

**IMPACTO Y COSTOS GENERADOS POR LAS PRINCIPALES DEMANDAS A
PROFESIONALES DE LA SALUD**

Johana Marcela Ávila Guevara

Bacterióloga

Luz Dary Cortes

Enfermera

Daniel Fernando Hernández

Abogado

Laura Alexandra Vargas Oviedo

Abogada

**Trabajo de grado requisito parcial para optar al título de
Especialistas en Gerencia de Servicios de Salud**

Dr. WALTER PUERTO GÓMEZ

ASESOR TEMATICO

Universidad Sergio Arboleda

Especialización en Gerencia de Servicios de Salud

COHORTE XXXIII

2016

CONTENIDOS

Introducción	6
1. Descripción del problema.....	8
2. Pregunta de investigación.....	8
3. Justificación.....	9
4. Objetivos	11
4.1 Objetivo General.....	11
4.2 Objetivos Específicos	11
5. Marco Teórico	12
5.1 Conceptualizacion.....	12
5.2 Marco Normativo	15
5.2.1 Marco Juridico Nacional	15
5.2.1 Marco Juridico Internacional.....	15
5.3 Antecedentes.....	16
5.3.1 Derecho Fundamental de la Salud	16
5.3.2 Sistema General de Seguridad Social en salud.....	18
5.3.3 Características de los distintos Grados de Responsabilidad medica	20
5.3.4 Responsabilidad Civil Medica.....	22
5.3.4 Responsabilidad Medica Extracontractual	27
5.3.5 Responsabilidad Medica Administrativa	28
5.3.6 Responsabilidad Penal Medica.....	28
5.3.8 Responsabilidad Etica Medica.....	32
5.3.9 Medios Probatorios para definir la responsabilidad Medica	33
5.3.10 Litigio en casos de Negligencia Medica.....	35
5.3.11 Responsabilidad en Bacteriologia.....	36

5.3.12 Errores en Medicacion.....	37
5.3.13 Errores y Eventos Adversos en areas de Cuidado Intensivo	39
5.4 Desarrollo de los Objetivos	39
5.4.1 Principales causas y Consecuencias de la Responsabilidad Legal en Profesionales de la Salud.....	39
5.4.2 Impacto de los Eventos Adversos en la Seguridad Clinica	45
5.4.2.1 Eventos Adversos en Colombia.....	46
5.4.2.2 Politica de Seguridad del Paciente.....	48
5.4.3 Impacto de los eventos Adversos sobre los profesionales de la Salud.....	52
5.4. 4 Comunicación del Evento Adverso al Paciente y su familia	55
5.4. 5 Valor de una Demanda por daño a la salud	56
5.4. 5.1 A que tiene Derecho el paciente que se ve afectado por un procedimiento medico... 59	
5.4. 5.2 A que tiene Derecho el profesional de salud.....	62
6. Método	65
6.1 Tipo de estudio:	65
6.2 Población objeto de la revisión.....	66
6.3 Criterios de búsqueda	66
6.4 Fuentes.....	67
6.6. Estrategia de captura de artículos	67
6.7 Estrategia de Selección de Publicaciones.....	68
7. Conclusiones	69
8. Propuesta.....	71
BIBLIOGRAFIA.....	74

Lista de Tablas

Tabla 1. Categoría del Error en Medicación

Tabla 2. Características medico Legales del error de medicación

Tabla 3. Eventos Adversos en la Atención en Salud

Tabla 4. Costos que generan los Eventos Adversos

Tabla 5. Frecuencia de Eventos adversos Tamizados en Colombia

Tabla6. Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente

Tabla 7. Líneas de Acción Propuestas por la OPS para Mejorar la calidad de los servicios de salud

Tabla 8. Liquidación de Perjuicio Moral

Tabla 9. Indemnización según gravedad de la lesión.

Tabla 10. Estrategia de selección de las publicaciones.

Lista de Figuras

Figura I. Especialidades Médicas más demandadas

Figura II. Distribución de los casos según el tipo de autoridad solicitante

Figura III. Número de casos según la categoría de los demandados

Figura IV. Fallas en la Prestación del Servicio

Figura V. Distribución del daño o perjuicio que reclama el demandante

Figura VI. Causas de las Demandas

Figura VII. Número de Casos según diagnósticos

Figura VIII. Cuantía Indemnizatoria Media

INTRODUCCION

La responsabilidad médica ha sido uno de los temas más estudiados por el derecho civil. Sin embargo, pocas teorías se han construido a partir de la realidad nacional y del sistema colombiano de salud, omisión que ha conducido a una gran cantidad de errores. Cualquier tesis sobre este tema debe tener en cuenta cómo funciona la salud en Colombia, pues, de ello depende acertar en identificar quiénes deben responder por los daños causados en la prestación del servicio.

La salud es uno de los bienes más preciados, pues es el sustento de la existencia digna del ser humano. De ahí que desde su origen la medicina haya sido considerada como una de las profesiones de mayor importancia en nuestra sociedad; Sin embargo, el libre comercio y la privatización han convertido la salud en una mercancía, cuya producción ha quedado en manos de enormes empresas que han sabido sacarle provecho a la prestación de estos servicios.

En el numeral noveno del artículo 173 de la Ley 100 se consagra la calidad como uno de los fundamentos del sistema de salud. En este sentido la calidad mínima de los servicios de salud implica que con ellos no se causen daños injustificados a los usuarios del servicio. Las EPS deben garantizar que los servicios de salud no causen daños, y por ende, un daño derivado de estos servicios debe ser reparado por el sujeto que se encuentra en el deber legal de administrarlos.

Frente a esta teoría se podría objetar que los hospitales y clínicas son los sujetos llamados a responder, pues es a través de estas entidades como se prestan los servicios médicos.

La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia adoptó esta tesis en la sentencia del 17 de noviembre de 2012, M.P. William Namén Vargas. En este fallo la Corte señala que “la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las EPS”. Aunque añade que las IPS y los médicos pueden ser responsables solidarios y que las EPS son los sujetos pasivos de las demandas por daños en los servicios de salud.

Las EPS hacen parte de este pequeño grupo de sujetos que se ha beneficiado del sistema vigente. Por ende, tienen el deber de garantizar que sus actividades no produzcan daños a los demás integrantes de la sociedad. Por eso, desde una concepción sociológica del derecho, el fundamento de la responsabilidad civil de las EPS es el riesgo profesional. El riesgo es “la contingencia de un daño, o sea, la posibilidad de que al obrar se produzca un daño, lo cual significa que el riesgo

envuelve una noción de potencialidad referida esencialmente al daño”. Es evidente que en la prestación de servicios de salud las probabilidades de que se produzcan daños son enormes, debido a que la actividad médica implica intervenciones directas en un organismo tan sensible como lo es el cuerpo humano.

La citada sentencia de la Corte Suprema de Justicia señala que la responsabilidad de las EPS se rige por la teoría del riesgo profesional. Sin embargo, la Corte consideró que dicha responsabilidad no es objetiva, por lo que es necesario demostrar la negligencia de las EPS. Esta posición es contraria al concepto clásico de riesgo profesional. La noción de riesgo profesional implica que los riesgos inherentes a un oficio sean asumidos por el sujeto que realiza la actividad riesgosa, por lo que en los casos en que se materialice el riesgo y se causen daños, es la persona que controla la actividad la que está llamada a indemnizar, sin tener en cuenta si actuó o no con culpa. (Manuel, 2012)

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las intervenciones en salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital.

Los eventos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas, los insumos, tecnología o los procedimientos, todos ellos elementos de un sistema. Además de su costo en vidas humanas, los errores prevenibles tienen otros costos significativos, tales como el económico para el sistema de salud.

La causa más común de los errores no está en los individuos de forma particular, sino en las fallas del sistema, los procesos y las condiciones que llevan a la gente a cometer errores o fallas en la prevención de los mismos. Culpar a alguien en particular cuando un error ocurre, no ayuda a hacer el sistema más seguro ni a prevenir que alguien más cometa el mismo error en el futuro.

La calidad es una combinación de beneficios, riesgos y costos, en donde lo fundamental es ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable. La atención médica, para ser de calidad, debe ser segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente. (Elizabeth, 2012)

Los eventos adversos están relacionados con las primeras causas de demandas y por lo tanto es importante investigar el impacto y el costo generado de dichas demandas al sistema de Salud en Bogotá.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto y el costo ocasionado por las principales demandas de los Profesionales al sistema de salud?

3. JUSTIFICACIÓN

Es importante afirmar que incluso con anterioridad a la expedición de la Ley 100 de 1993 se han evidenciado bastas inconsistencias en la atención en salud prestada a los nacionales colombianos, algunas veces por problemas propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, pero muchas otras, como consecuencia de la indebida e irregular materialización de la praxis médica.

De tal manera, bajo el presupuesto que la práctica médica explora ser una profesión de resultado, su principal objetivo debería ser “buscar generar bienestar en sus usuarios”. Sin embargo, ante la crisis en el sector salud y el directo perjuicio que con ello se viene causando a las personas por la indebida prestación de los servicios de salud, es necesario emprender la labor de defensa del usuario como la parte débil de la relación Nación–Estado–EPS–IPS Vs Usuario.

En tal sentido, con el debido análisis, estudio y apoyo técnico, se deben diseñar estrategias legales que permitan evitar la continua violación de los derechos fundamentales y las garantías mínimas de los usuarios del SGSSS, enervando especial protección las características de oportunidad, continuidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad.

Así, teniendo en cuenta que muchas veces las fallas empiezan desde la falta de atención (el llamado paseo de la muerte), la mala praxis, los procedimientos quirúrgicos inadecuados, en los post operatorios, en la aplicación de medicamentos, etc, siendo evidente el desencadenamiento de indebidas actuaciones que derivan en consecuencias irremediables para los pacientes; lo procedente será adelantar las acciones legales y judiciales necesarias para detener las violaciones continuadas y atacar las vastas inconsistencias en la prestación del servicio.

En consecuencia, se debe atacar quizá lo que encontramos más gravoso para la sociedad colombiana que es la súplica de tratamientos y suministro de medicamentos a tiempo, de la cual no se salvan ni los mismos niños. Lo anterior, encontrando innumerables casos tanto en el sector público como en las empresas privadas donde las malas contrataciones y la corrupción en el sector generan cada vez más pérdidas de vidas humanas.

A raíz de lo anterior, es hora de inmiscuirnos en el problema, luchar por su solución y sobre todo proteger el Derecho a la Salud no como un derecho secundario sino como lo que es un Derecho Fundamental.

Por esta razón partimos de la primera como estudio situacional la revisión de casos de demandas a profesionales de la salud la cual fue realizada por la división científica de SCARE-FEPASDE se publicó en el 2000 (1) en la cual se observa que las demandas a los médicos se incrementan en una proporción alarmante, presentándose en los últimos 3 años el 75 % de los procesos, presentan cuales son las especialidades más demandadas, en qué regiones geográficas, cuáles fueron las quejas presentadas, los diferentes tipos de responsabilidad, los procedimientos realizados, los diagnósticos, complicaciones, daños, nivel de las instituciones, error médico, etc. (Andrés, 2003).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar el impacto y costos generados por las principales demandas a profesionales de la salud

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las causas, consecuencias, profesiones y costos de las demandas de los diferentes profesionales de la salud.
- Identificar los aspectos relevantes de la seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud
- Analizar los costos de no calidad de los eventos adversos prevenibles en la prestación del servicio de salud.

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN (GLOSARIO)

Para poder abordar el tema motivo de esta investigación es necesario definir algunos aspectos comunes a los diferentes capítulos de este trabajo investigativo.

Acto Médico: "Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud.

Si bien típicamente lo realiza el médico, también puede ser realizado por otro tipo de profesional de la salud llámese odontólogo, obstetra, enfermera, técnico, etc." ¹

¿Qué es la Responsabilidad Médica?

Es la capacidad que tiene el galeno o profesional de la salud para aceptar su compromiso frente a un hecho adverso al esperado, donde se haya infringido el deber objetivo de cuidado y donde se demuestre que se obró con negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de reglamentos.

Responsabilidad Ética: La cual está tipificada en la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, donde se determina la función que debe tener el galeno y sus relaciones con los pacientes y la sociedad. Una conducta que atente contra este Código de Ética puede ser denunciada por algún interesado o puede ser de oficio por disposición del Tribunal de Ética Médica quien es responsable de juzgar dichas conductas. El fallo de este ente no hace tránsito a cosa juzgada civil o penal.

Responsabilidad Civil: Cuando por una mala praxis o negligencia el paciente o aquellos que se ven afectados por el actuar erróneo del que presta un servicio de salud, pueden reclamar una indemnización pecuniaria por los perjuicios causados, tal como se expresa en el Artículo 2343 del Código Civil.

Responsabilidad Administrativa: Si la salud es un servicio público sus prestadores son por consiguiente Servidores Públicos, así, como lo expresa el Consejo de Estado, Radicación 1756 de 2006 es necesario anotar que los médicos y sus auxiliares deben conducirse de acuerdo con la Ley 734 de 2002: La responsabilidad administrativa, no es más que el cumplimiento a las obligaciones establecidas.

¹ www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/acto_medico.pdf

Responsabilidad Penal: Se establece cuando la persona que presta un servicio médico incurre en una conducta típica, antijurídica y culpable como elementos constitutivos de la conducta punible tal como lo expresa el Código Penal.

Mala Praxis Médica: La negligencia médica es la omisión, descuido voluntario, el desarrollo de actos no apropiados, la inobservancia mínima de las técnicas y procedimientos médicos que causan lesiones al paciente se constituyen junto con la impericia y la imprudencia una vulneración a la *Lex Artis Ad Hoc*.

La mala praxis en salud existe cuando por conjunción de actos generadores de culpa se provoque un daño físico parcial o total, y que en muchos de los casos tiene efectos irreversibles.

Culpa: Según define la Real Academia de la Lengua “3. f. *Der. Omisión de la diligencia exigible a alguien, que implica que el hecho injusto o dañoso resultante motive su responsabilidad civil o penal*”².

Historia Médica: Es un documento legal que se encuentra reglamentado en: El Capítulo III de la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) en sus Artículos 34, 35 y 36, el Título IV del Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1995 de 1999, tiene como finalidad el recolectar toda la información personal del paciente, de los tratamientos que recibe, de las medicinas y las cantidades que le son suministradas, en ella se registran todos los pormenores de la supervisión y vigilancia de los procedimientos realizados en las distintas etapas del acto médico. La historia clínica dada su relevancia sirve como medio de prueba documental, y es a lo primero que el perito médico debe remitirse para evaluar si existe o no un caso de responsabilidad médica.

Los registros consignados deben ser coherentes claros y precisos, cumplir con los principios de la integralidad, la secuencialidad, racionalidad científica y disponibilidad, cada una de las anotaciones debe estar firmada por el responsable así sea la más mínima intervención.

Seguridad del Paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el

² Real Academia de la Lengua Española

riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Atención Insegura: es un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso. (Vincent, 2001)

Falla de la atención en salud es una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc). (Vincent, 2001)

Fallas latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo). (Vincent, 2001)

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (Salud, 2014)

5.2 MARCO NORMATIVO

5.2.1 MARCO JURÍDICO NACIONAL

NORMA	DESCRIPCION
Ley 23 de 1981	Ética Médica
Ley 100 de 1993	Creación del Sistema General de Seguridad Social
Decreto 0131 2010	Sistema Técnico Científico en Salud
1171 de 1997	
1465 de 1992	
1667 de 1991	Decretos Reglamentarios
1681 de 1990	
1328 de 1984	
3380 de 1981	
Decreto 2831 de 1954	Código de Moral Médica
Resolución 13437 de 1991	Constitución de Comités de Ética Médica Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes
Resolución 1441 de 2013	Procedimientos y Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los Servicios

5.2.2 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

Código Internacional de Ética Médica

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, Octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª

Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983 y la 57a Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006.

5.3. ANTECEDENTES

5.3.1 DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Para empezar es importante afirmar que el artículo 49 de la Carta Política de Colombia, consagra el Derecho a la Salud de los nacionales colombianos como un derecho fundamental de especial protección constitucional.

‘ARTICULO 49. [Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009](#). La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.’

Así mismo, es dable afirmar lo demostrado en reiterada jurisprudencia de la H. Corte Constitucional, donde se protege el derecho a la salud en lo que respecta a derecho fundamental a partir de un ámbito básico, afirmación que coincide abiertamente con los servicios

contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, y con las prolongaciones que sean necesarias para proteger la vida digna de las personas; motivo por el cual en todas sus actuaciones se debe propugnar por cumplir con la prestación de los servicios de salud, bajo los principios de calidad, eficiencia, oportunidad y continuidad.

Es claro, el amparo constitucional existente en sede de tutela cuando resulta necesario velar por los intereses de cualquier persona que así lo requiera, motivo por el cual, la salud como servicio público esencial a cargo del Estado, además de regirse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que consagra expresamente el artículo 49 de la Constitución Política, debe dar cumplimiento al principio de oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia, que conlleva su prestación de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea admisible su paralización sin la debida justificación constitucional, lo anterior, por cuanto la materialización del derecho fundamental a la salud exige que todas las entidades encargadas de su prestación se obliguen a su óptima materialización, buscando con ello el goce efectivo de los derechos de sus afiliados conforme al marco normativo vigente, partiendo de que el derecho a la salud implica el ejercicio de distintas garantías, como es el caso del derecho a la vida y a la dignidad humana.

En concordancia con lo anterior, es de pleno conocimiento que de conformidad con los artículos 48 y 49 la Constitución Política y los artículos 153 y 156 de la Ley 100 de 1993, el servicio a la salud debe ser prestado conforme con los principios de eficacia, igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad e integralidad, lo que implica que tanto el Estado como las entidades promotoras del servicio de salud, las instituciones prestadoras de salud, y en general los actores del SGSSS, tienen la obligación de garantizar y materializar dicho servicio sin que existan barreras o pretextos para ello.

De esta manera, podemos afirmar que el derecho a la salud hace parte de aquel grupo de derechos fundamentales que plantea la Constitución Política de Colombia, y en consecuencia garantizar su efectiva materialización será una labor ineludible a cargo del estado, ya sea directamente o a través de terceros que en todo caso deberán ser designados por él y estrictamente vigilados por las autoridades estatales.

5.3.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Es importante tener en cuenta que el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de los diversos actores, plantea dos (2) fundamentales, a saber:

Por una parte se encuentran las Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas en especial del aseguramiento de los usuarios y el recaudo de aportes y por otro lado encontramos las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), quienes serán las encargadas de la materialización de la prestación de los servicios de salud.

De tal forma, según lo preceptúa la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas entre otras, de la afiliación de los usuarios, que puede hacerse a través del régimen contributivo y a través del régimen subsidiado. Al primero deben vincularse aquellos que poseen capacidad de cotizar (capacidad de pago), en tanto que, al segundo se afilian quienes no lo pueden hacer, o no en la misma cuantía de los primeros, unos y otros obteniendo los beneficios que se conceden en cada uno de los regímenes y en la forma en que lo indica la normatividad existente al respecto – Artículo 157 de la Ley 100 de 1993-.

De esta manera, el régimen contributivo concede a sus afiliados los beneficios previstos en el Plan Obligatorio de Salud, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, administradoras del mismo, plan que, a su vez es definido por las autoridades del Sistema, entre otras, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Es así como, la prestación de los servicios de salud se funda, entre otros, en el principio de solidaridad, habida cuenta que los servicios que un afiliado requiere, no son cubiertos con sus propios aportes, sino con los recursos del Sistema, conformados por diferentes rubros como los provenientes de todos los aportantes, de tal suerte que quienes más contribuyen financian a aquellos que, por poseer menores ingresos, no cotizan o lo hacen en menor proporción, circunstancia que, además, persigue el cumplimiento del principio de universalidad, pues el objetivo último de dicha dinámica es lograr el cubrimiento en salud de la totalidad de población. (Cfr. Sentencia SU-819/99)

De lo anterior se colige que la EPS es una aseguradora que tiene la función de brindar los servicios de salud del sistema de seguridad social, garantizando la afiliación y cobertura del

servicio en un primer momento y luego estableciendo los mecanismos necesarios para la atención por medio de las IPS.

Por su parte, es dable afirmar que las Instituciones Prestadoras de Salud son definidas por la Ley como, *‘todas las entidades, asociaciones y/o personas bien sean públicas, privadas o con economía mixta, que hayan sido aprobadas para prestar de forma parcial y/o total los procedimientos que se demanden con ocasión de cumplir con el Plan Obligatorio de Salud (POS); ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado’*.

De tal forma, encontramos que tal vez la principal función en cabeza de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), consiste en prestar los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios, de acuerdo a su nivel de atención dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993.

Por lo expuesto, es evidente que a cargo de las EPS se encuentra la obligación de garantía de la afiliación de los usuarios y la prestación de los servicios requeridos a través del acceso efectivo y oportuno a instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas, siendo estas últimas las encargadas de materializar la prestación de los servicios médicos.

Existen dos características que se mencionan en párrafos anteriores al conceptualizar el término responsabilidad, una es la responsabilidad moral y la otra es la responsabilidad jurídica, elementos indispensables dentro del desarrollo de esta investigación.

La responsabilidad moral está determinada por la razón y por la libertad al obrar, estas normas de conducta pueden ser dictadas por los preceptos morales propios de cada cultura, o por un juicio de conciencia personal³, si no se posee conciencia no se es responsable de los actos, ya que no se tiene uso de razón, por consiguiente no se puede justificar que se obra en libertad.

La responsabilidad jurídica es determinada por la observancia de los lineamientos jurídicos establecidos en el sistema normativo propio para cada comunidad, ya que, la responsabilidad es el rendir cuenta de su comportamiento ante quien regule una actividad. Para que se pueda

³ La conciencia es el juicio por el cual se reconoce la índole de nuestra conducta. Como lo propio de ésta, en cuanto conducta voluntaria, es su ordenación a un fin, el reconocimiento de su índole consiste en un dictamen acerca de la calidad moral de esa conducta, es decir, acerca de su buen o mal orden al fin. Tomado de Juan Antonio Widow. Buenos Aires, Septiembre de 2006. NATURALEZA DEL JUICIO DE CONCIENCIA.

establecer la responsabilidad jurídica es necesario saber que la persona que desarrolla una labor posee la capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones.

El Código Civil Colombiano en su Artículo 1502. Contempla que:

“Para que una persona se obligue a otra por un acto o declaración de voluntad, es necesario:

- 1o.) Que sea legalmente capaz;*
- 2o.) Que consienta en dicho acto o declaración y su consentimiento no adolezca de vicio;*
- 3o.) Que recaiga sobre un objeto lícito;*
- 4o.) Que tenga una causa lícita.*

*La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra”.*⁴

En este punto es posible afirmar que la responsabilidad es el juicio que se realiza al comportamiento humano, donde el actor obra a voluntad y con capacidad jurídica, responde por sus actos los cuales son desarrollados conscientemente y mediando el análisis de todos los pormenores que se pueden presentar en la ejecución de los mismos.

Normalmente la responsabilidad sólo se relaciona con errores en el ejercicio de una actividad profesional en los que se hace necesario impartir un castigo, si la consecuencia es favorable se habla del premio que se merece más no del alto grado de responsabilidad.

5.3.3 Características de los Distintos Grados de Responsabilidad Médica

La medicina es una actividad profesional que está regida por la ley y que a su vez debe estar acorde con los principios constitucionales. Desde sus orígenes la medicina busca que los individuos alcancen un grado de bienestar óptimo; en los albores de la humanidad la medicina toma gran importancia debido a que su práctica significaba el horizonte entre la vida y la muerte. La siguiente cita define lo que significa Responsabilidad Médica:

“La responsabilidad médica es una variante de la responsabilidad profesional y general que atañe a todas las personas independientemente que ejerzan o no una profesión, la diferencia estriba que a través de ese ejercicio surja un elemento objetivo «el daño», que tenga relación directa con el accionar médico, ya sea por una atención médica, una intervención quirúrgica, una práctica, etc., y que desde el punto de vista legal, se halle encuadrado dentro de los denominados delitos culposos, en donde la intencionalidad del accionar es no provocar un daño,

⁴ Código Civil Colombiano

que si sucede debe ser por imprudencia, impericia, negligencia e inobservancia de los deberes a su cargo. El enfoque del tema debe tener siempre desde el punto de vista médico-legal, el siguiente esquema que propuso hace muchos años y aún vigente el Maestro Nerio Rojas,

1. *El Actor: Es un médico con diploma y título habilitado –o personal paramédico-*
2. *El Acto: Es el accionar médico, quirúrgico, etc.*
3. *Elemento Objetivo: El daño en el cuerpo o en la salud, desde una lesión hasta la muerte.*
4. *El Elemento Subjetivo: La culpa. Por Impericia, imprudencia, negligencia. –o inobservancia a las normas-*
5. *La Relación de Causalidad entre el Acto Médico y el Daño: Que debe ser una línea directa sin ninguna interferencia.*

Por otro lado la medicina es en general de medios y los mismos deben ser adecuados suficientes y actualizados de acuerdo a los avances de la medicina moderna y sus técnicas de diagnóstico y tratamiento, en particular los primeros en donde se deben agotar todos los elementos disponibles, y cuando es necesario en algunos de los casos asegurar un resultado previamente pactado.⁵

Entonces, la Responsabilidad Médica se puede definir como la capacidad que tiene el médico o profesional de la salud para responder por sus actos en el ejercicio de su arte, y que buscan el beneficio del paciente, cuyo resultado no fue el esperado.

Como se anota en la conceptualización en Colombia la responsabilidad médica es de medios mas no de resultados ya que el médico tratante no está obligado a garantizar el restablecimiento de la salud del enfermo, pero si a brindarle todo su apoyo y conocimiento en busca de aliviar su padecimiento, tal como se expresa en el Artículo 1 de la Ley 23 de 1981.

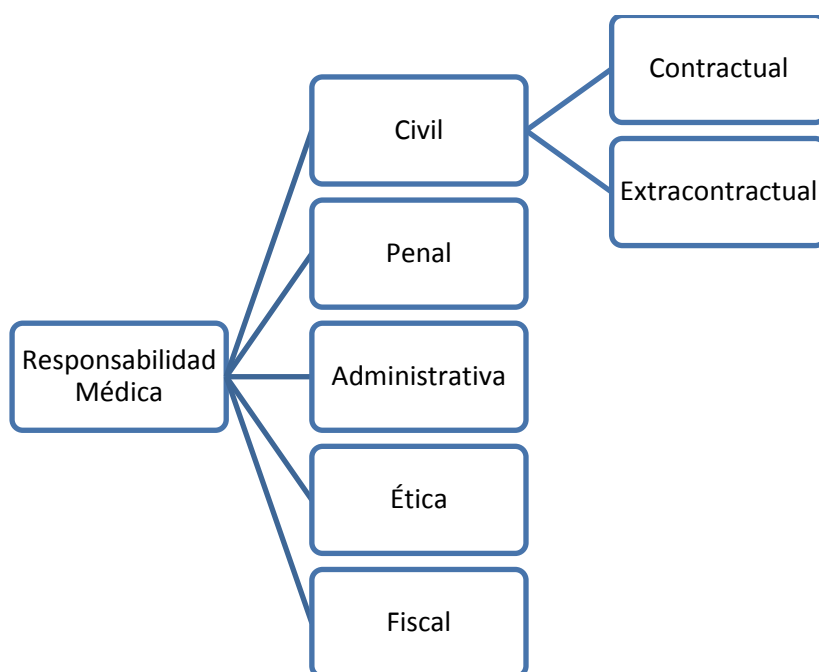
Cuando el resultado no es importante si no la forma como se conduce el acto médico se puede afirmar que existe una obligación de medios en la cual el afectado debe probar que los responsables obraron con dolo o con culpa y por eso el resultado es adverso al esperado, una

⁵ Dr. Osvaldo Héctor Curci.

obligación de medios no es garantía de un resultado óptimo. Una persona afectada en su salud busca en el médico los medios necesarios para su recuperación.

Cabe anotar que la medicina al igual que otras ciencias no es exacta, por lo cual, un médico puede caer en un error pero al exigir una experiencia y unos conocimientos no se puede consentir que un resultado no esperado se deba a una mala praxis médica máxime cuando es la salud y el bienestar de un ser humano lo que está de por medio.

En el cuadro siguiente se puede ver qué tipos de responsabilidad se pueden configurar en los actos médicos



5.3.4 La Responsabilidad Civil Médica

Dentro del ejercicio médico toda práctica errada debe ser asumida por el tratante mas no por el paciente, la real academia de la lengua es precisa en afirmar que la responsabilidad es “2. f. Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal.”⁶ Entonces, es el tratante el obligado a indemnizar a su paciente por el daño causado si se comprueba que se obro impropriamente.

⁶ <http://www.rae.es/rae.html>

La práctica médica es acompañada de una valoración científica que determina los grados de complejidad y riesgo, este riesgo es soportado por el paciente el cual padece un trastorno de salud. Este riesgo es asumido por los médicos, por consiguiente, esta aceptación tiene connotaciones jurídicas en caso de que el paciente o sus deudos se sientan perjudicados.

Este argumento es el más utilizado en las demandas de responsabilidad médica ya que en él se puede demostrar que:

- El médico incurrió en una mala práctica médica.
- El médico omitió un procedimiento que hubiese sido necesario y conducente.
- Que la institución no observó las condiciones mínimas de seguridad para asegurar el bienestar del paciente.
- Que la institución no contaba con los recursos médicos técnicos y tecnológicos suficientes para el ejercicio de la actividad médica

La responsabilidad médica civil no busca analizar los caminos que tuvo que seguir el galeno al momento de atender al paciente, esta figura jurídica está encaminada a demostrar que la existencia del daño es debida al incumplimiento del médico así este hubiese sopesado el pro y los contras de las alternativas que se presentaron buscando garantizar el bienestar, la salud y el restablecimiento del paciente; la dicha responsabilidad civil médica busca la mejor forma de reparar el daño mediante el pago de una indemnización por los perjuicios causados.

Entonces, los resultados en el ejercicio médico no son importantes, mientras que el “Acto Médico” sea desarrollado conforme a lo preestablecido y agotando todo aquello que pueda hacer errar la práctica médica. Así visto entonces, el acto médico está dividido en diferentes etapas como lo resalta el Doctor Gilberto Martínez Rave, las cuales no pueden ser observadas por separado al analizar si existe o no responsabilidad médica, estas etapas son:

- **El Diagnóstico:** “Es la actividad encaminada a conocer, descubrir las causas que originan el malestar, la enfermedad o la necesidad de servicios profesionales del paciente”.⁷

⁷ Martínez Rave, Gilberto. Responsabilidad Civil Extracontractual. Editorial Temis. Décima Edición. 1998. pág.492

- **El Tratamiento:** "Conocida la enfermedad o el trastorno que motiva el acercamiento del paciente al médico, es necesario acertar en el tratamiento que se le va a dar al paciente. Se necesita precisar cuáles son las actuaciones, procedimientos o mecanismos que se van a utilizar para encontrar la curación y recuperación del paciente o para proteger su salud".⁸
- **El Pos Tratamiento:** "Es aquella etapa posterior a la cirugía o a la terapia, que exige el control, cuidado, seguimiento, vigilancia a lo que se vaya dando después."⁹

En lo anterior se puede apreciar que la etapa más importante y donde más se encuentran los errores en los actos médicos es la etapa del "Diagnostico", ya que es en esta, donde se define cual es el tratamiento y el post tratamiento. Al revisar diferentes jurisprudencias y doctrinas sobre el tema de la responsabilidad civil médica se pudo encontrar que los errores más comunes son:

La inobservancia de los medios técnicos diagnósticos y/o el pobre análisis valorativo de los mismos.

- El no recurrir a otros profesionales especializados con mejores conocimientos.
- El no solicitar las pruebas suficientes y necesarias para llegar con certeza al tratamiento a seguir.
- El no contar con los elementos técnicos y tecnológicos para el desarrollo diagnóstico de cada caso

Un mal diagnóstico médico representa una infracción al deber objetivo de cuidado médico, el cual, puede traer consecuencias funestas, constituyendo así la culpa que genera responsabilidad médica.

En la etapa del diagnóstico el médico tratante debe elaborar la historia clínica del paciente, en ella se deben recoger todos los datos personales, un resumen de su vida médica, los diferentes análisis que se le practiquen para así determinar con su experiencia decantada, los juicios comparativos, y los distintos tratamientos a que puede ser sometido el paciente y el seguimiento y vigilancia de los mismos.

⁸ *Ibidem.*

⁹ *Ibidem.*

Luego de analizar todos los pormenores de la etapa diagnóstica el galeno realiza la etapa terapéutica o de tratamiento, donde adopta los distintos mecanismos buscando la recuperación integral del paciente, es en esta fase donde el profesional de la salud debe informar los riesgos y molestias que el paciente puede presentar durante y después de realizado el procedimiento médico. El no informar de estos pormenores constituye otra fuente de responsabilidad civil médica contemplada en el Artículo 5 del Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.

*Regla general. Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.*¹⁰

El informar cual es el tratamiento a seguir o cuales son los riesgos que se corren al realizar un acto médico le corresponde al médico responsable del paciente, a esto es lo que se ha denominado “el consentimiento informado”¹¹, según la doctrina afecta los derechos fundamentales del ser como son: dignidad humana, derecho a la identidad, derecho a la libertad, derecho al libre ejercicio de la personalidad.

Al informar, el paciente es consciente de que es lo que se le practicara, cuáles son los riesgos a los que se verán enfrentados durante el procedimiento y cuáles son las posibles secuelas que quedaran después del tratamiento médico. El no informar representa una falta en el ejercicio médico que constituye una responsabilidad civil.

La tercera etapa la de post tratamiento es donde se realiza la vigilancia y el control del acto médico, de los resultados de esta etapa se puede determinar el éxito o el fracaso del tratamiento realizado por el cuerpo médico¹².

¹⁰ Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina.

¹¹ Deber que le asiste a todo paciente a ser “informado” de la dolencia, tratamientos propuestos, secuelas previsibles, etc. de suerte tal que esté en condiciones de aceptar o no el tratamiento propuesto por el profesional médico.

¹² Se entiende por cuerpo médico el conjunto de personas profesionales o técnicas que intervienen en el acto médico.

La impericia, la negligencia y la imprudencia que son elementos generadores de culpa se pueden presentar en cualquiera de las tres etapas del acto médico, generando así la responsabilidad medica civil la cual obliga al médico a indemnizar por todos los daños o perjuicios que ocasionen sus actuaciones erróneas.

La responsabilidad civil médica puede ser: contractual o extracontractual y los elementos que la constituyen son: la culpa, el daño o perjuicio y el nexo causal entre culpa y daño.¹³

¿En qué Consiste la Responsabilidad Médica Contractual?

Para poder hablar de la responsabilidad contractual se debe definir que es un contrato. El Código Civil en su Artículo 1495 lo define como “el acto jurídico donde una de las partes se obliga a dar, hacer o no hacer alguna cosa”, cuando el paciente busca que una institución o un profesional médico le realice un procedimiento, buscando su bienestar y que este sea consiente de los riesgos que implica este acto médico.

El hecho de que un paciente consiente de su deficiencia física o emocional acepte un tratamiento específico que sea impartido por profesional o un técnico médico, constituye un acto jurídico en el cual convergen elementos naturales, esenciales y accidentales.

Entonces, la responsabilidad civil médica contractual no es otra cosa que el incumplimiento de un contrato de prestación de servicios, ya que, el médico se compromete con el paciente a cumplir lo que expresamente se pactó, o las que se incorporaron al contrato en virtud de las obligaciones básicas de su profesión.

En los actos médicos comunes estas obligaciones son de medio, ya que, los galenos sólo se pueden comprometer a poner todo su bagaje profesional al servicio del paciente pero no pueden responder si el resultado del tratamiento es el esperado o no.

Si los galenos cumplen a cabalidad con los procedimientos así no se alcance el resultado requerido estarían exentos de responsabilidad, pero, si no actúan con la propiedad exigida por la ciencia médica y por la ley son culpables de negligencia médica y por consiguiente deben hacerse responsables por sus actos.¹⁴

¹³ Sergio Yepes Restrepo al definir la responsabilidad civil profesional aclara que esta es contractual y extracontractual al observar esta definición se encuentra que también es aplicable a la profesión médica.

¹⁴ La comunicación de que la obligación médica es de medio y no de resultado, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida del paciente al hacerse saber cuál es la responsabilidad médica.

El incumplimiento a estas obligaciones representa una conducta culpable, la cual, se debe comprobar junto con el daño y el nexo causal para así poder probar la existencia de la responsabilidad médica contractual.

Si las obligaciones son de resultado, la responsabilidad es sólo del médico el cual prometió un resultado y al incumplir este contrato, debe indemnizar al paciente perjudicado. El sólo incumplimiento de lo pactado demuestra la culpa del médico tratante y exime al paciente de la necesidad de probar la responsabilidad médica.

5.3.5 Responsabilidad Médica Extracontractual

La responsabilidad médica extracontractual surge cuando en la relación médico paciente no existe ningún acuerdo voluntario previo de asistencia médica profesional.

La doctrina ha planteado algunos casos en los que se pueden presentar la responsabilidad médica extracontractual.

- Cuando se debe atender un caso de urgencia vital.
- Cuando el paciente no está en uso de sus facultades mentales volitivas debido a un estado temporal o total de inconciencia.
- En los casos potenciales de suicidio.
- Cuando el paciente no tiene ninguna persona que sirva de garante.
- Cuando se le niegue al paciente o a su familiares la información sobre el estado actual de salud.

En los anteriores casos el profesional de la salud debe obrar con celeridad, firmeza y atendiendo a su experiencia decantada de la vida, las obligaciones generadas son de medios ya que él debe obrar conforme a su bagaje profesional, sin tener un pleno conocimiento de su paciente.

Al mediar la voluntad de las partes se puede probar la existencia de un negocio jurídico el cual está tipificado por las normas civiles y comerciales, en el objeto del contrato se deben garantizar los medios para conseguir el resultado esperado, por consiguiente, en estos casos la responsabilidad no sólo es de medios sino también de resultados y este debe estar debidamente identificado.

Para concluir, la Responsabilidad Civil Médica ya sea contractual o extracontractual representa la obligación que tiene el profesional o técnico médico de indemnizar y reparar los perjuicios

resultantes de sus acciones u omisiones, errores voluntarios o involuntarios, cometidos en la ejecución de un acto médico.

5.3.6 La Responsabilidad Administrativa Médica

Los médicos y los tratantes médicos prestan un servicio a la sociedad, sus labores son ejercidas en sitios donde se atiende al público, por consiguiente, son considerados “servidores públicos”, consiguientemente sus actuaciones también están regidas por la Ley 1437 de 2011.

En la responsabilidad administrativa médica lo que se persigue es que los pacientes que se vean afectados por un acto médico producto de una mala praxis sean indemnizados por las entidades administrativas públicas correspondientes, que prestaron un servicio deficiente. Por consiguiente, le corresponde al prestador de los servicios el indemnizarlos siempre y cuando el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado con una persona o grupo de personas, salvo que el paciente consiente y voluntariamente acepte un tratamiento de experimentación científica.

5.3.7 La Responsabilidad Penal Médica

Para poder entender lo que constituye la Responsabilidad Penal Médica es necesario comprender que toda acción u omisión¹⁵ realizada por un individuo que vulnere un bien jurídico el cual está protegido por los tipos penales incurre en una conducta punible la cual está definida en los Artículos 9 y 25 de la Ley 599 de 2000.

Para que una conducta sea punible¹⁶ debe reunir tres elementos

- **Tipicidad:** "La ley penal definirá de manera inequívoca, expresa y clara las características básicas estructurales del tipo penal. En los tipos de omisión también el deber tendrá que estar consagrado y delimitado claramente en la Constitución Política o en la Ley¹⁷.

¹⁵ “Quien tuviere el deber jurídico de impedir un resultado perteneciente a una descripción típica y no lo llevare a cabo, estando en posibilidad de hacerlo, quedará sujeto a la pena contemplada en la respectiva norma penal” Artículo 25 del Código Penal.

¹⁶ Para la doctrina nacional no se habla de delitos sino de conductas humanas que se encuentran en contra del derecho “conducta punible”

¹⁷ Código Penal Art. 10

- **Antijuridicidad:** Para que una conducta típica sea punible se requiere que lesione o ponga efectivamente en peligro, sin justa causa, el bien jurídicamente tutelado por la ley penal.¹⁸
- **Culpabilidad:** Sólo se podrá imponer penas por conductas realizadas con culpabilidad. Queda erradicada toda forma de responsabilidad objetiva¹⁹.

Para que se pueda constituir la responsabilidad penal se debe determinar si el actor ha incurrido en una conducta punible la cual esta encuadra entre la conducta y la norma (Tipicidad), que lesione o ponga en peligro un bien jurídicamente tutelado sin justa causa (Antijuridicidad Material) que exista una contradicción entre la conducta y la norma (Antijuridicidad Formal) y que sea reprochada su conducta (Culpabilidad).

En los actos médicos la conducta sería: Los procesos y procedimientos que realiza el profesional de la salud en el paciente y la norma que está determinada por la ley y los distintos protocolos de atención de pacientes establecidos por ella.

La conducta del profesional de la medicina es antijurídica cuando lesiona o pone en peligro los bienes tutelados por el legislador sin que medie una justa causa.

Si la conducta es reprochada por la sociedad entonces el juzgador debe calificarla como culpable. Cada una de las modalidades de la conducta punible debe poseer los tres elementos que la constituyen, si no los posee no se puede imputar responsabilidad penal por inexistencia de uno de los elementos de la conducta punible. Otros casos donde se exime la responsabilidad en materia penal son los contemplados en el Artículo 32 de la Ley 599 de 2000.

Entonces, la responsabilidad médica es cualquier conducta probada que tiene los profesionales de la salud y que se encuadra dentro las modalidades de la conducta punible y que constituye un delito.

Al observar la responsabilidad médica penal se debe tener en cuenta que el acto médico posee 4 características:

1. La profesionalidad, ya que, sólo una persona profesional y con experiencia debe realizarlo.
2. Ejecución típica, ya que, su actividad debe estar regida por la ley ética y las normas preestablecidas.

¹⁸ Código Penal Art. 11

¹⁹ Código Penal.

3. El único objetivo es el restablecimiento de la salud y la curación del enfermo.
4. Que los procedimientos estén en correlación con las normas

Si la o las actuaciones de los profesionales de la medicina no se encuentran dentro de estas características tendría que determinarse si esta acción se realizó de forma dolosa, culposa o preterintencional.

Cuando un profesional médico obra con la voluntad de hacer daño la conducta delictiva es de carácter doloso.

Ahora bien, las conductas punibles más encontradas dentro de la actividad médica son culposas. Al definir culpa se dijo que es una conducta punible donde la acción u omisión es una infracción al deber objetivo de cuidado que es el no cumplir la norma, y no estar amparado por el principio de confianza (es lo que se espera que haga la persona en condiciones normales), y donde sus elementos son la impericia, la negligencia y la imprudencia.

Cuando el profesional en medicina ha obrado conforme a la buena práctica médica descrita anteriormente (el observar su obligación de medio) y sin embargo el resultado no es el esperado no se puede demostrar de la existencia de un acto médico culposo, pero, cuando se puede demostrar que el profesional en su actuación no está amparado por el principio de confianza²⁰, entonces, su conducta es claramente un delito culposo.

²⁰ El principio de confianza es un principio de creación jurisprudencial que surgió a mediados del pasado siglo XX en el ámbito del tráfico viario. Mediante este principio, se les reconocía a los conductores la posibilidad de confiar en la conducta correcta de los demás participantes del tráfico, siempre que las circunstancias del caso concreto no hicieran pensar lo contrario. De esta forma, se pretendía limitar su deber de cuidado, eximiéndoles de la obligación de estar pendientes en todo momento de las posibles o previsibles actuaciones incorrectas de los terceros.

Con el tiempo, la doctrina y la jurisprudencia han ido extendiendo el ámbito de aplicación de este principio y han llegado a definirlo como un criterio general con el que delimitar el deber de cuidado en todos aquellos casos en los que la producción del resultado lesivo puede verse condicionada por la actuación incorrecta de un tercero.

A medida que el principio de confianza se ha ido extendiendo a otros ámbitos de actuación distintos del tráfico viario, la doctrina ha ido destacando la necesidad de limitar la aplicación de este principio en aquellos ámbitos en los que, en atención a la especial relación entre los distintos intervinientes, puede apreciarse la existencia de un deber de cuidado sobre la conducta de los terceros; así, fundamentalmente, en ámbitos en los que se produce una división vertical del trabajo y se imponen al superior jerárquico ciertos deberes de dirección y supervisión sobre la conducta de sus subordinados. Tomado de <http://www.zaralibro.com/node/1187>

Es claro entonces afirmar, que en los casos donde concursen uno o más profesionales médicos se debe evaluar quien fue el que tuvo la infracción al deber objetivo de cuidado, el cual llevo a que se configurase la culpa en el acto médico.

Para determinar la infracción al principio de confianza hay que observar los elementos generadores de culpa en el acto médico que son:

- **La Impericia Médica:** *“Se da cuando el médico realiza su actuación profesional sin el conocimiento, la habilidad o la capacidad profesional requerida para realizar un tratamiento o intervención adecuada.”*²¹

La medicina es una ciencia dinámica por consiguiente sus tratantes deben estar: autorizados, activos y actualizados, en cuanto a mecanismos de diagnóstico clínico, procedimientos terapéuticos y medicamentos. La impericia médica también habla de la destreza que debe tener el tratante médico, hay que reconocer que esta se pierde con el transcurrir de los años. Si un galeno no se siente con la suficiente capacidad para obrar puede declararse impedido para hacerlo por no estar en sus capacidad física de realizar un procedimiento que sea riesgoso para el paciente.

- **La Imprudencia Médica:** *“La imprudencia médica se da cuando el médico adopta una actitud profesional injustificadamente apresurada, o carente de juicio previo y necesario que se requieren para prever los resultados de los actos médicos.”*²²

Por muy profesional que el tratante médico sea, esta no es una profesión que pueda tomarse con ligereza, por consiguiente, el galeno no puede obrar sino conforme a su especialidad o a las reglas de la lex artis, o si este luego de haber previsto lo previsible actúa pero sin las debidas precauciones puede ocasionar daño a la salud del paciente.

- **La Negligencia Médica:** *“En la negligencia el sujeto no quiso el resultado ilícito, el cual se produjo porque no tomo las precauciones que las circunstancias indicaban”*²³.

Cuando el médico conociendo lo que debe hacer, no aplica los procedimientos adecuados y requeridos dentro del acto médico, produciendo un daño al paciente y que esta inobservancia sea el producto del descuido o la omisión, violando así el deber objetivo de cuidado se configura una conducta culposa por negligencia médica.

²¹ SERRANO ESCOBAR, Luis Guillermo p 122

²² SERRANO ESCOBAR, Luis Guillermo.

²³ RIU, Jorge Alberto. Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires: Lerner Editores Asociados. 1981.

Retomando lo dicho en el Artículo 24 del Código Penal la preteritención se puede definir como la realización de una conducta dolosa que excede su objetivo, esta conducta punible en los casos de responsabilidad médica sólo se ha presentado en los casos de aborto donde queriendo interrumpir un embarazo la paciente muere.

5.3.8 Responsabilidad Ética Médica

La responsabilidad ética médica está muy ligada a la responsabilidad penal. Esta se encuentra reglamentada en la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, donde se determinan las funciones del galeno y su relación con los pacientes y la sociedad. Con la incorporación del Tribunal de Ética Médica “paso de ser una responsabilidad moral a una jurídica, al ser la conducta examinada por un Tribunal del Estado mediante un procedimiento legal y con sanciones que producen efectos externos.”²⁴

El Tribunal de Ética Médica tiene como objetivos:

- *Cumplir con la función establecida en la Ley 23 de 1981, repartiendo cuando es el caso las quejas para la iniciación de los correspondientes procesos éticos disciplinarios, desatando los recursos y velando por el cumplimiento de los preceptos legales.*
- *Velar porque la elección de los Honorables Miembros de los Tribunales Seccionales, se realice de acuerdo con la Ley, buscando la excelencia y la ética.*
- *Consolidar la base de datos nacional de los médicos que han sido sancionados en procesos ético disciplinarios en cada uno de los Tribunales Seccionales de Ética Médica.*
- *Divulgar e informar masivamente sobre la existencia de la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario, y el funcionamiento de los Tribunales de Ética Médica.*
- *Manejar con transparencia y eficiencia los recursos transferidos por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL para funcionamiento.*

Una falla en el ordenamiento jurídico en materia de ética médica es que ésta sólo es aplicada a los actos realizados por los médicos, y quedan excluidos los estudiantes de medicina, los auxiliares médicos, o las personas jurídicas como clínicas o centros médicos.

²⁴ Yepes Restrepo, Sergio. Pág.22, 23 y 24

5.3.9 Medios Probatorios para Definir la Responsabilidad Médica

Dentro de todo proceso, sin importar su naturaleza, para que el Juez obtenga razón suficiente y pueda emitir fallo favorable o desfavorable, es necesario que se busque la certeza a través de pruebas necesarias y pertinentes.

En los procesos donde se busque la responsabilidad médica los jueces deben fundar sus sentencias en pruebas lícitas, verídicas y conducentes, estas deben regirse por el principio constitucional del Debido Proceso, Artículo 29; que también se encuentra enmarcado en la Convención sobre Derechos Humanos (Artículos 8 y 9) y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Artículos 10 y 11).

Cuando se pretenda establecer las distintas formas de la responsabilidad médica los juzgadores deben lograr el convencimiento fáctico a través de los medios de prueba que le sean allegados por las partes en proceso y así obtener la certeza para poder emitir un fallo.

Es necesario el reconocer que la prueba es el medio que utiliza el Juez para llegar a la convicción por un método razonable, que no genera duda; si en algún momento este no posee la certeza debe buscarla a través de pruebas de oficio que considere necesarias.

El profesor Femado de Trazegeneris citando al doctrinante Francisco Ricci, en su obra “Tratado de las Pruebas” afirma que *"Probar vale tanto como procurar la demostración de que un hecho dado ha existido, y ha existido de un determinado modo y no de otro"*²⁵.

La prueba es entonces el mecanismo por el cual se demuestra la verdad de un hecho ocurrido, las partes en un proceso deben probar los supuestos fácticos y son ellas las encargadas de controvertirlos.

Los jueces encargados de dirimir las controversias que buscan establecer la responsabilidad médica deben regirse por las normas del Código General del Proceso Ley 1564 de 2012, observado los principios generales del Derecho Procesal, los Principios Constitucionales, la jurisprudencia y la doctrina. Para que una acción de reparación del derecho pueda prosperar se deben probar los hechos fácticos que demuestren el daño y el nexo causal. Le corresponde entonces al juzgador determinar si estos hechos son ciertos e indiscutibles.

²⁵ Trazegnies Granda, Fernando. Ensayo “La Teoría de la Prueba Indiciaria” <http://macareo.pucp.edu.pe/ftrazeg/aafad.htm>

Cada proceso de responsabilidad médica tiene una finalidad distinta, por consiguiente, algunos medios de prueba son distintos pero afines. Para establecer las distintas modalidades de responsabilidad médica la carga de la prueba le corresponde al demandante quien debe establecer:

- Si la responsabilidad del médico fue por la no información de lo que podría ocurrir durante el acto médico.²⁶
- Si se estableció un contrato, cual es la obligación de medio o de resultado en la cual el galeno incumplió y si ésta es contractual o extracontractual.²⁷
- Cuál es el daño derivado del incumplimiento por negligencia, impericia, imprudencia o la inobservancia de las normas establecidas al momento de decidir cuál es el tratamiento a seguir.²⁸
- Cuál es la vulneración del bien jurídicamente tutelado encuadrado en los tipos penales.

Los medios de prueba aportados al proceso para establecer la responsabilidad médica entonces son:

- Certificado Médico,
- La Receta o Fórmula Médica
- La Historia Clínica,

Estos documentos que son el acto médico documental sólo son conocidos por los médicos tratantes y por los pacientes o por terceros debidamente autorizados por estos últimos, sin embargo, y mediante una orden judicial, se puede levantar esta reserva al secreto médico.

En los procesos de responsabilidad médica se puede reconocer que al paciente se le presenta dificultad para aportar las pruebas necesarias que determinen la culpa del tratante médico, su nexo causal, debido al secreto profesional que guarda el médico, en consecuencia, es difícil el probar las actividades desarrolladas por el galeno o profesional de la salud en su relación con el paciente ya que no existen testigos de esta relación.

Cuando se allegan las pruebas necesarias surge un problema y es el análisis valorativo de las mismas. El Juez ante su desconocimiento debe apoyarse en el concepto que pueda otorgarle un

²⁶ Decreto 1171 de 1989, Artículo 33.

²⁷ Artículo 1604 del Código Civil

²⁸ *“...Una intervención quirúrgica por sencilla que sea lleva implícito un riesgo y por tanto, debe hacerse previa información de estado físico y psíquico del paciente...”* Consejo de Estado. Sección 3ª. Sala de lo Contencioso Administrativo. s.c., Oct. 24, 1990.

M.P. Gustavo de Greiff Restrepo

perito médico especializado, tarea difícil ya que no son muchos los galenos expertos que acepten colaborar como peritos.

Luego del que Juez obtenga las pruebas necesarias y basándose en el informe pericial²⁹ el Juez debe realizar un análisis valorativo de los elementos probatorios, con los que cuenta, para que lo lleven al convencimiento fáctico. Para su apreciación es necesario utilizar principios y reglas valorativas, para poder verificar los hechos en sus aspectos materiales, procesales y sociales.

5.3.10 El Litigio en los Casos de Negligencia Médica

Como se ha podido establecer con anterioridad cuando un resultado esperado es adverso, surge un sentimiento de ira y desolación que es muy difícil de remediar, y más cuando este sentimiento es producido por un acto médico negligente.

Cuando el paciente o sus familiares se deben enfrentar a estas situaciones entonces inician un proceso donde se busca:

- La Reparación del Daño
- El Pago de una Indemnización por Perjuicios
- La Sanción Disciplinaria y Penal del Tratante Médico.
- El Restablecimiento de Derechos.

Los casos más comunes de litigio por negligencia médica son:

- Diagnóstico Equivocado o Tardío
- Falta o Defectuosa Realización de Pruebas Complementarias
- Alta Hospitalaria Indebida
- Seguimiento Posterapéutico Incorrecto
- Fallos en la Medicación

²⁹ Este debe de contener los principios científicos en que se funda la explicación detallada de las operaciones técnicas realizadas, sustentada en sólidos principios éticos. Así el perito rendirá su dictamen y lo hará en forma objetiva, imparcial, concreta, precisa y clara.

El médico legista puede llegar a las siguientes conclusiones:

- No ha ocurrido actuación inadecuada del médico.
- El daño en el paciente obedeció a la actuación inadecuada del médico, es decir, una mala práctica.
- El daño en el paciente se debió a la iatrogenia (toda alteración del estado del paciente, familiares y/o sociedad, producida por el médico).

- Fallos en los Elementos Utilizados en los Tratamientos
- Maniobra Quirúrgica Incorrecta
- La Inobservancia de Protocolos Médicos
- Formación Insuficiente del Médico

Siempre que se establezca un litigio de responsabilidad médica se debe conocer el daño ocurrido, entiéndase como daño a toda alteración física y psíquica que tenga repercusiones materiales e intrínsecas. Los tipos de daño que se persiguen reparar son:

- Daño Físico (Lesiones).
- Daño Psicológico.
- Daño Material (Económico, debido a incapacidad física y psicológica).
- Daño Inmaterial (Sufrimiento, Angustias, Dolor).
- Daño Estético (Mutilaciones y Laceraciones permanentes que queden a la vista).

Establecido el elemento subjetivo del proceso se debe definir el origen del daño y este puede ser doloso o culposo. Los elementos estructurales del litigio por negligencia médica son:

- La acción u omisión que generó el daño.
- El daño a un bien jurídicamente tutelado que el paciente no debe sufrir, este daño implica un detrimento del patrimonio.
- Establecer en el nexo causal, que es la relación existente entre la acción u omisión y el daño al bien jurídico tutelado por el legislador donde su resultado es su causa y efecto.
- Demostrar la falla del servicio entre el nexo causal y la violación de los principios éticos de la prestación de un servicio.

5.3.11 RESOPONSABILIDAD EN BACTERIOLOGIA.

Según (Villegas, 2008) la tasa de bacteriólogos es de 2.9%, el tipo de proceso jurídico es el disciplinario por causas administrativas en su mayoría, la mayor falla se presenta en las Fases Pre analítica y analítica. En la Revista Clinical Chemistry publico una serie de estudios de “Fallas” en resultados de rutina obteniéndose: “Fallas Totales” del orden 251 por millón de resultados de pacientes (uno de cada 4000); de ellos se han implicado en un cambio de criterio

respecto al diagnóstico o tratamiento en 47 por millón de resultados (uno de cada 20000 resultados). De una serie de 40000 análisis el 13 % fueron atribuibles a la fase analítica y el 87% de la fase pre analítica fueron equivocaciones: 65% fueron errores del nombre del paciente, dificultades con la solicitud y muestras inadecuadas. En el estudio se analizaron 8 casos de responsabilidad civil, siete de los casos fueron de proceso disciplinario y un preventivo penal esta es una modalidad en la que no se ha emprendido un proceso contra el profesional y se realiza un análisis del riesgo científico y legal si llega a darse reclamación, en los 7 casos de tipo disciplinario las sanciones se dieron por culpa de tipo gravísimo en un 13%, y grave en un 25%. El 100% de las complicaciones fue de tipo humano. Los motivos de las demandas incluyen extralimitación de las funciones, malos tratos con compañeros, violación a reglamentos, solicitud de resarcimiento de lesiones y en un caso aclaración de los hechos por la muerte de un paciente, al haber recibido una unidad de sangre contaminada.

5.3.12 ERRORES EN LA MEDICACION

En un estudio descriptivo retrospectivo realizado por (Marulanda, 2007) se identificaron 162 casos con error en la medicación de los cuales en 108 se identificó posible responsabilidad médica, en el 45% el error contribuyo o causo la muerte del paciente, el principal proceso jurídico al que se enfrentaron los profesionales fue penal (38.8%), el motivo más frecuente de la demanda fue el Evento Adverso en la Atención en Salud. En este estudio llama la Atención la Alta prevalencia de errores mortales (46.2%) en donde el motivo de la demanda no fue el error de medicación, que aunque se encontraba presente y ocasionaba eventos adversos en la actualidad los errores en medicación son factores potenciales en la presentación de casos de responsabilidad médico-legal.

Categoría del error en Medicación

VARIABLE	CATEGORIA	CONTEO	PORCENTAJE
CATEGORIA DEL ERROR DE MEDICACION	SIN DAÑO	8	31.5
	CON DAÑO NO MORTAL	51	37.7
	MORTAL	49	30.9

Tabla 1: Categoría del error en Medicación en esta tabla se observa que el error de medicación se encuentra entre la categoría de daño no mortal y mortal.

Características Medico Legales del Error de Medicación

VARIABLE	CATEGORIA	CONTEO	PORCENTAJE
Responsabilidad Médico Legal	Si	108	66.7
	No	53	32.7
	Sin Información	1	0.6
	Penal	42	38.8
	Ético	20	18.5
Tipo de Proceso Jurídico	Preventivo	11	10.1
	Disciplinario	10	9.2
	Civil	7	6.4
	Administrativo	6	5.5
	Sin Información	12	11.1
Calificación del riesgo Científico del proceso en caso de responsabilidad	Alto	62	57.4
	Medio	35	32.4
	Bajo	10	9.2
	sin Información	1	0.9
Culpa en Casos de Responsabilidad	Impericia	2	1.8
	Imprudencia	100	92.5
	Negligencia	5	4.6
Daño en casos con Responsabilidad	Sin Información	1	0.6
	Si	99	91.6
	No	9	8.3

Tabla 2: Características Medico Legales del Error de Medicación se observa la prevalencia de la responsabilidad médico legal, el tipo de proceso es penal, la clasificación de riesgo es alto y genera daño en un 91.6%

5.3.13 ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS EN ÁREAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Andrews y col. publicaron en 1997 un estudio sobre una nueva estrategia para observar errores de procesos y eventos adversos, documentaron eventos adversos y errores fatales en dos unidades de cuidados intensivos (UCI) y en una unidad quirúrgica, el estudio reveló que el 45.8% de los pacientes experimentó un efecto adverso durante su internación y en el 17.7% dicho evento provocó una discapacidad temporaria o injuria más seria. Kopp B J y Col. publicaron el año pasado un estudio prospectivo sobre tipos de errores y eventos adversos de medicación que ocurren en el contexto de una UCI, identificaron 185 incidentes durante un estudio piloto que duró 16.5 días, 13, o sea el 37% correspondía errores no prevenibles, 40 fueron errores calificados como de baja importancia clínica, pero 110 de ellos, el 83%, condujeron a un potencial evento adverso y 22 (17%) efectivamente produjeron a un efecto adverso por drogas prevenible. Su cálculo mostró que se producía un error de medicación cada cinco dosis administradas que podían conducir a un efecto adverso real o potencial. La mejora de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente es a la vez un problema relacionado a la cultura de la organización (Antonio, 2008)

5.4 DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS

5.4.1 PRINCIPALES CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MEDICA

En los últimos años se ha observado un incremento de la presión legal de los pacientes contra médicos y otros profesionales de la salud, sin embargo en nuestro país no hay muchos estudios

que manejen datos objetivos, homogéneos y comparables, por esto es importante liderar estudios que muestren datos relevantes que permitan generar planes de acción e intervenciones oportunas. En los estudios de (Tamara, 2012) y (Perea, 2013)El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España e Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá en donde se caracterizan los casos por presunta falla en la responsabilidad profesional entre 2006-2010 arrojándose los siguientes datos comparados entre los dos estudios: La mayoría de las sentencias, el 65,2% (1.837) se dictaron en el período 2001-2010, procediendo la mayoría de la jurisdicción civil (85%). Las especialidades más reclamadas judicialmente fueron ginecología y obstetricia (13,5%), cirugía ortopédica y traumatología (12,3%), urgencias (9,7%), cirugía y medicina estética (8,1%) y enfermedades infecciosas (6%). El 46% de las sentencias apreciaron algún tipo de mala praxis por parte del médico, y la cuantía media de las indemnizaciones fue de \$ 270.394.420.

El número de sentencias motivadas por reclamaciones de mala praxis médica ha aumentado progresivamente durante el período contemplado, las especialidades médicas más reclamadas fueron gineco-obstetricia, y cirugía ortopédica, estos datos coinciden en los dos estudios revisados, el porcentaje de sentencias que aprecia algún tipo de mala praxis médica (46%) y la cuantía media en las indemnizaciones es 2 veces y media menor que en las series de referencia Norteamericanas, sin embargo en Colombia no se ha analizado minuciosamente el costo de las indemnizaciones por responsabilidad profesional.

Especialidades médicas más reclamadas

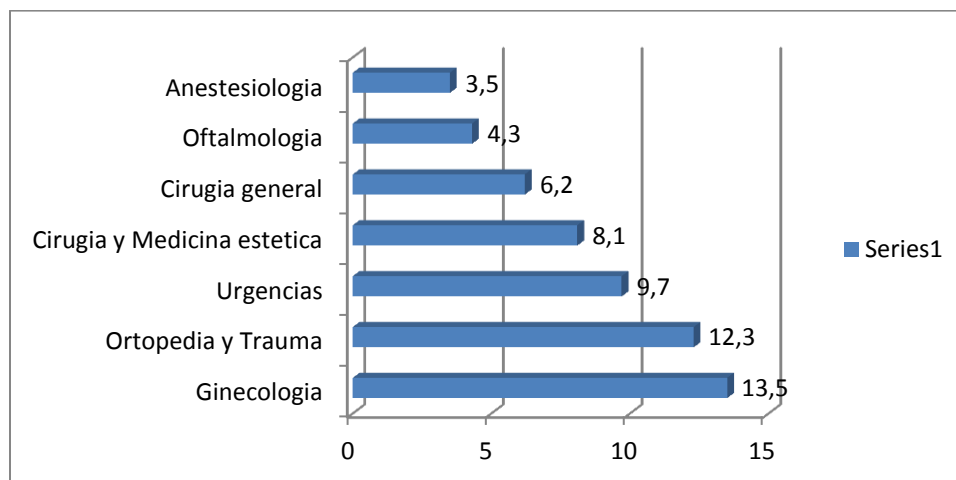


Figura I: Las 5 especialidades más reclamadas judicialmente fueron ginecología y obstetricia (13,5%), cirugía ortopédica y traumatología (12,3%), urgencias (9,7%), cirugía y medicina estética (8,1%) y Cirugía General (6%)

Distribución de los casos según el tipo de autoridad solicitante

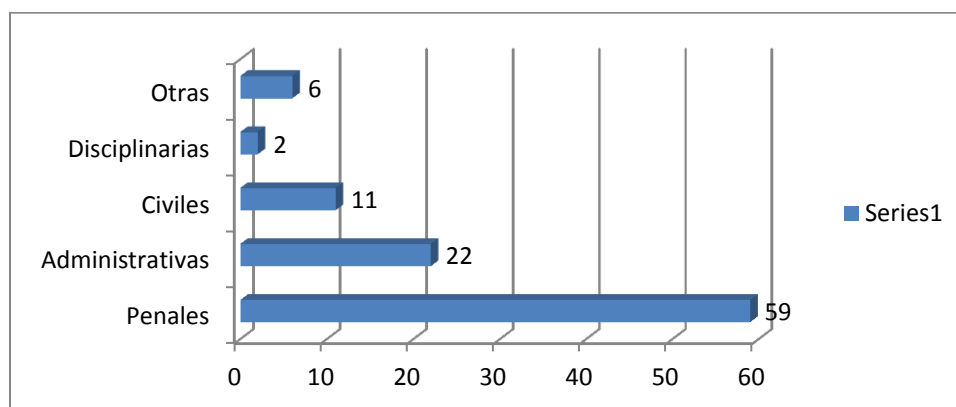


Figura II: La distribución de las autoridades que solicitaron los informes se muestra una amplia mayoría de las autoridades de tipo penal.

Número de casos según la categoría de los demandados

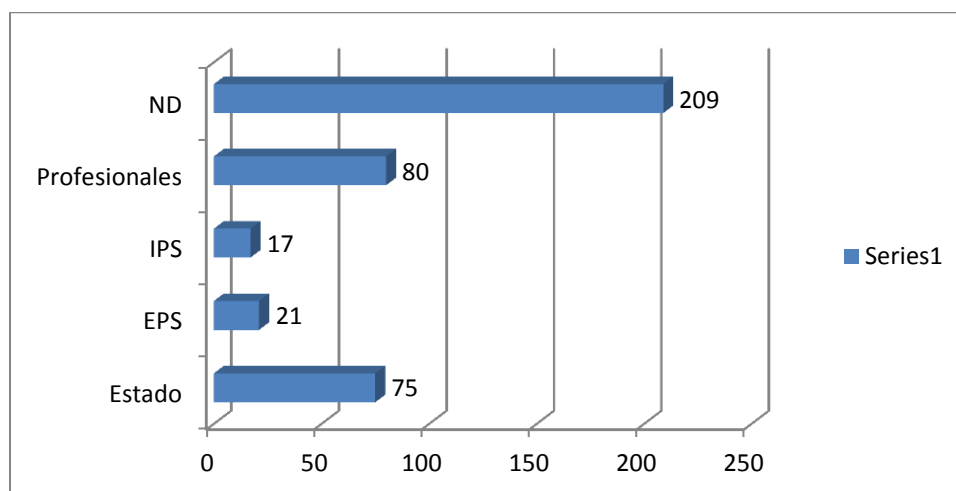


Figura III: se aprecia que las demandas se presentaron directamente contra los profesionales o contra el Estado a través de sus diferentes instituciones

Falla en la prestación del servicio (presunta conducta culposa)

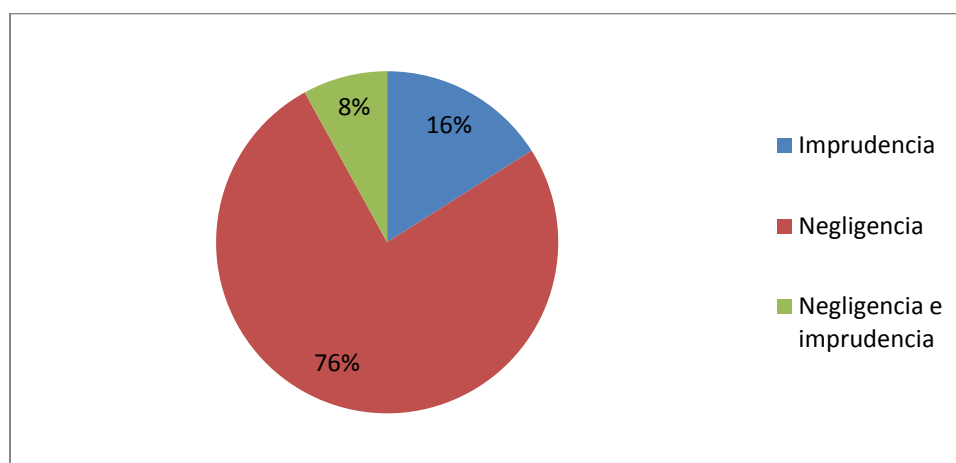


Figura IV: En más del 60% de los casos no se evidencia culpa. En los casos en que se detecta algún tipo de culpa, ésta se presenta en primer lugar por negligencia – no hacer –, seguida por imprudencia – no saber –, e imprudencia e impericia respectivamente.

Distribución del daño o perjuicio que reclama el demandante

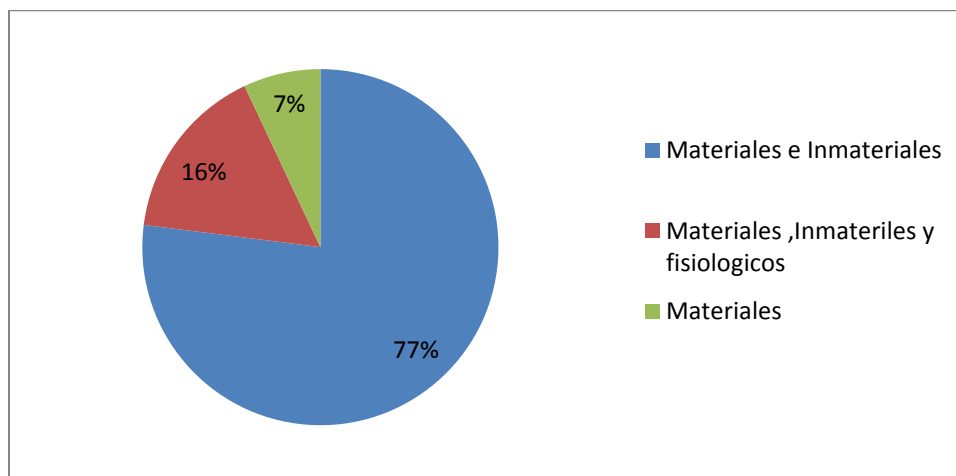


Figura V: El daño o perjuicio que reclama el demandante, ésta en primer lugar los materiales e inmateriales seguido por imprudencia Materiales-inmateriales-fisiológicos y en último lugar los materiales.

Causas de las demandas

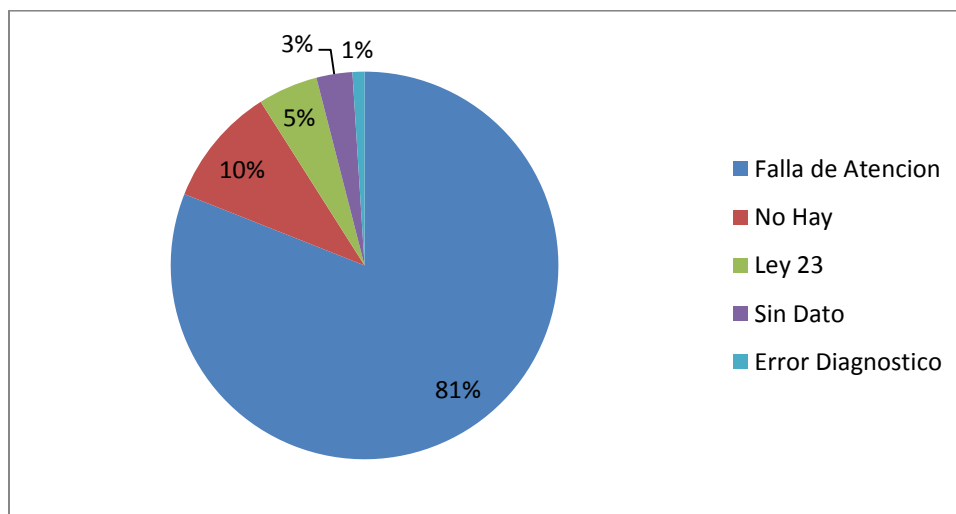


Figura VI: La principal causa de demandas es por falla en la atención y en un bajo porcentaje por error médico.

Número de casos según diagnósticos

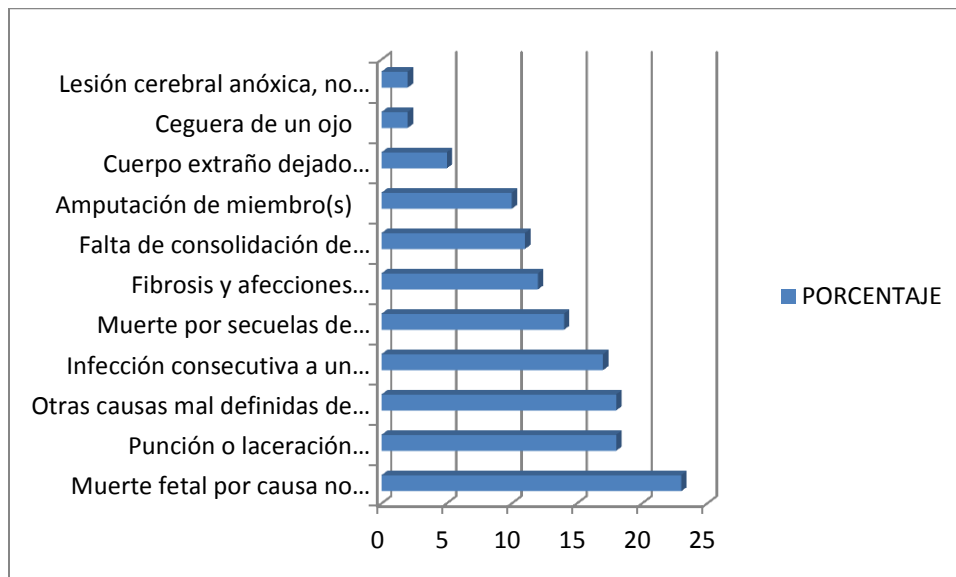


Figura VII: Se hizo una categorización de los diagnósticos por caso, de acuerdo con la clasificación del estudio “Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica” (IBEAS) hallándose que el 24 % de los diagnósticos estaban relacionados con lesiones inadvertidas o advertidas durante procedimientos quirúrgicos.

Cuantía indemnizatoria media

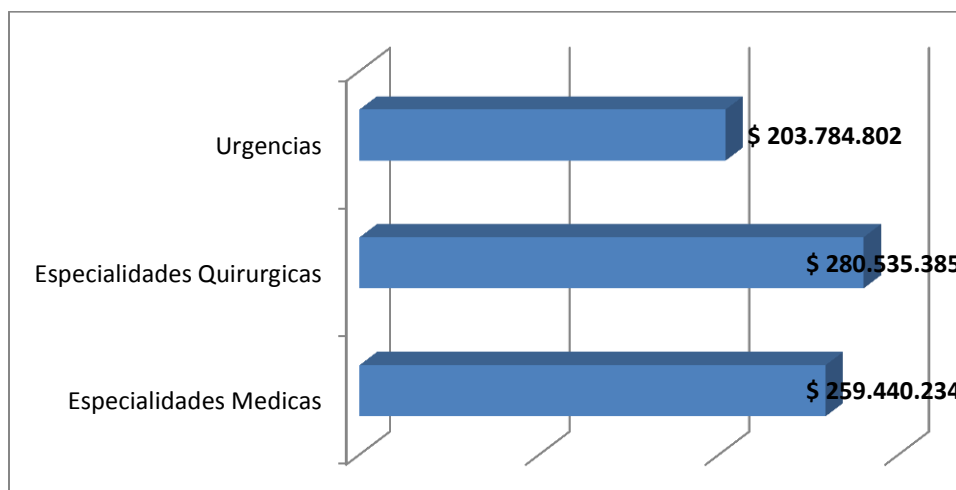


Figura VIII: Se analizó una cuantía indemnizatoria media de las demandas analizadas observándose un costo de \$ 270.394.420

5.4.2 IMPACTO EVENTOS ADVERSOS EN LA SEGURIDAD CLINICA

Las intervenciones de atención en salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia. (Lorena Elizabeth González, 20102)

El problema de los eventos adversos en la atención sanitaria no es nuevo. Ya en los decenios de 1950 y 1960 algunos estudios dieron cuenta de eventos adversos, pero casi no se prestó atención a este tema. A principios del decenio de 1990 empezó a disponerse de pruebas científicas en ese sentido, con la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study en 1991. Investigaciones posteriores en Australia, los Estados Unidos de América y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en particular la publicación en 1999 de *To err is human: building a safer health system* por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, aportaron más datos y colocaron el tema en la cabecera de los programas políticos y en el centro del debate público en todo el mundo. Hoy, otros países, como el Canadá, Dinamarca, los Países Bajos, Suecia y más países miembros de la OCDE estudian seriamente el problema. Nueva Zelandia ha hecho un estudio de viabilidad sobre la investigación de los eventos adversos en los hospitales públicos. En la tabla 1 podemos ver los resultados de algunos de estos estudios, los cuales reportaron tasas de eventos adversos de entre 3.2 y 16.6 de cada cien egresos hospitalarios. (Lorena Elizabeth González, 20102)

Eventos adversos en la atención de salud. Datos de varios países

Estudio	Objeto del estudio	Fecha	Tasa de eventos adversos (%)
Harvard Medical Practice Study	Hospitales para enfermos agudos	1984	3,8
Utah-Colorado Study (UTCOS)	Hospitales para enfermos agudos	1992	3,2
(UTCOS)	Hospitales para enfermos agudos	1992	5,4
Australia (QAHCS)	Hospitales para enfermos agudos	1992	16,6
Australia (QAHCS)	Hospitales para enfermos agudos	1992	10,6
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	Hospitales para enfermos agudos	1999-2000	11,7
Dinamarca	Hospitales para enfermos agudos	1998	9

Tabla 3 Se relacionan los estudios que han investigado la magnitud de los eventos adversos en Hospitales (SALUD O. M., 2001), se evidencia que la tasa de eventos adversos se encuentra entre 3.8 – 16.6 %

Costos que generan los Eventos Adversos

Estudio	Costo de la Estancia Hospitalaria	Costo de Indemnizaciones
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	2000 millones de Euros /año	400 millones de Euros/año
Estados Unidos	17000 millones de dólares/año	29000 millones de dólares/ año

Tabla. 4 En esta tabla se relacionan los costos que generan en estancia hospitalaria y en indemnizaciones los eventos adversos, a estos costos hay que añadir la erosión de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción del usuario y de los proveedores de atención médica (SALUD O. M., 2001)

5.4.2.1 EVENTOS ADVERSOS EN COLOMBIA

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS, hecho en 5 países de la región (México, Costa rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, fue hecho en 4 países de latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación. En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores

de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes en el estudio fueron hospitales acreditados. (SOCIAL, 2008).

Según el estudio (Duarte, 2008) de Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos de pacientes hospitalizados realizado en tres instituciones de salud de Colombia se concluyó: Durante el periodo a estudio se presentaron en las tres instituciones 7263 admisiones que correspondieron a un total de 6688 pacientes, ingresaron a servicios quirúrgicos 2361 (35,3 %), a obstetricia 2732 (41 %) y a servicios médicos 1 595 (23,9 %). De los pacientes incluidos, 4839 correspondieron a mujeres (72,5 %) y 1849 correspondieron a hombres (27,5 %). Se detectaron 789 eventos centinelas en 505 pacientes (frecuencia de eventos centinelas positivos: 7,9 % IC95 % 7,3-8,6). La incidencia acumulada de EA fue de 4,6 % (310 pacientes), la incidencia de EA en especialidades quirúrgicas fue: 6,2 %, ginecobstetricia: 3,4% y especialidades médicas: 3,6 %. El número total de eventos adversos en todas las hospitalizaciones fue de 450; un 22 % presentaron dos o más EA y un 4 % presentaron tres o más eventos adversos. El sitio donde más frecuentemente se presentaron los EA fueron en salas de Cirugía (31,0 %), en hospitalización (28,8 %), en salas obstetricia (17,7 %), en urgencias (9,4 %), en unidad de cuidados intensivos (6,7 %) y en recuperación postquirúrgica (6,3 %). Los EA se presentaron más frecuentemente como complicaciones técnicas intraoperatorias (27,6 %), complicaciones no técnicas (15,7 %), relacionadas con procedimientos obstétricos (parto-posparto) de enfermería (16,4 %), infección de la herida (12,5 %), relacionados medicamentos (9,2 %), complicaciones tardías (6,5 %), las fallas diagnósticas, las fallas terapéuticas y las caídas tuvieron una frecuencia relativa del 3 % cada una. Sólo 1,5 % se relacionaron con componentes sanguíneos y 0,6 % con fallas técnicas.

En 61 % de los pacientes con EA, se aumentó la hospitalización como consecuencia de este con un incremento total de 1072 días. Del total de pacientes 251 tuvieron discapacidad menor a 6 meses 80 %, y 13 pacientes tuvieron una recuperación mayor a 6 meses 4 %, Hubo daño permanente en 4 pacientes. La mortalidad asociada al evento adverso fue de 6,4 %.

Frecuencia de Eventos Adversos Tamizados en Colombia

Evento Tamizado	Numero de caso
Readmisión no planeada como resultado del cuidado general dado al paciente	221
Readmisión no planeada a la unidad de Cuidado intensivo	105
Traslado no planeado o reingreso a sala de cirugía	79
Muerte inesperada	10
Extracción, lesión o reparación de un órgano no planeada durante la cirugía	54
Lesiones o complicaciones relacionadas con el trabajo de parto, el parto o aborto incluyendo complicaciones neonatales	50
Complicaciones intrahospitalarias presentadas durante el proceso de admisión	8
Infección nosocomial o Infección asociada al cuidado de la salud	144
Accidente o lesión del paciente ocurridos en el hospital	17
Reacción adversa a medicamentos / insumo indicado en la historia clínica/ reporte de reacción adversa a medicamentos incluido hemoderivados	36

Tabla 5 Este estudio es la primera aproximación epidemiológica publicada sobre el tema en Colombia y muestra que al menos el (4,5 %) de los pacientes hospitalizados en servicios quirúrgicos, médicos o de ginecobstetricia de las tres instituciones observadas presentaron eventos adversos

5.4.2.2 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de

Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales. (SOCIAL, 2008)

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose. La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

Permitir que sea el experto quien haga las cosas, confiar cada vez menos en la memoria, gestionar el riesgo de cada actividad, alertar sin miedo sobre el error, compartir el aprendizaje, ante la duda, pedir ayuda, adhesión a las guías de práctica clínica, adhesión a las guías de procedimientos de enfermería, adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras. (SOCIAL, 2008).

Según (Antonio, 2008) los programas enfocados en seguridad del paciente han variado de lugar en lugar y entre distintas áreas del mundo y países, sin embargo si se echa una mirada objetiva a

esas iniciativas se llega a la conclusión de que existen algunos objetivos y valores que son comunes a la mayoría. Entre ellos podemos citar: „ Introducir cambios en los procesos que permitan disminuir los errores, realizar medidas objetivas de indicadores representativos de los procesos, Cambiar la cultura de la organización hacia un nuevo paradigma de prevención del error y denuncia espontánea no punitiva de los mismos. El cambio de cultura dirigido a priorizar la seguridad del paciente es un nuevo lema que se ha desarrollado y que ha invadido rápidamente la literatura médica.

Un número importante de factores se ha combinado para que se haya creado una necesidad imperiosa de mejorar los sistemas de salud: Avance de la ciencia médica y la tecnología, el atraso de los sistemas de salud para transformar el conocimiento en una práctica segura y el envejecimiento de la población.

De acuerdo con Aguirre Gas: “La calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”. (Lorena Elizabeth González, 20102)

De acuerdo al Instituto de Medicina, en su libro “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”, el sistema de salud debe proporcionar atención con las siguientes características: (Lorena Elizabeth González, 20102) Segura. Evitar que los pacientes sean dañados debido a las intervenciones médicas que se supone intentan ayudarlos, Oportuna (a tiempo), Efectiva. Proveer servicios basados en el conocimiento científico, Eficiente. Que disminuya el desperdicio de equipo, insumos, ideas y energía. Equitativa. Asegurar que el cuidado brindado no varíe en calidad, Centrada en el paciente. Proveer servicio médico que sea

respetuoso y que responda a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes, asegurándose de tomarlos en cuenta en todas las decisiones clínicas.

Como podemos ver la seguridad es primordial, recordando aquel principio médico Hipocrático: “Lo primero es no hacer daño”, lo cual nos recuerda que es nuestra obligación prevenir en lo posible el daño a los pacientes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recalcó la importancia de la calidad de la atención y la seguridad del paciente, como una cualidad esencial para conseguir los objetivos nacionales e internacionales en salud; la mejora de la salud de la población, y el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud. (Lorena Elizabeth González, 20102)

Metas internacionales por la seguridad de los pacientes

Metas	Objetivos
1. Identificar correctamente a los pacientes.	Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
2. Mejorar la comunicación efectiva.	Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.	Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.	Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de lavado de manos
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.

Tabla 6 Tomado de: Estándares para la Certificación de Hospitales. Versión 2011. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Líneas de acción propuestas por la OPS para mejorar la calidad de los servicios de salud.

1. Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial
2. Promover la participación ciudadana en temas de calidad
3. Generar información y evidencia en materia de calidad
4. Desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad.

5. Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente.

Tabla 7: en esta tabla se describen los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud para mejorar la calidad de los servicios de salud

En España, el **Ministerio de Sanidad y Política Social**, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, promueve la seguridad del paciente a través de un programa estratégico inscripto dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: <http://www.seguridadelpaciente.es/>. (Victoria, 2016)

En el caso de Argentina, es destacable la iniciativa “Seguridad en el paciente y error en medicina” promovida desde el **Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina** que nace en 2001 con el objetivo de diseñar, desarrollar e implementar un proyecto de investigación que promueva la seguridad de los pacientes en los procesos de atención: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/>. (Victoria, 2016).

Con pacientes (y familiares de pacientes) cada vez más exigentes, informados y conscientes de sus derechos, y con profesionales cada vez más presionados, la comunicación se hace día a día más difícil. En poco tiempo, los pacientes han pasado de una confianza casi absoluta en su médico, al desencuentro y la desconfianza manifiesta. Este clima favorece que el paciente reaccione frente a un EA planteando reclamaciones, demandas y litigios.

5.4.3 IMPACTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Según el artículo de (semFYC, 2016) El deseo de cualquier profesional sanitario es mejorar la Vida de sus pacientes o minimizar el sufrimiento cuando lo primero ya no es posible. Cuando un paciente padece un daño accidental en el proceso de atención, la confianza en el profesional se deteriora. Es una experiencia traumática y dolorosa pero no solo para el paciente y su familia, sino también para los profesionales de Salud que se ven involucrados y que se convierten así en

Segundas víctimas de dicho evento adverso. Este hecho puede acarrear para ellos serias consecuencias laborales, familiares y personales (Aranaz, 2013) y para las instituciones sanitarias (Terceras víctimas) donde estos EA ocurren una pérdida de prestigio entre ciudadanos y pacientes. (Denham, 2007). Las segundas víctimas han sido definidas por Scott et al. Como todo proveedor de servicios sanitarios, que participa de alguna forma en un Evento Adverso a consecuencia de lo cual queda emocional y profesionalmente traumatizado, su modo de práctica se vuelve inseguro, su situación afectiva se ve alterada y las dudas sobre su criterio profesional hacen que se afecte la calidad de la atención que brindan a otros pacientes. Según (Scott, 2009) en general la reacción de la segunda víctima está influenciada por el resultado clínico del error en su paciente y sus sentimientos de responsabilidad personal, la pérdida de memoria durante varios días, depresión, ansiedad, sentimiento de culpa y rabia, estrés postraumático y dificultades para desempeñar sus roles cotidianos, pensamientos intrusivos y trastornos del sueño son los síntomas más comunes de este síndrome. Además del impacto psicológico, las segundas víctimas atraviesan por una pérdida de redes de apoyo a nivel laboral, social y familiar, sin olvidar la pérdida de trabajo por despido y otros beneficios. En casos más graves, el impacto conlleva a que estas personas dejen su profesión o cometan suicidio debido a que no superan la frustración. La duración del impacto varía de persona a persona, sin embargo, se ha observado que muchos continúan pensando en el evento adverso hasta dos años después de lo ocurrido. Consideramos tercera víctima a una organización de salud que sufre a consecuencia de un EA una importante pérdida de su reputación entre los ciudadanos y pacientes que llegan a desconfiar de los servicios que presta. (Denham, 2007).

La mayor parte de los programas de gestión del impacto de los Eventos Adversos ya sea en los pacientes afectados, en los profesionales implicados o en la institución involucrada, pertenecen a

organizaciones internacionales con sede en EE. UU, en este caso en España el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas ha llevado a cabo varios estudios, incluyendo el contexto de la atención primaria. Uno de los centros de referencia de los programas de intervención se localiza en el Hospital Clínico de la Universidad de Missouri (UMHC), con su programa ForYOU (Care, 2016). Este programa se puso en marcha en 2007, para apoyar a los profesionales sanitarios afectados por un Evento Adverso Este programa aborda las 6 etapas que experimenta el profesional sanitario tras un Evento Adverso (Scott, 2009)

1. Confusión y respuesta al EA
2. Pensamientos intrusivos
3. Restauración de la integridad personal
4. Resistiendo el proceso
5. Consiguiendo apoyo emocional
6. Siguiendo hacia delante: Abandonando, sobreviviendo (ajuste con afectación) o superando el proceso (resolución de la crisis).

En Colombia según (FEPASDE, 2016) Se propone entonces que existan Grupos de Respuesta Institucional como “**Código Naranja**” que, similar a lo que hace el “Código Azul” frente a un paciente en paro, le brinde al profesional un acompañamiento en el manejo del evento mediante una red de apoyo. Este grupo debe hacer, entre otras funciones:

- a. Definir la persona más idónea para comunicarle al paciente o su familia el evento que se ha presentado.
- b. Valorar el estado del profesional implicado, para definir si debe suspender actividades laborales mientras el estrés es manejado.

- c. Contar con personal capacitado como primeros respondientes para el manejo agudo de la crisis.
- d. Definir el apoyo que se le va a dar al equipo de trabajo involucrado.
- e. Proponer el plan de apoyo a la institución para que se pueda continuar en forma rápida y segura con la prestación de la atención en salud.
- f. Involucrar lo sucedido dentro del programa de seguridad para el análisis del evento adverso y el plan de intervención.
- g. Identificar la necesidad de apoyo jurídico inmediato.

5.4.4 COMUNICACIÓN DEL EVENTO ADVERSO AL PACIENTE Y FAMILIA

Según la Guía de actuación para atender a las segundas y terceras víctimas y ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso (victimas, 2015) se debe proporcionar una información correcta y oportuna a los pacientes (o sus familiares) que haya sufrido un Evento Adverso teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Con la información disponible ordenada, un responsable clínico, especialista en el proceso que padece el paciente (no se aconseja que sea el profesional directamente implicado en el incidente), en compañía de otro profesional que sea conocido por el paciente (o sus familiares) debe ofrecer una información franca al(los) paciente(s), incluyendo una disculpa. Si son varios los afectados, la información debe ofrecerse individualmente. Es importante la inmediatez de la información, aunque en un primer momento ésta sea parcial, indicándoselo así al(los) paciente(s).
2. Determinar, mediante consenso del equipo de profesionales, qué información se va a transmitir, en qué orden, y en qué términos se le pedirán disculpas en forma empática. Ceñirse a hechos concretos y datos objetivos, atender a las posibles necesidades especiales de comunicación del(los) paciente(s), atendiendo a su edad, situación familiar, idioma o lengua en el que se expresa mejor, etc.

3. Informar no sólo del incidente sino también de los pasos que se van a seguir para determinar por qué ha sucedido y cómo evitar que se repita, asegurando que el(los) paciente(s) o sus familiares entienden la información y no se han quedado con dudas.
4. Realizar una anotación en la historia clínica especificando la información que se le ha dado al paciente y el detalle de las preguntas y nivel de comprensión de dicha información.

5.4.5 VALOR DE UNA DEMANDA POR DAÑO A LA SALUD

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado tras una demanda interpuesta al Ministerio de Defensa y al Ejército Nacional, por los daños y perjuicios morales y patrimoniales, a causa de la muerte de un menor y lesiones de dos hombres, por la explosión de una granada abandonada por el Ejército Nacional luego de un operativo militar en el Municipio de El Santuario. El Consejo de Estado al analizar las pruebas del demandante encontró que el Ejército Nacional incurrió en un error al dejar el artefacto abandonado, siendo una obligación de las tropas limpiar la zona donde se había desarrollado el operativo. Dentro de la demanda se solicitan 1000 salarios mínimos legales mensuales para cada una de las personas afectadas; al respecto, la Sala considera necesario indicar el referente en la liquidación del perjuicio moral en: los eventos de lesiones y la valoración de la gravedad o levedad de la lesión reportada por la víctima.

Liquidación de perjuicio moral

El manejo de liquidación del perjuicio moral se dividió en seis (6) rangos: La verificación de la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, determinará el monto de indemnización en salarios mínimos, para las víctimas indirectas se le asignará un porcentaje de

acuerdo al nivel de relación con respecto al lesionado, gravedad o levedad de la lesión y el correspondiente nivel se determinará en conformidad con lo probado en el proceso.

Nivel 1	Victima Directa, conyugue ,padres
gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%	100 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%	80 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%	60 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 20% e inferior al 30%	40 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20%	20 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%	10 SMLV
Nivel 2	Abuelos Hermanos Nietos
gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%	50 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%	40 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%	30 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 20% e inferior al 30%	20 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20%	10 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%	5 SMLV
Nivel 3	3° de Consanguinidad
gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%	35 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%	28 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%	21 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 20% e inferior al 30%	14 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20%	7 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%	3,5 SMLV
Nivel 4	4° de Consanguinidad
gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%	25 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%	20 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%	15 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 20% e inferior al 30%	10 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20%	5 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%	2,5 SMLV
Nivel 5	Terceros damnificados
gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%	15 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%	12 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%	9 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 20% e inferior al 30%	6 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20%	3 SMLV
gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%	1, 5 SMLV

Tabla 8: *Se detalla la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la cual determinará el monto de indemnización en salarios mínimos*

Daños a la salud

El Consejo de Estado afirma que para indemnización en los daños a la salud se tendrán en cuenta los criterios expuestos en las sentencias unificadas del 14 de septiembre de 2011, que reglamenta que la indemnización es de 10 a 100 SMLMV.

Gravedad de la Lesión	Victima
Igual o superior al 50%	100 SMLV
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80 SMLV
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60 SMLV
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40 SMLV
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20 SMLV
Igual o superior al 1% e inferior al 21%	10 SMLV

Tabla 9: En esta tabla se detalla la gravedad de la lesión y la indemnización en salarios mínimos

Sin embargo, en los casos de extrema gravedad y excepcionales se puede aumentar hasta 400 SMLMV, que debe estar debidamente motivada, teniendo en cuenta las siguientes variables: la pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente), la anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental, la exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano, la reversibilidad o irreversibilidad de la patología, la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria, excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.

5.4.5.1. A qué tiene Derecho el Paciente que se ve Afectado por un Procedimiento Médico?

Todo ser humano es sujeto de deberes y derechos, sus deberes pueden ser morales o jurídicos y sus derechos están inmersos en la ley. La Constitución Política de Colombia establece que es finalidad de Estado Social de Derecho el asegurar la vida, la dignidad humana, la no discriminación debido a su condición social o política, a no ser tratado cruel e inhumanamente, al libre desarrollo de su personalidad y conciencia, a dar y recibir información cuando de esta dependa la tutela de sus derechos.

El Artículo 49 constitucional dice:

“...La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.”

En concordancia con lo anterior, la salud es un derecho fundamental y su base normativa es: la Constitución, los Tratados Internacionales inmersos en el Bloque de Constitucionalidad, las Normas descritas en la Ley 23 de 1981, la Resolución 1817 de 2009 donde se definen los derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, Resolución 13437 de 1991 por la cual se constituyen los comités de

Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes, teniendo como base el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificado por Colombia en la Ley 74 de 1968, donde se reconoce el derecho que tiene toda persona a disfrutar en el más alto nivel posible de salud física y mental y los beneficios del progreso médico científico.

La Corte Constitucional en Sentencia T-548/92 conceptúa lo siguiente:

“El enfermo tiene derecho a que se le prodiguen cuidados compatibles con su condición de ser humano, vale decir, un buen trato y diálogo permanente con su médico acerca de la naturaleza, evolución y terapia de su dolencias. El médico debe estar dispuesto a escuchar a su paciente, sus familiares y las opiniones de sus colegas por cuanto sólo así podrá contar con todo el aspecto fáctico del caso y establecer el adecuado equilibrio entre los derechos de los pacientes y los principios éticos de su profesión. Dentro de este contexto, una de sus mayores responsabilidades profesionales es proteger el bienestar de su paciente y minimizar los riesgos globales de sus terapias. A la peticionaria no se le ha negado el núcleo esencial del derecho a la salud.”³⁰

En general los derechos del paciente son:

- **Igualdad:** Recibir una atención integral, sin distingo de raza, sexo, edad, religión, opinión política y condición económica.
- **Libertad:** De elegir libremente el tratante médico y el personal que estará a cargo de sus cuidados.
- **Respeto y Dignidad:** Se debe brindar un trato respetuoso y digno. El paciente tiene derecho a que se le respete la voluntad de participar en investigaciones realizadas por personal médico calificado y que del fruto de esta se pueda hacer un avance científico.
- **Confidencialidad:** Es un derecho del paciente que los encargados de prestar los servicios médicos guarden la custodia de los registros clínicos y anexos relacionados con todos los procedimientos realizados en su tratamiento. El secreto profesional solo será levantado por exigencia judicial.
- **Comunicación:** El médico tratante y sus auxiliares debe brindar toda la información pertinente al tratamiento médico que se adelanta, los procedimientos que son necesarios

³⁰ Corte Constitucional Sentencia T 548 de 1992

para su diagnóstico, los riesgos a los que se expone. Esta información debe ser clara, precisa y concisa, utilizando un vocabulario apropiado a su condición sociocultural y anímica.

- **Salud y Respeto:** Es un deber médico el esmero en su labor profesional buscando así el restablecimiento de salud del paciente, utilizando cuidados humanizados y seguros durante la consulta y procedimientos, buscando el mejoramiento integral de la calidad de vida del paciente. Es un derecho del paciente el respeto por su voluntad al rehusar la donación de sus órganos para que éstos sean trasplantados a otros enfermos y el derecho a morir dignamente.
- **Consentimiento Informado:** El paciente a través del consentimiento informado puede revisar y solicitar explicación acerca del tratamiento o procedimiento que se le realizará para que conociendo sus riesgos, consecuencias previsibles de su no realización y los beneficios de su realización pueda de forma autónoma y voluntaria dar aceptación de dicho tratamiento.
- **Seguridad:** Todo acto médico debe estar regido por las normas de seguridad fitosanitarias, es necesaria la observancia de los protocolos médicos que minimicen los riesgos en la ejecución de los tratamientos médicos que pueden traer como resultado eventos adversos a lo esperado.
- **Educación:** El paciente y su familia deben recibir por parte del personal médico tratante información sobre prevención, rehabilitación y cuidados que son necesarios para el restablecimiento de la salud.

Sentencia T-548/11 la Corte Constitucional es clara en afirmar que:

“...el carácter iusfundamental del derecho a la salud, que en ciertos eventos comprende el derecho a acceso a prestaciones en materia de salud y cuya protección, garantía y respeto supone la concurrencia de los poderes estatales y de las entidades prestadoras y su protección mediante la acción de tutela.”³¹

Según la Corte, la salud es un precepto fundamental al cual toda persona tiene derecho, de ahí, que su garantía y tutela sea una finalidad del Estado, quien debe velar por la protección del paciente y por la ejecución de los procedimientos prescritos en los protocolos médicos.

³¹ Corte Constitucional Sentencia T 548 de 2011.

La responsabilidad sobre el daño causado recae directamente en el médico tratante, ya que él es el que determina el tipo de procedimiento a seguir y cuál va a ser el cuerpo médico con que realizará el tratamiento, por lo tanto, esto hace parte del contrato.

Al analizar la responsabilidad médica en los capítulos anteriores se pudo determinar que esta está regida por las normas civiles, éticas disciplinarias, administrativas y penales. La responsabilidad médica: "Es la obligación que tiene toda persona que ejerce el arte de curar, de responder ante la justicia por los actos perjudiciales resultantes de su actividad profesional"³², entonces, en concordancia con lo anterior, es tan responsable del acto médico el que ejecuta una acción como el que dicta la acción siguiendo una directriz médica.

La jurisprudencia nacional e internacional muestra casos donde debido a una mala praxis o a la inobservancia de algunos presupuestos fácticos, los galenos no obtuvieron el resultado esperado sino que el daño infringido puso en riesgo o vulnero bienes jurídicamente tutelados en los tipos penales.

Para determinar la responsabilidad médica es necesario establecer un daño antijurídico como ya se habló anteriormente. La culpa en la responsabilidad médica puede ser dolosa o culposa.

La normatividad vigente expresa que quien cause a otro un daño originado en hecho culposos, está en la obligación de indemnizar el perjuicio; y quien demande ha de probar el daño padecido como resultado de una conducta dolosa o culposa y que ésta es consecuencia de una acción u omisión (propia o impropia) que vulnero un bien jurídico tutelado por el legislador.

5.4.5.2 A qué tienen Derecho los Profesionales de la Salud?

En los capítulos anteriores se habló de la responsabilidad médica y de los deberes médicos, corresponde entonces saber cuáles son los derechos inherentes a la profesión médica, toda profesión que exige una responsabilidad profesional debe contar con algunas garantías para el ejercicio de su labor. No existe una diferenciación de derechos en las diferentes ramas de la medicina, ya que todos son aplicables al cuerpo médico en ejercicio de sus funciones.

Hasta el momento no existe una norma nacional que hable de los derechos del médico y mucho menos de sus auxiliares.

³² <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/doctri/SDMD0027.html>

Corresponde al Estado entonces, el determinar cuáles son los principios rectores que deben tener los médicos en el ejercicio de la profesión médica, estos principios se encuentra inmersos en el artículo 2 de la Ley 1164 de 2007

ARTÍCULO 2o. DE LOS PRINCIPIOS GENERALES. El Talento Humano del área de la Salud se regirá por los siguientes principios generales:

Equidad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar orientados a proveer servicios de salud en cantidad, oportunidad y calidad igual para todos los habitantes de acuerdo con sus necesidades e independiente de su capacidad de pago.

Solidaridad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar fundamentados en una vocación de servicio que promueva la mutua ayuda entre las personas, las instituciones, los sectores más fuerte debe apoyar al más débil.

Calidad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema educativo y de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de servicios de salud. Se reconocen en la calidad dos componentes interrelacionados: el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.

Ética: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe estar enmarcado en el contexto cuidadoso de la vida y la dignidad del ser humano.

Integralidad: La formación y el desempeño del talento humano debe reconocer las intervenciones y actividades necesarias para promover, conservar y recuperar la salud, prevenir las enfermedades, realizar tratamientos y ejecutar acciones de rehabilitación, todos ellos en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia de la salud de los individuos y las colectividades.

Concertación: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben establecer espacios y mecanismos para propiciar acercamientos conceptuales y operativos que permitan definir líneas compartidas de acción, por parte de los diferentes actores que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

Unidad: Debe ser una característica del accionar de los diferentes actores institucionales que intervienen en la formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, que garantiza la concreción de la articulación y la armonización de las políticas, estrategias, instrumentos legislativos, normas, procesos y procedimientos que rigen en sus respectivos campos de actuación para lograr un desarrollo equilibrado y acorde con las necesidades del país.

Efectividad: La formación y el desempeño del personal de salud, deben garantizar en sus acciones el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativa en términos de costos.³³

Lo anteriormente expuesto sirve para concluir que los profesionales de medicina así como tienen un Código de Ética que regula su profesión y en el que están implícitos sus deberes como profesionales de la salud también cuentan con un catálogo de derechos que es necesario tener en cuenta ya que de su observancia se puede precisar la existencia de la responsabilidad médica en las inconformidades que se presenten derivadas del acto médico.

Los derechos del médico sirven para que los galenos realicen una buena práctica profesional ubicando debidamente sus derechos, deberes y obligaciones facilitando así su práctica médica, su conocimiento reviste tal importancia debido a que de su aplicación es coadyuvante en el momento de prevenir o dirimir un litigio de responsabilidad médica.

¿Con qué Mecanismos de Defensa cuentan los Profesionales de la Salud?

Cuando se habló del acto médico se afirmó que es el *Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud.*³⁴

La definición real de acto médico no supone que toda consecuencia negativa es responsabilidad del médico, ya que si se obro conforme a los principios de la actividad médica los procedimientos no implican riesgos vitales, salvo casos de indudable negligencia, impericia, imprudencias o inobservancia de las normas.

³³ Ley 1164 de 2007.

³⁴ www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/acto_medico.pdf

Los diferentes capítulos de este trabajo deben servir para que los profesionales médicos se informen de que es lo que persiguen las acciones judiciales que les adelanten los pacientes que no están conformes con sus resultados médicos.

El identificar qué acciones pueden suponer una conducta riesgosa que infrinja el deber objetivo de cuidado médico, ayuda al profesional médico a evitar que de su actuación se derive un litigio de responsabilidad médica, y más importante aún que si ya existe un proceso de este tipo, el tratante médico sepa que hacer y lo afronte sin ningún temor.

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Revisión de literatura narrativa, basada en la recolección de publicaciones, tipo no meta-análisis, enfocada en las categorías de Responsabilidad Médico legal, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos

Los pasos que se tuvieron en cuenta para la obtención de las publicaciones fueron abordados con la siguiente secuencia:

- Definición del problema
- Formulación de las preguntas de investigación
- Determinación de descriptores o términos Mesh
- Planteamiento de estrategia de búsqueda
- Definición de criterios de inclusión y de exclusión a partir de los resúmenes
- Búsqueda en la base de datos
- Lectura de los resúmenes de los artículos
- Definición de artículos aceptados y rechazados por lectura de resumen
- Búsqueda y lectura de artículos aceptados
- Selección de artículos aceptados y rechazados mediante lectura completa de los artículos verificando que cumplan con los criterios de calidad.

6.2 Población objeto de la revisión

La población objeto de la revisión, son los artículos y documentos mundiales contenidos en las bases de datos de la literatura indexada seleccionados para el presente trabajo, que desde el 2003 hasta la fecha, describan Responsabilidad Médico legal, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos

6.3 Criterios de búsqueda

Para la búsqueda se tendrán en cuenta los criterios de inclusión:

Criterios de Inclusión y límites:

- Tiempo: Publicaciones a partir del año 2003-2014 , no más de 10 años
- Especie: Humanos
- Revisiones de literatura
- Metanálisis
- Revisiones Sistemática

Tipos de estudios:

- Estudios comparativos
- Estudios Descriptivos

Tipos de artículos:

- Artículos de revista
- Artículos Científicos

- Idiomas: Inglés, Español

Criterios de Exclusión

- Artículos cuyo resumen no está disponible.
- Artículos a los cuales no se tenga acceso a su versión completa

6.4 Fuentes

A continuación se enumeran las bases de datos de literatura científica en salud que fueron utilizadas en la búsqueda de referencias.

- PubMed: Motor de búsqueda de libre acceso a la [base de datos MEDLINE](#) de artículos de investigación biomédica de la [Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos](#), tiene alrededor de 4800 revistas en más de 70 países de todo el mundo.
- Science direct: Acceso al texto completo, sumarios y resúmenes de 1707 revistas de las editoriales Elsevier, Pergamon, y NorthHolland. Además ofrece los sumarios y resúmenes de un total de 2900 revistas de un producto adicional de Elsevier denominado Science Direct Research Database.

6.5. Estrategia de captura de artículos

La captura se realizó de la siguiente manera:

Se realiza búsqueda de cada uno de los términos con sus descriptores mesh; Responsabilidad Médico legal, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos; siguiente a esto se realiza el cruce entre todos los términos de búsqueda con sus filtros quedando la búsqueda final la cual arrojo un total de 150 Artículos, utilizándose el siguiente enlace de búsqueda:

6.6 Estrategia de Selección de Publicaciones

Al contar con los resultados de búsqueda se procedió a realizar lectura inicial de título de cada uno de los artículos y del resumen (abstract), con el fin de evaluar la relación con el tema de investigación, de esta forma se iniciaron los filtros de selección, según criterios de inclusión y criterios de exclusión planteados.

Este primer filtro evaluó la calidad inicial de los artículos mediante la relación con los descriptores de búsqueda en el título o resumen. Se excluyeron los artículos que no fue posible obtener el resumen ni el texto completo y aquellos no disponibles en las bases de datos consultadas. Posteriormente se realizó una nueva lectura completa de los artículos para elaborar el informe de resultados y el documento de investigación. La evaluación de los artículos se basó en que el artículo fuese útil para resolver la pregunta de investigación, de esta forma el artículo debía mencionar el estado del arte respecto a Responsabilidad Médico legal, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos.

Estrategia de selección de publicaciones

1	2	3	4	5	6
Lectura inicial de título de cada uno de los artículos y del resumen (abstract)	Relación con el tema de investigación,	Según criterios de inclusión y criterios de exclusión	Se excluyeron los artículos que no fue posible obtener el resumen ni el texto completo y aquellos no disponibles en las bases de datos consultadas	Los estudios se agruparon de acuerdo a los términos de búsqueda, Responsabilidad Médico legal, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos.	Lectura completa de los artículos para elaborar el informe de resultados y el documento de investigación. El artículo debía mencionar el estado del arte respecto a Responsabilidad Médico legal, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos.

Tabla 10: Se detalla los pasos que se tuvieron en cuenta para la selección de las publicaciones para el trabajo.

7. CONCLUSIONES

1. Actualmente en Colombia existe una excesiva proliferación de procesos en materia de responsabilidad médica, que representan grandes pérdidas tanto para las EPS como para las IPS; dinero que podría estar invirtiéndose en la mejora de la prestación del servicio.
2. Como consecuencia del alto número de casos de responsabilidad médica, los pacientes en general sienten desconfianza y pierden legitimidad hacia sus profesionales de la salud, dejando de asistir muchas veces a este.
3. Igualmente, se da una clara desmotivación hacia la profesionalización de algunas especialidades consideradas riesgosas (anestesiología, neurocirugía, obstetricia, etc.) disminuyendo la atención y aumentando el costo del servicio para las EPS, ya que se toman programas de diagnósticos y terapéuticos excesivos, rechazos de casos difíciles y/o contratación de seguros médicos.
4. A pesar de la existencia y fácil adquisición de las pólizas de seguros en casos de responsabilidad médica, siendo esta una herramienta por la cual se blindan las IPS y sus profesionales es claro que la responsabilidad puede ir más allá de un tema monetario y trascender al campo penal en los que muchos de los casos podrían incurrir con la pena de cárcel.
5. De acuerdo a revisiones realizadas para llevar a cabo nuestra propuesta de cambio al sistema de salud por las diversas demandas y la queja de los usuarios, se realizó un mirada para ver en donde comienza el problema y concluimos que una gran parte en es por la prestación de los servicios de salud y de la comunicación no asertiva que se maneja con los usuarios y que los induce a buscar diferentes formas de hacer sentir su dolor o duelo y a su vez que lo conlleve a un beneficio económico .

6. De ahí la importancia de este trabajo de grado, que es mirar los costos tan altos que conlleva el no prevenir un evento adverso, el no medir el impacto que genera una atención inoportuna, la responsabilidad médica y de los diferentes profesionales de la salud, el no desplegar y medir la adherencia a las políticas de seguridad del paciente de cada institución.

7. La falta de acompañamiento al profesional de la salud que se ve implicado en un evento puesto que son las segundas víctimas en los procesos de demandas lo cual afecta su integridad emocional y laboral.

8. PROPUESTA

OFRECIMIENTO DE LOS SERVICIOS LEGALES Y DE AUDITORIA

Al estudiar recientes estudios acerca del marketing jurídico, encontramos que existe casi plena identidad en el modelo que se ha venido desarrollando tanto en países europeos como en algunos países latinoamericanos, en tal sentido, al valorar las estrategias puestas en marcha, encontramos que únicamente se advierten pequeñas diferencias de mercadeo entre las firmas grandes y reconocidas, y aquellas de menor tamaño e impacto.

Sin lugar a dudas, es positivo encontrar que el marketing progresivamente ha venido cobrando la importancia debida en las empresas jurídicas, de modo que, en general el desarrollo de la empresa de asesoramiento jurídico ha generado plena convicción en el desarrollo de una visión estratégica de marketing, que conlleve al desarrollo de una serie de acciones mediante las cuales se promocionaran los servicios ofertados.

De esta manera, el punto más importante tratándose de las estrategias de marketing que desarrollaremos en el presente proyecto, ineluctablemente reflejara que las diferentes estrategias a implementar mediremos en porcentajes la conveniencia, procedencia, desarrollo y efectividad, de modo que mediante acciones individuales buscaremos perseguir el fin único de dar a conocer nuestros servicios enervando las cualidades y ventajas propias de los profesionales que nos representaran,

Para empezar es dable afirmar que con el objeto de promocionar el proyecto en desarrollo, diseñaremos una hoja de ruta en la que estableceremos las acciones que a nuestro juicio serán necesarias para conseguir nuestros objetivos de dar a conocer los servicios ofertados, el reconocimiento, la recordación y el posicionamiento de nuestra marca.

Así las cosas, partiremos del presupuesto actual que indica que el mercadeo de las empresas de asesoría legal, bajo ninguna circunstancia se puede reducir a su “buen desempeño”, pretendiendo con ello captar, acoger y fidelizar clientes; todo lo contrario, encontrándonos ante un escenario de mercado saturado de firmas jurídicas y altamente competido, adicionalmente a los servicios legales, ofertamos asesorías de auditoría en salud, buscando con ello no solamente la defensa real y efectiva ante eventuales acciones judiciales, sino además, por medio de

reiterativas capacitaciones y auditorías a los diferentes actores del SGSSS, prevenir eventuales contingencias judiciales, Este grupo interdisciplinario tendrá como fin realizar asesorías y acompañamiento a las diferentes víctimas que se evidencian en un proceso jurídico, en donde se impacte la disminución en los costos por demandas generadas de las fallas de seguridad en el proceso de atención de los pacientes

De esta manera, encontrándonos ante un mercado de abogados altamente capacitados, adicionalmente a demostrar que contamos con profesionales idóneos, demostraremos a nuestros clientes la forma de ayudar a mejorar sus resultados, ya sea de forma preventiva adecuando las inconsistencias que en un futuro puedan develar un escenario legal, o de manera coetánea pero con plena garantía de efectividad.

El proyecto de firma jurídica y de auditoría en desarrollo, tendrá como objetivo principal crear una marca empresarial propia, en la que se evidencie como característica fundamental la especialidad en temas de salud, lo anterior teniendo en cuenta que en lo referente a proyectos empresariales de asesoría jurídica, actualmente la ‘especialidad’ ineluctablemente formara parte importante en el valor agregado a ofrecer, y al acreditar dicha característica lograremos individualización en el mercado y con ello mayor recordación en nuestros clientes.

Así mismo, nos caracterizaremos por atender directamente a nuestros clientes, y para tal efecto dispondremos una oficina ubicada estratégicamente cerca a las sedes administrativas de las EPS e IPS de mayor afluencia de usuarios.

De igual manera, complementando las tradicionales formas de mercadeo propias de empresas de asesoría jurídica y auditoría en salud, haremos uso de herramientas tecnológicas, para lo cual crearemos un portal de internet propio y registraremos nuestra marca y servicios en las diferentes redes sociales (facebook, instagram, twitter), dando así a conocer los servicios ofertados, con el propósito de lograr captar el mayor número de clientes posible, diseñaremos y crearemos un portal web buscando recordación en nuestros clientes mediante el logo de la empresa, y allí publicaremos información relevante de la empresa, tal como, la visión, misión, objetivos, justificación, etc. De igual manera, de manera concreta publicaremos información relativa a los servicios ofertados y los datos de contacto de las personas encargadas de atención al público. Adicionalmente, implementaremos links de actualización de normas y jurisprudencia de interés

general, que serán actualizados periódicamente, propendiendo con ello porque el ciudadano del común acceda a información sencilla especialmente acerca de la protección de sus derechos fundamentales.

Se diseñaran tarjetas de presentación que contendrán el logo de la empresa, la especialidad de temas objeto de asesoría y los datos de contacto, de modo que logremos darnos a conocer a través de la forma de publicidad más antigua conocida ‘‘voz a voz’’, pero quizá la más efectiva.

Finalmente, haciendo uso de los medios masivos de comunicación, tales como ‘‘cunas’’ en radio y publicaciones en prensa, y partiendo de que los servicios ofertados son netamente intangibles, publicaremos publicidad en la que para tangibilizar la oferta, se evidenciara la idoneidad y capacitación de nuestros profesionales, y los logros alcanzado en desarrollo de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFIA

- A, C. V. (2006). results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive Care Med*, 1591-1598.
- acto medico*. (s.f.). Obtenido de www.conamed.gob.mx/_salud/pdf/acto_medico.pdf
- Andres, L. M. (2003). Demandas a profesionales de la salud (Observacion de casos). *Medico Legal*, 1-8.
- Antonio, G. (2008). *Efectos Adversos Errores y Seguridad del Paciente*. Obtenido de <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/effectosadversos.pdf>.
- Aranaz, J. (2013). Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. *Trauma*, 54-60.
- Care, M. U. (01 de 07 de 2016). *ForYOU Team-Caring for our*. Obtenido de <http://www.muhealth.org/about/qualityofcare/office-ofclinical->
- CP : Alier Eduardo Hernández Enríquez, (13227) (Consejo de Estado, Sala de lo Contenciosos Administrativo 11 de abril de 2002).
- Denham, C. (2007). The 5 rights of the second victim. *J Patient Saf*, 107 - 19.
- Duarte, H. G. (2008). Incidencia y Evitabilidad de Eventos adversos. *Revista Salud Publica*, 215 - 226.
- FEPASDE. (23 de 06 de 2016). *FEPASDE NOTOCIAS*. Obtenido de La Aegunda Victima La Victima Oculta: <http://www.scare.org.co/Fepasde/Noticias/La-segunda-victima--la-victima-oculta.aspx>
- JJ Mira, S. L. (2015). Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit*, 370 .
- JM, R. (2005). The incidence and nature of adverse events. *Crit Care Med*, 1694-1700.
- Kohn L, C. J. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health*. Washington: National Academy Press.
- Lorena Elizabeth González, E. G. (20102). CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA:LA DIFERENCIA ENTRE LA VIDA O LA MUERTE. *Revista Digital Universitaria*, 1-15.
- Manuel, S. J. (2012). Responsabilidad Civil Medica. *SCARE*, 12-17.
- Marulanda, N. (2007). Errores de medicación en los profesionales sanitarios y sus consecuencias médico legales. *Medico Legal*, 24-29.

- Perea, B. (2013). análisis de las sentencias judiciales. *Revista Española de Medicina Legal relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España*, 130-134.
- Salud, M. d. (4 de 12 de 2014). *Documentos y publicaciones*. Obtenido de http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_
- SALUD, O. M. (2001). *Calidad de la atención: seguridad del paciente*.
- SALUD, O. M. (2001). *CALIDAD DE LA ATENCION:SEGURIDAD DEL PACIENTE*.
- Scott, S. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*, 325.
- semFYC, G. (2016). El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales y sus instituciones. *ELSEVIER ATENCION PRIMARIA*, 143-146.
- SOCIAL, M. D. (DICIEMBRE de 2008). *MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL BIBLIOTECA DIGITAL*. Obtenido de www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf
- Tamara, L. M. (2012). Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. *Revsta Colombiana de Anestesiología*, 489-505.
- victimas, G. d. (2015). Guía de actuación para atender a las segundas y terceras víctimas y ofrecer una adecuada respuesta al . Europa.
- Victoria, M. (9 de mayo de 2016). *Seguridad del paciente y responsabilidad profesional*. Obtenido de <http://bioforumargentina.wix.com/bioforum>
- Villegas, G. (2008). En Bacteriología si hay riesgo. *Medico Legal*, 16 - 18.
- Vincent, S. T.-C. (17 de Marzo de 2001). *SYSTEMS ANALYSIS OF CLINICAL*. Obtenido de Imperial College London: www1.imperial.ac.uk
- González DC. Algunos interrogantes sobre la responsabilidad médica. *Rev Colomb Anestesiología*. 2012.
- LOMBANA Villalba, Jaime “Derecho penal y responsabilidad médica” Bogotá edit. Universidad del Rosario 2007
- PATITO, José Ángel, “MEDICINA LEGAL”, Libro III “Responsabilidad médica”, 2ª ed. Actualizada, edit. ECN, Buenos Aires, 2002

SERRANO Escobar Luis Guillermo "Nuevos Conceptos de responsabilidad médica" ed. Ediciones Doctrina y Ley Ltda. 2000

SERRANO Escobar Luis Guillermo " Evolución de la responsabilidad médica estatal en Colombia " Cambios y perspectivas ene l derecho Colombiano en la segunda mitad del siglo XX . ed: Ediciones Doctrina y Ley Ltda. 2001

SERRANO Escobar Luis Guillermo "Aspectos Críticos de la Responsabilidad medica en la actualidad." ed: Ediciones Doctrina y Ley Ltda. 2004.

Solórzano Garavito Carlos Roberto "Derecho penal y responsabilidad médica en Colombia" 1ª ed. Universidad Católica de Colombia 2011

Támara LM, Jaramillo SH, Muñoz LE. Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. Rev Colomb Anesthesiol. 2011;

Kerguelen, Carlos Alfonso. .2008. Calidad en Salud en Colombia. Colección PARS Crosby, Philip. 1987. La calidad no cuesta. Cómo administrar la calidad de manera que se convierta en fuente de utilidades para su negocio. CECOSA.

Juran, J.M. 1995. Análisis y planeación de la calidad. McGraw Hill.

Harrigan, Marylou 2000. Quest for Quality in Canadian Health Care. Continuous quality improvement. Segunda edición

McLaughlin, Curtis; Kaluzny, Arnold. 2006. Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, Implementations and Applications. Jones and Bartlett.

Porter, Michael. 2006. Olmsted, Elizabeth. Redefining Health Care. Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press.