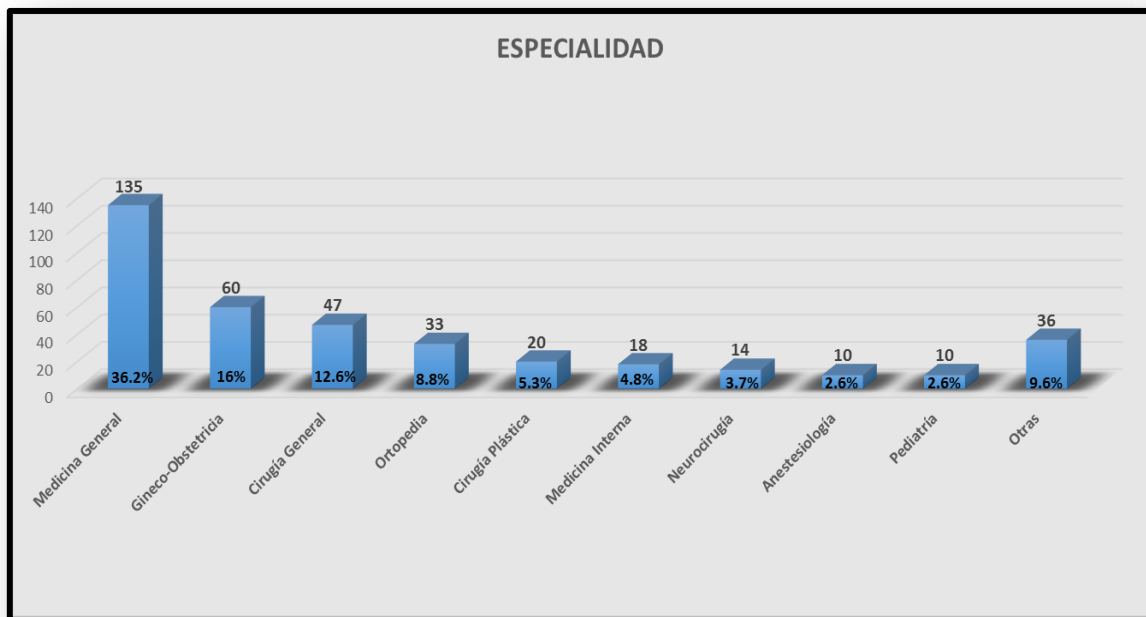
(Tabla 7: Especialidad)

TIPO DE ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA GENERAL	135	44.30%
ESP. QUIRURGICAS	214	57.50%
ESP. CLINICAS	43	11.50%
TOTAL	372	

(Tabla 8: Tipo de Especialidad)



(Figura 7: Categoría de la Especialidad)



(Figura 8: Especialidad)

Se evidencia que la tendencia de demandas a médicos generales, aunque es la más elevada, no mantiene una frecuencia constante, pero siempre se encuentra más elevada que las demás.

Aunque en el 2014 se encuentra una pequeña disminución en la frecuencia de las demandas, se evidencia que estas se mantienen constantes en el tiempo con tendencia al aumento.

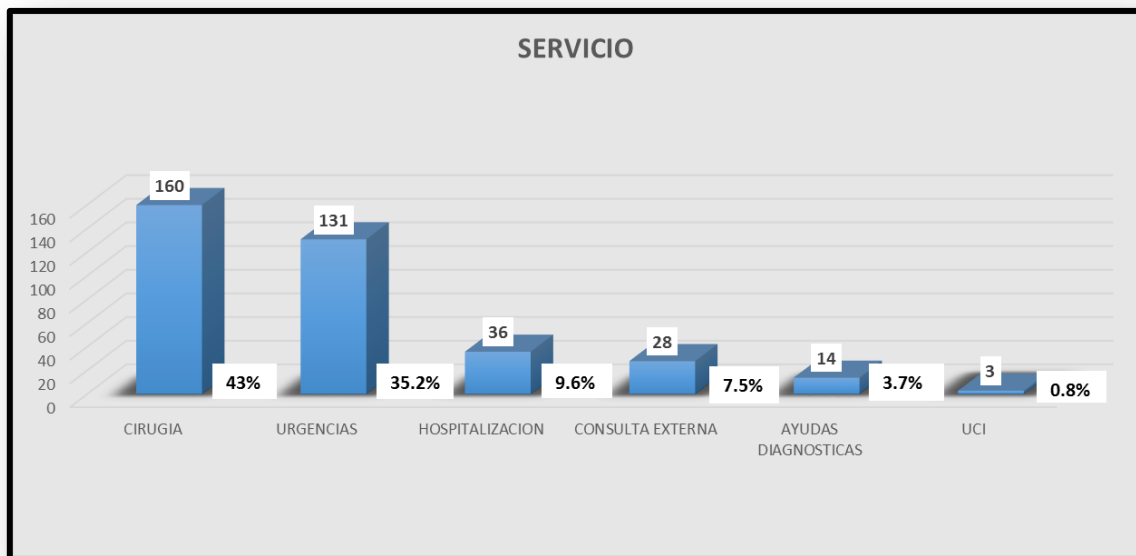


(Figura 9: Tendencia según especialidad)

Servicio: El servicio más demandado es cirugía con 160 casos que corresponde a un 43% del total lo que se correlaciona a las especialidades más demandadas que son Gineco-obstetricia, Cirugía general, Ortopedia y Cirugía plástica; seguido por el servicio de urgencias con 131 casos y 35.2%.

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CIRUGIA	160	43%
URGENCIAS	131	35.20%
HOSPITALIZACION	36	9.60%
CONSULTA EXTERNA	28	7.50%
AYUDAS DIAGNOSTICAS	14	3.70%
UCI	3	0.80%
TOTAL	372	100%

(Tabla 9: Servicio)

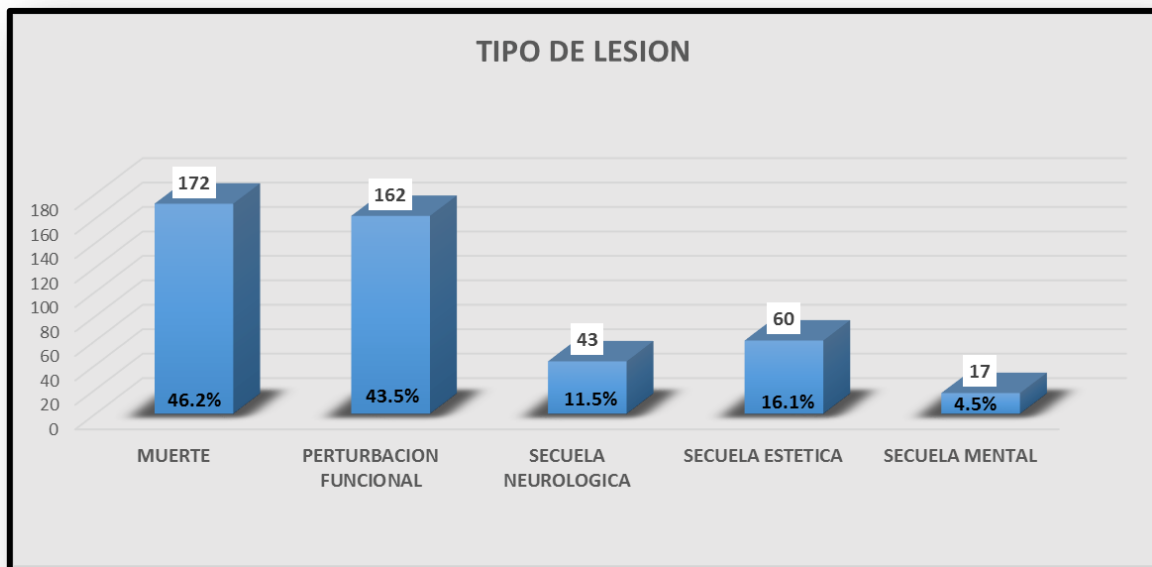


(Figura 10: Servicio)

Tipo de lesión: En cuanto al tipo de lesión, se encontró que la muerte es el evento que más genera demandas; se encontraron 172 casos con un 46.2%, seguido por perturbación funcional con 162 casos y 43.5%.

TIPO DE LESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUERTE	172	46.2%
PERTURBACION FUNCIONAL	162	43.5%
SECUELA NEUROLOGICA	43	11.5%
SECUELA ESTETICA	60	16.1%
SECUELA MENTAL	17	4.5%
TOTAL DE CASOS	372	

(Tabla 10: Tipo de lesión)

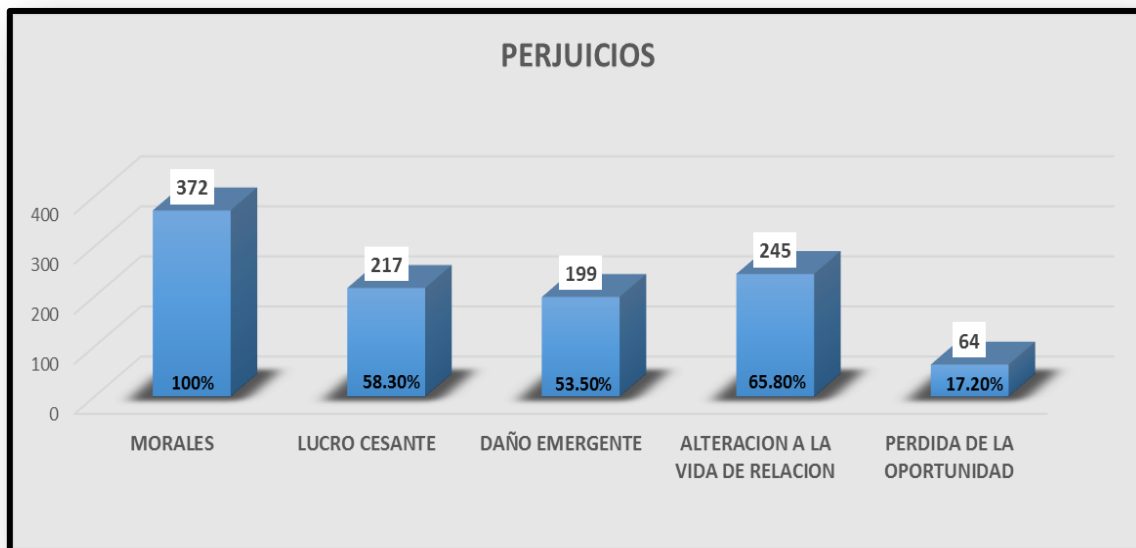


(Figura 11: Tipo de lesión)

Perjuicios: en el 100% de los casos se demandaron daños morales, seguido por daño a la vida de relación con 245 casos y 65.8% y lucro cesante con 217 casos y 58.3%.

PERJUICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MORALES	372	100%
LUCRO CESANTE	217	58.30%
DAÑO EMERGENTE	199	53.50%
ALTERACION A LA VIDA DE RELACION	245	65.80%
PERDIDA DE LA OPORTUNIDAD	64	17.20%
TOTAL DE CASOS	372	

(Tabla 11: Perjuicios)

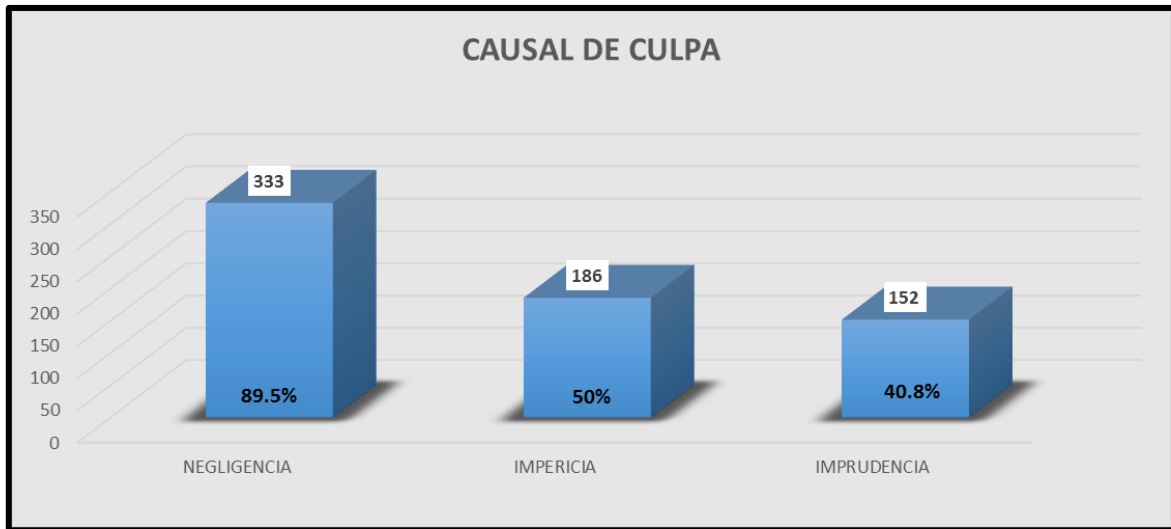


(Figura 12: Perjuicios)

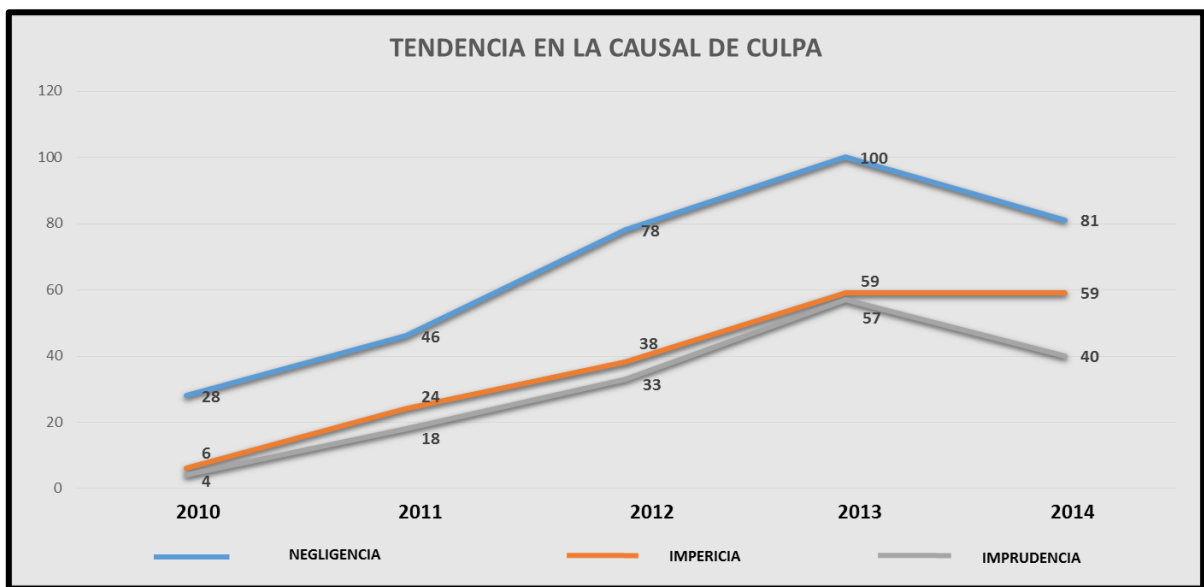
Causal de culpa: La negligencia fue la causal más demandada con 333 casos que corresponde a 89.5%, seguida por impericia en 186 casos que corresponde a 50% y por último imprudencia con 152 casos y 40.8%.

CAUSAL DE CULPPA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEGLIGENCIA	333	89.50%
IMPERICIA	186	50.00%
IMPRUDENCIA	152	40.80%
TOTAL	372	

(Tabla 12: Causal de Culpa)



(Figura 13: Causal de Culpa)



(Figura 14: Tendencia de la causal de Culpa)

8. DISCUSIÓN

Las demandas por responsabilidad médica son una realidad y un problema mundial cuya tendencia es al aumento constante y sostenido y continúa ganando

vigencia en Antioquia y el resto del país. Todos los profesionales e instituciones del área de la salud están en riesgo de ser demandados alegando cualquiera de las causales y perjuicios ya presentados y por sumas que afectan la liquidez de cualquier actor del sistema, afectando no solo la parte económica si no física, psicológica de los implicados.

Todo esto es consecuencia del progreso de la tecnología, de los costos de la medicina y las implicaciones en que se encuentran los médicos a limitarlos, el acceso a la información que permite cuestionar el que hacer de los médicos, el desarrollo de una medicina defensiva y la confusión entre el derecho a la atención y el derecho a garantizar la recuperación de la salud lo cual no se puede garantizar.

La prevención es clave y se debe avanzar en ella para disminuir los riesgos y los eventos adversos, una adecuada relación médico paciente, las listas de chequeo en cirugía y todos los protocolos realizados para garantizar la calidad de las acciones médicas pueden ayudar a garantizar la calidad en la atención y disminuir las fallas que pueden dar pie a instaurar una demanda por responsabilidad médica.

9. CONCLUSION

En el presente estudio se encontró un aumento constante en la frecuencia de solicitudes de dictámenes periciales ante el CENDES por posible responsabilidad médica, lo que es acorde con lo que está pasando actualmente en Colombia y el mundo. Se evidencia una leve disminución en el 2014, pero actualmente es muy precipitado sacar conclusiones de su causa.

El departamento donde más solicitudes de dictámenes se realizaron fue Antioquia seguido de Córdoba; esto es razonable, ya que la ubicación del CENDES es en Antioquia.

El mayor número de demandas se encontró en la jurisdicción Contencioso administrativa, seguida por la jurisdicción civil, y solamente un caso ante la jurisdicción penal. Lo anterior concuerda con el anterior trabajo realizado en el CENDES (19) donde la frecuencia fue la misma, lo que nos indica que se conserva la misma tendencia.

En el estudio se encontró que el tipo de aseguramiento más demandado es el contributivo seguido por el subsidiado, y en último lugar se encuentra el particular que corresponde en su mayoría a las intervenciones estéticas.

Las edades más frecuentes donde se presentaron lesiones por posible responsabilidad médica estuvieron comprendidas entre los rangos de 19 a 44 años (41.6%) y de 45 a 59 años (18.2%), para un total de 223 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 55.3% de los casos. Estas dos características mantienen la relación presentada en el anterior estudio (22).

En lo referente al nivel de atención de las instituciones con mayor número de demandas, se evidencia que el de mayor frecuencia es el nivel II de atención (38.10%), seguido del nivel I (25.5%), lo que contrasta con el anterior estudio realizado (19) donde predominaba el nivel III de atención seguido por el II.

Las especialidades médicas más demandadas fueron medicina general con un 36.2% seguido por Gineco Obstetricia con un 16%, cirugía general con un 12.6% y ortopedia con un 8.8%. Estas cuatro especialidades fueron las encontradas en el estudio realizado por la anterior cohorte de VDC (22) aunque en diferente orden, y por Studdert y cols (23) y Vincent y cols (24). En el presente estudio se encontraron 20 casos de demandas a cirugía plástica, seguido de medicina interna con 18 y Neurocirugía con 14. En resumen, las especialidades más demandadas son las quirúrgicas (57.5%) seguido por medicina general (44.3%) y por último las clínicas (11.5%).

El servicio más demandado es cirugía con 160 casos que corresponde a un 43% del total lo que se correlaciona a las especialidades más demandadas que son Gineco-obstetricia, Cirugía general, Ortopedia y Cirugía plástica; seguido por el servicio de urgencias con 131 casos y 35.2%. Esto tiene relación directa con lo evidenciado en las especialidades más demandadas.

La lesión más demandada evidenciada en este trabajo es la muerte con un 46.2%, seguida por perturbación funcional con un 43.5% y por secuela estética con 16.1%.

En cuanto a los perjuicios, los de tipo moral son demandados en el 100% de los casos seguidos por el lucro cesante y daño emergente.

La negligencia fue la causal más demandada con 333 casos que corresponde a 89.5%, seguida por impericia en 186 casos que corresponde a 50% y por último imprudencia con 152 casos y 40.8%. En este estudio se evidencia una tendencia al aumento constante de estas causales con igual proporción en su frecuencia.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Escobar-Córdoba, Franklin. (2012). Responsabilidad médica del psiquiatra. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(1), 17-20. Retrieved August 23, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472012000100006&lng=en&tlng=es. 10.1016/S0120-3347(12)70006-0.
2. Henao H, Silvia. (2011). Percepción de algunos actores del sistema de salud y de justicia sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica en Medellín-Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(1), 34-44. Retrieved August 23, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000100005&lng=en&tlng=es.
3. Lobão, William Mendes, & Menezes, Igor Gomes. (2012). Construcción y validación de contenido de la escala de la predisposición a eventos adversos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 796-803. Retrieved August 22, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400021&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0104-11692012000400021.
4. Decreto 1011 de 2013, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
5. Muiño Míguez A., Jiménez Muñoz A. B., Pinilla Llorente B., Durán García M. E., Cabrera Aguilar F. J., Rodríguez Pérez M. P.. Seguridad del paciente. *An. Med. Interna (Madrid)* [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Ago 23] ; 24(12): 602-606. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es.
6. Lobão, William Mendes, & Menezes, Igor Gomes. (2013). Análisis psicométrico de la escala de predisposición a la aparición de eventos adversos en el cuidado de enfermería en UTI. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 396-403. Retrieved August 23, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100015&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0104-11692013000100015.
7. Ruiz Wilson, la responsabilidad médica en Colombia, revista universidad javeriana de Cali. Criterio Jurídico Santiago de Cali V.4 2004 pp. 195-216 ISSN 1657-3978
8. Orozco Africano Julio Mario, caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. ISBN-13: 978-84-691-4263-9. N° Registro: 08/52229 Cartagena, agosto de 2006
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/#indice>
9. LEY 0067 DE 1935, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina y cirugía. Diario oficial año LXXI – 23066 sábado 21 de diciembre

- de 1935, Disponible en: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-103010_archivo_pdf.pdf
10. LA RESPONSABILIDAD MÉDICA EN COLOMBIA, revista universidad javeriana de Cali. Criterio Jurídico Santiago de Cali V.4 2004 pp. 195-216 ISSN 1657-3978
 11. Tenorio-González Francisco. Revista Cirugía y Cirujanos, Responsabilidad profesional del médico Academia Mexicana de Cirugía, Cir Ciruj 2004; 72: 443-445, Acad.
 12. Penchaszadeh Victor B. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2015 Ago 17] ; 28(2): 149-156. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200005&lng=es.
 13. Tapia Rodríguez, Mauricio. (2003). Responsabilidad Civil Médica: Riesgo Terapéutico, Perjuicio de Nacer y Otros Problemas Actuales. *Revista de derecho (Valdivia)*, 15, 75-111. Recuperado en 17 de agosto de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502003000200004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-09502003000200004.
 14. Tamara Lina Marcela, Jaramillo S Helena, Muñoz P Luis Eduardo. Revista. Colombiana. Anestesiología. Noviembre 2011 - enero 2012. Vol. 39 - No. 4: 489-505 (doi:10.5554/rca.v39i4.180) Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá.
 15. Barreiro Ramos Héctor, Barreiro Peñaranda Adriana, Quesada Soto Zulema, Fernández Viera Eugenio, Marrero Martín Ofelia. La responsabilidad profesional del médico. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2015 Ago 22] ; 21(1-2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100023&lng=es.
 16. Tapia Rodríguez, Mauricio. (2003). Responsabilidad Civil Médica: Riesgo Terapéutico, Perjuicio de Nacer y Otros Problemas Actuales. *Revista de derecho (Valdivia)*, 15, 75-111. Recuperado en 22 de agosto de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502003000200004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-09502003000200004.
 17. Pizarro W Carlos. Responsabilidad profesional médica: Diagnóstico y perspectivas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2008 Abr [citado 2015 Ago 22] ; 136(4): 539-543. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000400016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000400016>.
 18. Larroucau Torres, Jorge. (2014). ¿Cómo se prueba la responsabilidad civil médica en la justicia chilena?. *Revista de derecho (Valdivia)*, 27(2), 43-79. Recuperado en 22 de agosto de 2015, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502014000200003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-09502014000200003.

- 19.. CONSEJO DE ESTADO - SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - SECCIÓN TERCERA. Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO, Bogotá D.C., catorce (14) de septiembre de dos mil once (2011). Expediente: 0512331000200700139 01. Radicación interna No.: 38.222. Actor: José Darío Mejía Herrera y otros.
20. Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 14 de septiembre de 2011, Exp.: 38.222, C.P.: Enrique Gil Botero. Sentencia del 28 de marzo de 2012, Exp.: 22.163, C.P.: Enrique Gil Botero. Sentencia del 18 de julio de 2012, Exp.: 22.417, C.P.: Enrique Gil Botero.
21. (<http://www.ces.edu.co/index.php/centros-de-servicio/cendes>)
22. Arango Pérez Juan Pablo, Avendaño Ayala Fabio, Martínez Quiñonez Iván. demandas por responsabilidad médica atendidas en el centro de estudios en derecho y salud -CENDES- de la universidad ces. Medellín 2005 A 2009. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en valoración del daño corporal.
23. 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.
24. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001 mar 3;322(7285):517–9.