

**CARACTERIZACIÓN DE LAS DEMANDAS POR RESPONSABILIDAD MÉDICA,
FALLADAS POR EL TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE QUINDÍO, EN EL
PERIODO 2016-2020**

**CHARACTERIZATION OF THE LAWSUITS FOR MEDICAL LIABILITY, RULED BY
THE QUINDÍO ADMINISTRATIVE TRIBUNAL COURT, IN THE PERIOD 2016-2020**



Estudiante: Julio Cesar Mendoza Salazar

Artículo de investigación maestría en derecho médico

Tutor: Álvaro Alfonso Guerrero

Universidad Santiago de Cali

Facultad de derecho

Maestría en derecho médico

2021

Tabla de Contenido

Resumen	4
Abstract.....	5
Introducción	6
Evolución legal y jurisprudencial en materia de falla en el servicio médico	9
Antecedentes de la responsabilidad médica en el país.	12
La responsabilidad Estatal por la actividad médica y la carga de la prueba. Régimen de responsabilidad	14
Falla del servicio médico obstétrico	17
Acto médico, para médico y extra-médico	18
Responsabilidad por error en el diagnóstico de enfermedades	19
El daño antijurídico	20
Reparación de perjuicios. Daño moral y daño a la salud.....	23
Historia clínica como medio de prueba	25
Infecciones asociadas a la atención en salud	25
Características de las partes demandadas y demandantes.	27
Consentimiento informado en la práctica médica	34
Daño autónomo- pérdida de oportunidad	37

Conclusiones 39

Referencias bibliográficas..... 48

Resumen

Esta investigación con enfoque cualitativo y alcance descriptivo analizó las demandas por presunta responsabilidad médica, falladas por el Tribunal Contencioso Administrativo del Quindío, periodo 2016-2020, planteando una serie de conclusiones respecto al problema a investigar.

En Colombia, en los últimos diez años aumentaron las demandas por presunta responsabilidad médica, en el departamento del Quindío este fenómeno no ha pasado desapercibido, como consecuencia de este tipo de demandas, los hospitales públicos, las EPS y los entes territoriales de salud, han tenido que destinar, un presupuesto considerable para el pago de demandas en su contra.

Entre las causas por las cuales se generan condenas para los diferentes actores del sistema se encuentra una gran diversidad, entre ellas encontramos la negligencia, la impericia, la imprudencia y la no adherencia a reglamentos; otras de carácter administrativo, como falta de cobertura, falta de acceso, de oportunidad y falencias en la seguridad durante la prestación de los servicios, no entrega de medicamentos o de autorizaciones de procedimientos, entre otras muchas situaciones que explican la congestión judicial.

Se considera importante analizar las demandas en salud presentadas en el departamento de Quindío, sentar un panorama claro de este fenómeno toda vez que no existe un estudio similar. De esta forma, los actores del sistema conocerán cuál es la etiología de las demandas, permitiendo el inicio de planes de mejoramiento en aquellos procesos de atención asistencial y administrativa, que a la postre redunde en un beneficio para el usuario y de gestión de riesgo financiero en salud.

Como resultado de este ejercicio investigativo, se entrega una serie de datos interesantes que permiten comprender tanto la génesis, como aquellas características de los actores de salud que, de alguna u otra manera, se encuentra relacionados con el acto médico directo e indirecto en el departamento de Quindío.

Palabras clave: Responsabilidad médica, derechos y deberes del paciente, falla del servicio en salud, evento adverso en salud, acto médico

Abstract

This research with a qualitative approach and descriptive scope, seeks to analyze the claims for alleged medical responsibility, ruled by the Contentious Administrative Court of Quindío, period 2016-2020, raising a series of conclusions regarding the problem to be investigated.

In Colombia, in the last decade lawsuits for alleged liability in health have increased, in the department of Quindío this phenomenon has not gone unnoticed, as a result of lawsuits for medical liability, state social enterprises, EPS and territorial entities health, have had to allocate a considerable budget for the payment of lawsuits against them.

The reasons for which the different actors in the health system are condemned are diverse, among them we find negligence, inexperience, recklessness and non-adherence to regulations; others of an administrative nature, such as lack of coverage, lack of access, opportunity and security in the provision of services, non-delivery of medicines or authorization of procedures, along many other situations that explain the judicial congestion.

It is considered important to analyze the health claims presented in the department of Quindío, to establish a clear panorama of this phenomenon since there is no similar study. In this way, the system actors will know what the etiology of the demands is, allowing the initiation of improvement plans in the health care and administrative care processes, which ultimately results in a benefit for the user and management of financial risk in health.

As a result of this investigative exercise, a series of interesting data is delivered that allows us to understand both the genesis, as well as those characteristics of the health actors that, in one way or another, are related to the medical act and the provision of health services in the department of Quindío.

KEYWORDS: Medical responsibility, patient rights, failure of the health service, adverse health event, medical act.

Introducción

Se pretende con esta investigación innovadora en el departamento, identificar las causas de la creciente ola de demandas y reclamaciones por casos de presunta responsabilidad médica en el Quindío, analizarlas, estudiarlas y en lo posible, predecirlas.

Las causas por las cuales se generan fallos condenatorios hacia los diferentes actores, que de alguna u otra manera intervienen y son protagonistas en el proceso de atención en salud son diversas, entre ellas se encuentra la falta debido de cuidado, la negligencia, la impericia y la imprudencia como conductas inherentes al ser de aquellos profesionales de la salud.

Otros elementos que permiten explicar el daño, corresponden a faltas de carácter administrativo como la pobre cobertura, falta de acceso, de oportunidad y falencias en la seguridad durante la prestación de los servicios, entrega inoportuna de los medicamentos, demoras en autorización de diferentes procedimientos, entre otras muchas situaciones que explican la congestión judicial en materia de tutelas y de demandas de responsabilidad médica.

Resulta de gran importancia analizar las demandas en salud presentadas en el departamento del Quindío, teniendo como base el estudio de los fallos del Tribunal Contencioso Administrativo del Quindío, de esta manera, realizar una caracterización de todas estas demandas en el periodo 2016-2020, documentar su comportamiento en el tiempo, aquellos elementos inherentes a la parte actora y demandada, sentar un panorama claro de este fenómeno toda vez que no contamos con un estudio similar.

A mediano plazo, se persigue que los profesionales e instituciones de salud conozcan cuál es la etiología de las demandas y reclamaciones en su contra, permitiendo el inicio de planes de mejoramiento en procesos de atención asistencial y administrativa, que a la postre redunde en un beneficio para el usuario y de gestión de riesgo financiero en salud.

A largo plazo, buscar de manera articulada, con los actores del sistema de salud departamental, la construcción de acciones tendientes al mejoramiento en los procesos de atención asistencial y administrativa que generen una disminución de estas demandas. Incorporando sus

resultados en los análisis y proyecciones de comités institucionales de seguridad del paciente, con el concurso del equipo jurídico de la institución, situación que claramente, tendrá un impacto directo y beneficio para el usuario, así como en la gestión permanente del riesgo financiero en salud.

Desde la perspectiva del derecho médico, esta investigación cobra gran relevancia, su impacto local puede lograr, en el futuro cercano, un importante insumo para la construcción de políticas de trabajo intersectorial, tendientes a disminuir la presentación de demandas contra el sector salud, situación que se ajusta armónicamente con la línea de investigación denominada teoría del derecho, constitucionalismo y dogmática jurídica que maneja el centro de investigación en derecho (CEIDE) de la Universidad Santiago de Cali.

Esta investigación con enfoque cualitativo y alcance descriptivo (Hernández Sampieri, 2014) busca analizar los expedientes de demandas por presunta responsabilidad médica, falladas por los magistrados del Tribunal Contencioso Administrativo de Quindío, en el periodo 2016-2020, se analizará los datos obtenidos y posteriormente se llegará a una serie de conclusiones respecto al problema a investigar.

Se tendrá como insumo las sentencias que reposan en la relatoría de la página web de este tribunal, así como el acceso al expediente físico para obtener todas las variables de estudio y una caracterización completa

El presente artículo expone la problemática creciente respecto al impacto que los diferentes procesos de responsabilidad médica generan en el sector salud, en especial a las E.S.E, esto es, a hospitales públicos.

Se desarrolla un amplio panorama de los componentes jurídicos, médico legales, sociales y éticos involucrados en demandas que versan sobre procesos de atención en salud, con la inherente afectación de patrimonio de entidades en salud, situación que a la postre, se convierte en un factor que exacerba la crisis que actualmente atraviesa el sistema.

Como producto final se pretende que los profesionales e instituciones de salud conozcan cuál es la etiología de las demandas y reclamaciones en su contra, analizarlas las causas, estudiarlas

y en lo posible, predecirlas, permitiendo el inicio de planes de mejoramiento en aquellos procesos de atención asistencial y administrativa en salud, que permita un beneficio para el usuario y de gestión de riesgo financiero en salud.

El presente documento consta de cinco apartados en donde se desarrollará el objetivo de la investigación de la siguiente forma: a. Evolución legal y jurisprudencial en materia de falla del servicio médico, b. El daño antijurídico, c. Características de las partes demandadas y demandantes, d. Daño autónoma pérdida de oportunidad y finalmente, e. Las conclusiones.

Evolución legal y jurisprudencial en materia de falla en la prestación del servicio médico

En la segunda mitad del siglo XX era impensable hablar de responsabilidad médica, para esa época, el médico era considerado un ser dotado de innumerables conocimientos que, en el marco de su vocación, limitaban con prácticas sagradas. Pasaron muchos acontecimientos para que ese fenómeno comenzara a cambiar.

Finalizando el siglo pasado, se presentó una tendencia geo política en el mundo occidental precedida por corrientes liberales que promulgaban la consolidación de un Estado Social de Derecho. Nuestra Carta Magna establece dicho Estado Social de Derecho, al respecto, la Corte Constitucional ha unificado esta característica concibiendo que el Estado debe garantizar todas las condiciones para una vida digna. La Constitución de 1991 no es con el fin que manifestar no interferencia en las libertades individuales, sino que además conlleve a la mitigación de la desigualdad social. Para lograr lo anterior, cada individuo debe poder desarrollar sus capacidades vitales e intelectuales para así lograr superarse de la pobreza o la escasez (Corte Constitucional de Colombia SU747-98, 1998).

En este nuevo Estado, se impartían responsabilidades a la administración respecto a sus habitantes. Colombia no fue ajena a esta tendencia de garantía de derecho y libertades, la norma superior, en su artículo 90 delimita el inicio de la responsabilidad patrimonial estatal. En este artículo se expone que corresponde al Estado responder por los daños antijurídicos que le sean imputables, estos daños surgen por las acciones u omisiones de las autoridades públicas. Asimismo, manifiesta que si el Estado se condena para que repare de modo patrimonial sea este por dolo o por culpa de un agente, este podrá repetir contra este (Constitución Política de Colombia, 1991).

La globalización acelerada permitió un despliegue de información a los ciudadanos respecto de sus derechos exigibles al Estado, entre ellos, los derechos inherentes a la seguridad social en materia de salud y seguridad del paciente. El número creciente de facultades del programa de derecho en el territorio nacional es un hecho, contamos con un número considerable de profesionales en derecho. La Revista Dinero expone que para el año 2019, Colombia es segundo país con más abogados en el mundo, dando una cifra de 355 abogados para 100.000 habitantes. El

primero es Costa Rica con un promedio de 389. Por otro lado, una cifra relevante es que existen más de 300.00 abogados registrados y en promedio cada año obtienen el título 14.000. Esta es una cifra muy relevante, debido a que en otras áreas como lo son las ingenierías o las ciencias administrativas el promedio de profesionales anuales es de 4.000 (Revista Dinero, 2019).

Situaciones como la anteriormente descrita, han permitido explorar el campo de la responsabilidad médica y, de esta forma, convertirlo en un escenario laboral atractivo y costo efectivo.

Si bien la salud se concebía como un mero servicio de asistencia pública, sólo hasta la proclamación de la carta magna se permitió la figura de tutela del mismo bajo un nexo estrecho con el fundamental a la vida; posteriormente, en el año 2015 la salud es declarada, mediante acto legislativo como un derecho fundamental.

Antes de 1991, era poco concebible pensar en la figura de responsabilidad médica hacia quien la prestaba, con la naciente declaración de derechos fundamentales, en algunas entidades Estatales recayó la obligación de ejercer control, inspección y vigilancia hacia cada uno de los actores del sector salud, tanto público, como privado, organizando y reglamentando sus procesos de atención en aras de brindar un servicio óptimo.

Bajo este marco, las instituciones estatales que prestan este servicio se ven obligadas a garantizar un servicio de salud diligente, responsable y de calidad, orientado hacia el logro del bienestar del paciente utilizando de manera razonable los recursos tecnológicos y científicos en cada uno de los procesos y niveles de complejidad.

De esta forma, la práctica de la medicina en Colombia, se convirtió en una práctica más exigente, los profesionales de la salud advirtieron un escenario de práctica clínica y quirúrgica a la defensiva, entre tanto, cada paciente se encontraba informado ampliamente de sus derechos y responsabilidades que le asisten al profesional de la salud, aquel, que para la época no solía ser demandado.

La evolución que la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado en materia de

reparación de los perjuicios materiales, e inmateriales, en hechos derivados de procesos de responsabilidad médica, ha establecido tablas de indemnización derivadas del daño moral y también relacionadas al daño a la salud. (Consejo de Estado, 2013)

De tal forma que cada que estamos al frente de un acto médico, de diagnóstico, tratamiento o de rehabilitación, debido a la complejidad del mismo y, dependiendo del resultado, tanto el paciente como sus familiares o allegados, cuentan con la posibilidad jurídica de demandar por los resultados desfavorables que, en su concepto, fueron el resultado de dicha intervención, situación que debe resolverse en la jurisdicción contencioso administrativo.

La tramitología excesiva para la obtención de tratamientos y tecnologías en salud, incluso aquellas contempladas en planes de beneficios, las barreras de acceso que algunas entidades en salud le imponen a los pacientes, la concentración desigual de tecnologías y talento humano en salud en ciertas regiones del país, la exigencia cada vez más rigurosa de los pacientes que cada día se encuentra más informados, el número creciente de abogados litigantes, entre otros muchos factores que han incrementado la complejidad de la asistencia sanitaria.

Estas barreras de acceso se han convertido en una clara vulneración al derecho fundamental a la salud; la Corte Constitucional en sentencia T-344, 2002 manifiesta que como existe poca regulación y control en los servicios de salud en lo que respecta con los requisitos para una prestación del servicio de calidad que consiste en que los afiliados y los beneficiarios gocen plenamente del servicio.

Fernández Muñoz (2017), en sus trabajos de investigación expone que los motivos de las reclamaciones judiciales con respecto del trabajo médico, surgen por los cambios sociales y el contexto moderno, pues de hecho las relaciones de los médicos con los pacientes son diferentes, el servicio médico se ha generalizado, el campo de la medicina al igual que otras disciplinas se ha mercantilizado y los objetivos que pone la entidad hospitalaria a los médicos contratos. Esto último, tiene que ver con la cantidad de pacientes que se deben atender en una mañana o una tarde. Además, agrega Fernández Muñoz (2017), que la doctrina le da más responsabilidad a las entidades hospitalarias que a la responsabilidad del médico, esto es importante resaltarlo porque puede abrir

una nueva propuesta, en términos modernos, frente a la responsabilidad civil (Consejo de Estado 76001-23-24-000-1997-03977-01(20480), 2011). Por tanto, la poca cultura profesional que existe para documentar eventos adversos en salud, de reporte de incidentes o actos peligrosos que suceden en el que hacer médico.

En el marco de la teoría de la igualdad de las cargas públicas, se tiene por sentado que los administrados, se encuentran ante una posición de asimetría frente al poder estatal. Al respecto, la Alta Corporación Constitucional ha sostenido que el Estado asume las responsabilidades patrimoniales porque este es un mecanismo que protege a todos los ciudadanos, el cual surge por el aumento de las actividades que brinda el Estado. ¿Y por qué es un mecanismo de protección? Porque el Estado al tener más amplitud ocasiona daños en su actividad de administrar, sea este por dolo o por una conducta culposa o ilícita, por tanto, la necesidad de la garantía hacia los particulares (Corte Constitucional C-333, 1996). Asimismo, la sentencia C-832, 2001 manifiesta la misma idea acerca de la garantía del patrimonio de los ciudadanos colombiano, la cual se da en la responsabilidad que tiene el Estado en cuenta a lo patrimonial

Antecedentes de la responsabilidad médica en el país.

En los inicios de la práctica médica, el concepto de responsabilidad imputable a los profesionales de la salud era casi impensable, en parte este fenómeno se explica por el carácter sagrado y de facultades extraordinarias que tenía el médico, situación que lo colocaba en una situación casi inmune al proceso de reclamaciones civiles, administrativas o incluso penales.

En estos tiempos, al profesional de la medicina, ya no le es permitido actuar con el clásico trato de paternalismo en una relación vertical ante sus pacientes, poco a poco, se ha creado consciencia, respecto a las consecuencias jurídicas derivadas de su desapego a los postulados que rigen su profesión.

Antes de 1991, el ejercicio de las profesiones médicas fue objeto de poca atención respecto a la vigilancia, inspección y control del aparato Estatal. La salud no era considerada como un servicio esencial ni mucho menos como un derecho fundamental de los habitantes, gran parte de las atenciones eran prestadas por instituciones de carácter religioso donde existían salas de caridad, de

tal suerte que muchos de los centros hospitalarios que conocemos llevan nombres de santos.

Con la Ley 1122 de 2007 se introduce la evaluación por competencias, así como la evaluación de las IPS por medio de estándares claros de calidad, políticas orientadas a la disminución de presentación de eventos adversos en salud.

En 2014, con la expedición de la resolución 2003, el ministerio de salud y la protección social definió, de manera clara los procedimientos y las condiciones para la inscripción, que deben cumplir los actores del sector salud, respecto a la habilitación de sus servicios, así como las demás condiciones de operación que deben cumplir todos los actores asistenciales y administrativas del sistema. Dicha resolución fue modificada por esta misma cartera ministerial mediante la expedición de la resolución 3100 de 2019.

Cabe resaltar el efecto positivo que todas estas estrategias le han generado a todos los procesos que permiten garantizar unos mínimos calidad y de seguridad del paciente. Así mismo, muchos abogados litigantes utilizan con frecuencia la presunta vulneración de estándares de calidad, como respaldo de sus teorías jurídicas dentro del proceso de presunta responsabilidad médica.

En materia de reparación de perjuicios asociados a la actividad médica, el Consejo de Estado en el estudio del tema, considera que la mirada acerca de las reparaciones debe ser más amplia, no solo con lo pecuniario, sino que debe anexar conceptos de la dignidad, derechos humanos y los bienes jurídicos, pues de hecho estos se estiman en términos monetarios. No obstante, si la lesión la causa el Estado se deben reparar por medio de una compensación. Lo anterior es con el fin de que la reparación sea completa, en todas las dimensiones, en la cual las víctimas sean reparadas en plenitud (Consejo de Estado 41001-23-31-000-1993-07585-01(30114), 2007).

Pero, ¿cómo se determina la existencia de fallas en el servicio, durante un proceso de atención en salud directo o indirecto? Con el incremento de demandas al gremio de la salud, el Consejo de Estado ha recalado, durante la evolución de su jurisprudencia, que es necesario establecer con certeza la existencia del daño en sí mismo, determinar con precisión la conducta dañina que generó la afectación de un bien jurídicamente protegido (usualmente la vida y la salud)

y en todos los casos demostrar un nexo de causalidad, entre la inacción o acción con el resultado dañino que se demanda (Consejo de Estado 73001-23-31-000-1998-00298-01(18793), 2011).

El código general del proceso contempla el dictamen pericial como medio de prueba de gran relevancia en procesos civiles de responsabilidad médica, de mismo modo, en el marco de un proceso de reparación directa, el CPACA le da un gran valor probatorio a los dictámenes periciales, toda vez que estos generan una orientación respecto a la calificación apropiada o inapropiada, de la conducta en salud que es objeto de demanda, su cercanía o no con el cumplimiento de los cánones de las *lex artis*.

En Colombia, el Instituto de Medicina Legal es el establecimiento que se encarga de brindar soporte técnico y científico a la administración de la justicia en todo el territorio nacional. Este instituto tiene, dentro de sus funciones, analizar los casos por presunta responsabilidad médica allegados por autoridades competentes, no obstante, no existe el envío sistemático de este tipo de información, dirigida hacia el sector salud.

El dictamen pericial, se constituye en una prueba eminentemente técnica, que busca dilucidar si el profesional de la salud actuó de conformidad a los parámetros que le exige la ciencia ante la situación demandada, libre de culpa, en las diferentes etapas de la atención en salud como el diagnóstico, formulación del tratamiento, aplicación del mismo, el cuidado y la vigilancia del paciente.

La responsabilidad Estatal por la actividad médica y la respectiva carga de la prueba.

Régimen de responsabilidad

En cuanto a este tema, el Consejo de Estado en su doctrina concibe que la imputación del daño cuando es un asunto sub *judice* deberá ser aplicado el régimen de responsabilidad de falla probada por el servicio y todos los resultados en cuanto a lo probatorio. Se determina que cuando el demandante manifiesta que en la prestación del servicio existieron fallas, este deberá probarlas y de igual modo el daño generado, el bien jurídico afectado y todos los nexos causales que de ahí se deriven. (Consejo de Estado - 19001-23-31-000-1999-00815-01(21515), 2012)

Cuando se trata de probar la relación causal o nexo causal, se ha sostenido que atañe a la parte actora dicha prueba, no obstante, dicho elemento es posible moderarlo mediante la aceptación de pruebas indiciarias, situación que permite no exigir la certeza, en algunos casos el lo referente a la determinación de una causa, admitiendo una causa probable como acreditación del daño. Con base en lo anterior, el Consejo de Estado recuerda primero que para manifestar defectos en las prestaciones de los servicios médicos se debe demostrar que el servicio médico incumplió con parámetros estipulados en la medicina actualizada. Segundo, se debe probar negligencia en el servicio, esto se refiere a que hubo deficiencia por parte del personal, en lo científico, técnico y farmacéutico (Consejo de Estado-54001-23-31-000-1993-08025-01(14726), 2009).

Existe claridad jurisprudencial respecto a la responsabilidad médica estatal, en el sentido de que quien pretenda buscar ser indemnizado por un daño imputable a una entidad pública de salud, deberá, en todo momento, demostrar que existe un daño cierto, la respectiva falla en el servicio y, pos supuesto, la existencia de un nexo causal entre el daño demandado y la falla alegada.

En lo referente a la falla en la prestación del servicio médico, el Consejo de Estado ha precisado que: “Es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso” (Consejo de Estado - 470012331000199806046-01, 2015).

Debido a la complejidad del acto médico, existen situaciones de interés jurídico en las cuales se encuentran limitaciones técnicas para probar con certeza un nexo causal, al respecto, el Consejo de Estado ha precisado que la relación de causalidad que debe probarse consiste en el fallo y el daño, pero si esta no tiene certeza o es exacta se puede acreditar verificando grados de probabilidad. Por lo general, la probabilidad se da a través de indicios, pero esto no quiere decir que el demandante omita las pruebas para demostrar la relación causal entre la falla en el servicio y el daño causado, solo amplia un poco el modo de proba para que recaiga la obligación de la responsabilidad del Estado o entidad administrativa (Consejo de Estado 1997-2919, 2012).

El enfoque de manejo de la carga de la prueba ha tenido un amplio desarrollo jurisprudencial, en los casos de presunta falla en el servicio médico, el Consejo de Estado se ha

pronunciado y aclarado que en un inicio la responsabilidad del Estado recaía en términos subjetivos, que consistía en que el demandante probara la falla del servicio, pues de hecho un daño por sí solo no probaba fallas en el servicio médico (Consejo de Estado 11878, 2000).

A partir de 1992, la Sala acogió el criterio que las responsabilidades que surgen por prestaciones de servicios médicos se juzgan, como se dijo en el párrafo anterior, bajo el régimen subjetivo, pero lo novedoso es que se tiene presente la presunción en la falla del servicio. Asimismo, se hace énfasis el artículo 1604 del Código Civil, enunciando que recae sobre el demandado probar las diligencias y cuidados cuando se trata sobre temas de responsabilidades en el servicio médico. Luego, para el año 2000 el Consejo de Estado puso en entredicho la generalidad de la presunción en la falla en el servicio y agregó que, para estos casos se debe revisar la teoría de la carga dinámica que tienen las pruebas. Esta última consiste en que los jueces deben revisar cada caso en su contexto, el hecho en concreto, cuál de las partes se encuentra en mejor condición para probar fallas o nexos causales. Esto lo manifestó el Consejo de Estado debido a que cuando se trata de un servicio médico, la discusión no solo recae en temas técnico-científicos (Consejo de Estado 11878, 2000). En relación con lo anterior, el Consejo de Estado ha precisado los requisitos acerca de los elementos probatorios en casos de responsabilidad médica. En la siguiente tabla se exponen esas precisiones:

Tabla 1. Requisitos acerca de los elementos probatorios.

1	La falla del servicio la debe probar el demandante. No obstante, en hechos que superen su capacidad por lo complejos o científicos lo exime de la carga de probar (Consejo de Estado 1997-2919, 2012).
2	El demandante debe aportar las pruebas que relaciona el nexo causal; es decir el daño con la prestación del servicio (Consejo de Estado 1997-2919, 2012).
3	Cuando se refiere a los indicios, no se exige a la parte demanda todos los casos que demuestren de un modo efectivo las causas de los daños, lo importante es revisar la conducta del demandado (Consejo de Estado 1997-2919, 2012).
4	Se deben valorar los indicios de un modo muy cuidadoso (Consejo de Estado 1997-2919, 2012).
5	La relación causal precede al de la falla del servicio médico (Consejo de Estado 1997-2919, 2012).

En 2006, el Consejo de Estado abandona definitivamente la teoría de la presunción en la falla del servicio y acoge nuevamente el ya conocido régimen general de la falla probada. Actualmente, es necesario que se acredite cada uno de los elementos que configuran la responsabilidad médica estatal, referentes al daño alegado, la actividad médica y la relación de causalidad con el hecho dañino, teniendo en cuenta que, para demostrar la causalidad, las partes pueden valerse de cualquier medio de prueba aceptada, incluido haciendo el uso de la prueba indiciaria.

En nuestro país, la responsabilidad médica se establece como una obligación que es de medios y no aquella que exige un resultado; es decir, el profesional de la salud no se encuentra obligado a garantizar resultados al enfermo, cliente o usuario, no obstante, deberá brindarle, en todo momento su conocimiento, apoyo, cuidado y diligencia en busca de lograr su mejoría y bienestar.

Tratándose de obligaciones de medio, corresponde a la parte demandante acreditar la actuación negligente, imprudente, impericia o el manejo diferente al contemplado en las guías y protocolos exigible a los profesionales de salud, así mismo, establecer que aquel comportamiento culpable tiene una adecuada relación causal con el daño, elementos que se deben configurar y probar si se pretende obtener éxito en la reclamación de la indemnización o reparación perseguida.

En las obligaciones medio, basta al médico probar que actuó con diligencia, con cuidado, que su proceder se encuentra adherido a *lex artis* propia de su oficio.

Falla del servicio médico obstétrico

La responsabilidad médica en este campo también ha presentado variaciones jurisprudenciales, el CE consideraba que en los casos en los que el embarazo se desarrollaba de manera normal, la obligación de la entidad o del profesional de salud demandados, era de resultado. Postura jurisprudencial criticada ampliamente por el gremio de la salud, que establecía que la medicina al no ser objetiva (como las ciencias básicas) la obligación se específica como un medio y no un resultado. Lo que quiere decir que los casos médicos sobrepasan en algunas ocasiones al galeno, por ello no se puede obligar a un resultado en concreto, ya que en esta disciplina existen particularidades que inciden en cada caso. No obstante, en el caso de la obstetricia, la

responsabilidad en términos médicos conlleva objetividad, cuando se presenta normalidad en el embarazo (no existen complicaciones médicas o científicas previsibles) (Consejo de Estado - 73001-23-31-000-2011-00355-00, 2020).

Esta postura jurisprudencial fue relegada en futuros pronunciamientos de la Corporación. En el año 2005 el Consejo de Estado consideró que, en la obstetricia, cuando el proceso es normal solo facilita indicio al demostrar la falla en el servicio, pues no existe ninguna disposición o jurisprudencia que exponga que, en el caso de un embarazo normal, el demandante se exonere de la carga probatoria de los elementos que evidencien una responsabilidad médica. Asimismo, si el embarazo fue riesgoso o presentaba patología, la carga probatoria a demostrar debe ser más rigurosa para exponer la responsabilidad del servicio médico (Consejo de Estado 05001-23-31-000-1991-06952-01(29590), 2014).

En conclusión, actualmente, para buscar acceso a las pretensiones por presuntos daños acaecidos durante el acto obstétrico, se hace necesario demostrar los elementos constitutivos de responsabilidad medica anteriormente mencionados, los cuales corresponden el daño, a la falla en el acto de obstetricia y el respectivo nexo causal.

Acto médico, para médico y extra-médico

Esta responsabilidad médica involucra una gran cantidad de procedimientos asistenciales como administrativos, en los cuales intervienen profesionales de la salud y de otras profesiones relacionadas, cabe destacar la labor de personal administrativo que no en todos los casos tiene formación médica, no obstante, su labor deberá enmarcarse en términos de diligencia. Sobre esta posición, el Consejo de Estado precisa que la falla médica se evidencia en todos los actos del servicio del profesional de la salud, sea este tratamiento, diagnóstico, intervenciones quirúrgicas. Asimismo, los actos que se hacen antes y después de la mediación del profesional médico; es decir desde que el paciente ingresa a la institución. (Consejo de Estado 05001-23-26-000-1992-01147-01(19276), 2010).

La complejidad que rodea el actuar médico, ha permitido la existencia de diferentes modalidades de procesos de atención, al respecto, cabe señalar la postura del CE que concibe tres

criterios. El primero es que son facultativos los actos médicos. Segundo, los actos que son considerados preparatorios al acto médico y los que se hace posterior a ese se denominan paramédicos, los cuales son realizados por un personal auxiliar. Por último, hay unos actos que se catalogan como extramédicos que por lo general consisten en manutención para brindar seguridad a los pacientes (Consejo de Estado 17001-23-31-000-1996-08017-01(20502), 2011).

Algunos ejemplos de responsabilidad Estatal de daños que se realizan por actos médicos indirectos, corresponden a la falta de mantenimiento de equipos biomédicos, errores u omisiones en la administración de medicamentos, descuidos en la vigilancia y cuidado de pacientes, lesiones asociadas al traslado de pacientes, entre otras.

Responsabilidad por error en el diagnóstico de enfermedades

Uno de los procesos de mayor importancia dentro del acto médico, corresponde sin duda al adecuado diagnóstico, sobre este aspecto, el Consejo de Estado ha manifestado que este es uno de los principales actos que caracterizan la profesión médica, porque de allí se crean todas las actividades posteriores para el tratamiento (Vázquez Ferreyra, 1993).

Siguiendo esta línea, la Corte Constitucional ha indicado “el derecho fundamental a la salud también implica que el individuo cuente con un diagnóstico efectivo” (Corte Constitucional de Colombia T-132, 2016). De este modo, siguiendo el hilo argumental, en la Sentencia T-020, 2017, manifiesta la Corte que se debe tener en la cuenta primero las valoraciones oportunas acerca de las dolencias del paciente, segundo determinar las enfermedades que padece y tercero establecer qué procedimiento se debe realizar para restablecer la salud del paciente (Corte Constitucional de Colombia T-020, 2017). Por ello, la garantía del derecho a un diagnóstico debe primero que presente pertinencia en las pruebas con respecto de los exámenes y estudios médico. Segundo, la calificación debe corresponder con la especialidad del caso en concreto, agregando que esta debe ser oportuna. Por último, las prescripciones deben ser pertinentes y adecuadas con respecto de las especialidades médicas, sean estas técnicas o científicas. (Corte Constitucional de Colombia T-717, 2009).

La posibilidad de un diagnóstico correcto hace parte de un elemento trascendental en el

estudio de la responsabilidad médica. Al respecto, el Consejo de Estado resalta que:

La falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo. Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”. (Consejo de Estado 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057), 2016)

Con relación al daño que puede surgir producto de un diagnóstico errado, el Consejo de Estado ha manifestado que para acreditar ese tipo de daño primero se debe probar que los profesionales de la salud omitieron hacer un interrogatorio al paciente o a los acompañantes acerca de los síntomas que presenta. Segundo, que el profesional de la salud no valoró al paciente del modo más profesional, que consiste en valor lo físico de un modo completo. Tercero, que el profesional de la salud no utilizó los elementos científicos y técnicos que tiene a su alcance, para así establecer con mayor certeza los padecimientos del paciente. Cuarto, no hubo un seguimiento riguroso por parte del médico o cometió un error garrafal para un profesional de la salud. Quinto, hubo una mala interpretación del médico respecto de los síntomas del paciente. Por último, omitió y no practicó exámenes vitales para el paciente en específico (Consejo de Estado 85001-23-33-000-2013-00087-01(52839), 2017).

El daño antijurídico

Actualmente, según jurisprudencia del máximo órgano Constitucional, en su sentencia SU1184, 2001 se afirma que la responsabilidad patrimonial del Estado requiere que se cumpla el principio de imputabilidad, este consiste en que deben existir elementos fácticos que demuestren el daño al bien jurídico, para así reparar ese daño que se considera antijurídico

En el análisis de la imputabilidad de la responsabilidad estatal, la Corte Constitucional ha venido sosteniendo:

La Corte Constitucional ha sostenido lo siguiente:

La responsabilidad patrimonial del Estado y de las demás personas jurídicas públicas se deriva de la imputabilidad del perjuicio a una de ellas, lo cual impide extenderla a la conducta de los particulares o a las acciones u omisiones que tengan lugar por fuera del ámbito de la administración pública. (Corte Constitucional C-254, 2003)

El daño antijurídico, se convierte entonces en el elemento principal que permite configurar la responsabilidad médica estatal. En este sentido, para lograr ser resarcido, desde el enfoque del llamado régimen de la responsabilidad subjetiva, el Consejo de Estado exige que este sea una conducta que constituye una violación a la disposición y el menoscabo o detrimento patrimonial o extrapatrimonial de un individuo que ha sido afectado. (Consejo de Estado 20001-23-31-000-2005-01640-01, 2014)

El Dr. Juan Carlos Henao, expresidente de la Corte Constitucional en Colombia, se ha interesado en el estudio del daño antijurídico. Este autor afirma que el daño es un fenómeno que se produce en el ser humano de modo natural, pues este es inseparable de su esencia, lo que sucede es que, debido a la complejidad de las relaciones humanas, un daño físico o psíquico deriva en un deterioro del patrimonio del individuo. Además, el daño puede ir más allá de esferas económicas, como lo son las relaciones humanas cotidianas (Henao, 2007).

Cuando se habla de reparación de perjuicios, sea estos materiales o inmateriales, en todo caso es necesario acreditar el daño antijurídico, sin este elemento sería ineficaz la búsqueda de la imputación estatal. Es así que, para hablar de indemnización se deben revisar los elementos que generaron el daño. (Consejo de Estado 20001-23-31-000-2005-01640-01, 2014). La práctica médica trae consigo la injuria o daño de algunos tejidos, no obstante, en materia jurídica, los elementos que constituyen el daño antijurídico, se enfocan y encuentran su interés, en la no obligación del paciente de tener que soportarlos.

Para concretar la antijuridicidad misma del daño, no sólo basta con comprobar la trasgresión de un derecho o vulneración de un interés protegido jurídicamente, como la vida o la salud, se hace necesario, en todos los casos, establecer los efectos resultantes sobre la esfera material e inmaterial,

los cuales fueron de manera injusta, padecidos por usuarios que se catalogan como víctimas.

Asimismo, la Corte Constitucional ha manifestado que la responsabilidad médica estatal, encuentra su justificación, cuando se ha comprobado que el afectado no tenía el deber jurídico de soportar un daño, pues corresponde al Estado, por mandato superior, preservar las libertades y derechos de sus habitantes frente a las actividades de la administración. En esta línea, la Corte Constitucional sostiene que esa responsabilidad patrimonial es un mecanismo de protección, frente a los daños que se pueden generar en las funciones estatales. (Corte Constitucional C-333, 1996). Tesis que encuentra su apoyo en el pronunciamiento del Consejo de Estado, por ello afirma que:

El artículo 90 constitucional dispone que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Esta responsabilidad del Estado se hace patente cuando se configura un daño, el cual deriva su calificación de antijurídico atendiendo a que el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, tal como ha sido definido por la jurisprudencia del Consejo de Estado (Consejo de Estado 18001-23-31-000-1996-09831-01(19388), 2011)

Respecto lo anterior, el Consejo de Estado afirma que si se atribuye el daño a una persona natural o jurídica, que brinda servicios estatales significa que se debe hacer responsable de la reparación. Teniendo claro que, solo será posible si se vincula que el daño se hizo en el servicio público que brinda (Consejo de Estado 25000-23-26-000-2001-01156-01(25573) , 2013).

El Consejo de Estado ha indicado que, en lo concerniente al derecho de daños, la pauta del análisis de presunta responsabilidad administrativas por cuenta de los servicios de salud, que incorporó la Constitución Política de 1991. De este modo, no se privilegia ningún régimen, se dejó a criterio de los jueces según el caso en particular (Consejo de Estado 19001233100020020154301 (34.123), 2015)

Respecto a la determinación del daño antijurídico, nuestra Corte Constitucional realizó un análisis de su definición interna, así como del derecho comparado. Llegando a la conclusión que es un concepto indeterminado, pero la doctrina española ha conceptualizado que el daño provocado por un individuo que no posee la carga jurídica de soportarlo y sin ser el producto de alguna ilicitud

del Estado (Corte Constitucional C-333, 1996).

El concepto de daño antijurídico, también ha sido admitido por la Corte Constitucional, quien concluye que ser causado por una causa ilícita y lícita. La Corte Constitucional manifiesta que esto corresponde a los dos tipos de regímenes: objetivo y subjetivo (Corte Constitucional C-430, 2000).

Queda claro entonces, lo siguiente “...no todo perjuicio debe ser reparado porque puede no ser antijurídico, y para saberlo será suficiente acudir a los elementos del propio daño, que puede contener causales de justificación que hacen que la persona tenga que soportarlo”. (Corte Constitucional C-333, 1996)

Reparación de perjuicios. Daño moral y el daño a la salud

La reparación integral de los daños antijurídicos incluye la indemnización de aquellos perjuicios tanto materiales como inmateriales. Respecto a los primeros, el Estado deberá reparar el lucro cesante, así como el daño emergente ocasionado, lo cuales deben ser allegados de manera correcta con un adecuado soporte probatorio.

En la definición y claridad que el Consejo de Estado le imprime, a aquellos perjuicios inmateriales, enfatiza que el daño moral, así como el daño a la salud, como categorías autónomas, no subsumibles una en la otra. Respecto al daño a la salud, esta corporación afirma que es aquel que afecta la integridad física y psíquica, por ello si aquel daño consiste en una afectación a la salud, se encuentra es procedente el determinar indemnizaciones, eso sí que correspondan con la afectación causada; teniendo presente que en este no se reconocen otro tipo de daños como lo son las condiciones de existencia. (Consejo de Estado 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804), 2014). Por otro lado, el Consejo de Estado avanza hacia la configuración de una definición más completa del daño a la salud, enfatizando que dicho daño no se determina por la carencia de enfermedades, sino por la alteración de lo físico o psíquico, sin importar la gravedad o el tiempo del daño, en la que se demuestre responsabilidad estatal (Consejo de Estado 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804), 2014).

Pensemos, por ejemplo, en aquella persona que producto de un procedimiento quirúrgico, queda con una cicatriz ostensible y deformante debido a quemadura con electro bisturí, en donde a la postre se prueba responsabilidad médica debido a mala praxis o equipo biomédico defectuoso. Con seguridad, en el caso en cuestión, ninguna junta calificadora de invalidez le asignará un porcentaje; en tal sentido se estaría anulando la posibilidad de reclamar un perjuicio inmaterial (daño psicofísico) producto de una secuela médico legal del tipo de deformidad que afecta el cuerpo, en este caso, de carácter permanente.

Casos con interés médico legal, como el citado en el párrafo anterior, permiten demostrar que la concepción cualitativa del daño a la salud supera la esfera a la que se circunscribe la determinación del mero porcentaje de incapacidad, máxime, cuando en la construcción de estas tablas y modelos matemáticos, sólo se tiene en cuenta aspectos relacionados en materia laboral.

El Consejo de Estado ha establecido que los daños de índole inmaterial se pueden categorizar como perjuicio moral y como perjuicio a la salud.

No obstante, en materia de responsabilidad médica, puede existir otra categoría de vulneración de un interés legítimo constitucional, que se encuentre tutelado y que en tal sentido “merezca una indemnización a través de las tipologías tradicionales como el daño a la vida de relación o la alteración grave a las condiciones de existencia o mediante el reconocimiento individual o autónomo del daño” (Consejo de Estado SU Rad 31172, 2014) . Como ejemplo de lo anterior se propone el derecho al honor, el derecho al buen nombre, a tener una familia, entre otros.

En este sentido, la reparación del daño moral es precisamente esa indemnización de la esfera interna del individuo, relacionada de manera directa con estados de aflicción como ser humano. Respecto a la indemnización derivada de este tipo de daño se ha establecido que “...éste se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo”. (Consejo de Estado SU Rad 32988, 2014)

El Consejo de Estado ha establecido tablas de reparación, entre ellas se encuentra la del daño moral en caso de presentarse lesiones y en caso de muerte, en donde privilegia las relaciones

paterno filiales, de consanguinidad, civiles e incluso afectivas, graduando la indemnización hasta un tope de 100 SMLMV (Consejo de Estado SU Rad 32988, 2014).

Historia clínica como medio de prueba

Este documento es definido por la Ley de ética médica como “el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”. (Ley 23, 1981)

Este documento tiene el carácter de privado, sometido a reserva, cuya propiedad es del paciente, en el cual se consignan de manera cronológica los actos médicos y paramédicos que dan fe de las condiciones de salud y atenciones recibidas por el paciente, cuya custodia la tiene la IPS. Bolívar (1999), en su doctrina afirma que la historia clínica la diligencia un profesional de la salud en un momento en específico, esta información de ese momento es el que se demanda, por tanto, algunos doctrinantes manifiestan que la historia clínica no debe tener valor probatorio porque es el implicado en la demanda quien diligenció la información. Es así que, el autor resalta que cuando se diligencia una historia clínica su objetivo no es que sea una prueba y menos una prueba para una defensa. Lo que hacer el profesional de la salud es cumplir con sus actividades propias de su profesión y cumpliendo deberes legales. Por ello, para Bolívar (1999), la historia clínica debe ser un elemento probatorio y debe considerarse válido, útil, eficaz y pertinente,

Infecciones asociadas a la atención en salud

El Consejo de Estado ha considerado que:

... cuando se pretenda el reconocimiento del perjuicios derivados de daños causados por infecciones nosocomiales o intrahospitalarias cuando no sea posible resolverse bajo el llamado régimen subjetivo de falla del servicio, deberá estudiarse este asunto bajo la óptica del título de imputación objetiva del riesgo excepcional, correspondiendo al accionante probar que se adquirió la infección en el establecimiento hospitalario por causa exógena (generada por el prestador del servicio de salud) y que fue ésta la causa efectiva o eficiente del daño. (Consejo de Estado 25000-

23-26-000-2001-01952-01(29719), 2013)

El Consejo de Estado de modo excepcional, ha considerado que, dentro de la órbita de responsabilidad médica, existen situaciones en las que es posible predicar un enfoque de régimen de responsabilidad objetiva. Sobre este particular, dicha Corporación ha precisado cinco criterios los cuales se detallan en la siguiente tabla 2:

Tabla 2. Enfoque de régimen de responsabilidad objetiva

1	Aquellos eventos que implican la manipulación de cosas peligrosas, pero siempre y cuando la herramienta riesgosa cause el daño de manera directa o por ella misma, pues si la lesión es producto de una ejecución irregular del acto médico, aunque medie un instrumento que represente peligro o riesgo, el caso específico estará regido por la responsabilidad subjetiva o culposa (Consejo de Estado, Sala Contenciosa Administrativa, 25000-23-26-000-2003-02133-01, 2017).
2	Cuando un medicamento, tratamiento o procedimiento que implique o conlleve un progreso en la ciencia y, por lo tanto, se considere novedoso, se desconozcan las consecuencias o secuelas del mismo a largo plazo (Consejo de Estado, Sala Contenciosa Administrativa, 25000-23-26-000-2003-02133-01, 2017).
3	Cuando en el acto médico se empleen químicos o sustancias peligrosas (v.gr. eventos de medicina nuclear) (Consejo de Estado, Sala Contenciosa Administrativa, 25000-23-26-000-2003-02133-01, 2017).
4	En supuestos de vacunas, porque se asume de manera implícita su eventual peligrosidad y reacciones adversas en los diferentes organismos (Consejo de Estado, Sala Contenciosa Administrativa, 25000-23-26-000-2003-02133-01, 2017).
5	Cuando el daño sea producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria. (Consejo de Estado, Sala Contenciosa Administrativa, 25000-23-26-000-2003-02133-01, 2017)

En los casos señalados se refieren al hecho fáctico y su correspondiente nexo causal con el daño antijurídico, no es relevante indagar frente al modo en el que la entidad brindo el servicio, lo que

quiere decir que no es relevante si hubo diligencia o cuidado por parte de los funcionarios de la entidad (Consejo de Estado 25000-23-26-000-2003-02133-01, 2017). El Consejo de Estado también enfatiza que cuando la responsabilidad se establece bajo el régimen objetivo no se entra en consideraciones sobre conceptos de culpa, descuido o negligencia.

En aquellos casos en que el daño se encuentra asociado a una infección cuyo microorganismo solo habita en centros hospitalarios, y donde no es posible probar una falla de los profesionales de la salud, el Consejo de Estado aplica el régimen objetivo de la responsabilidad del tipo riesgo excepcional. Expone el Consejo de Estado que, para este tipo de daños, derivados de infecciones intrahospitalarias, se analizan los actos del servicio médico en cuanto a las lesiones antijurídicas generadas, que son dilucidadas por formalismos científicos y por Lex Artix. Por tanto, ese tipo de lesiones se abordan desde un enfoque objetivo de la responsabilidad, en la que no es relevante acreditación de si la entidad actuó del modo correcto, lo que verdaderamente importa es el hecho fáctico y material que surge por el servicio médico y sanitario que se brindó Consejo de Estado 25000-23-26-000-2003-02133-01(36816)A, 20171).

Características de las partes demandadas y demandantes.

En el año 2014, Restrepo Giraldo analizó el fenómeno de demandas por responsabilidad médica, allegadas al CENDES¹. La mencionada investigación tuvo como objetivo realizar una caracterización de las demandas que surgían por responsabilidad médica, tomando como base de estudio aquellas solicitudes de dictámenes periciales en el periodo 2010 y 2014. Utilizando un estudio descriptivo observacional retrospectivo encontraron 372 expedientes completos, evidenciando un incremento sostenido año tras año, en el número de casos por presunta

¹ Se trata del Centro de Estudios en Derecho y Salud, el cual se encuentra inscrito a la Universidad CES en la ciudad de Medellín. Dicha entidad se encuentra en la lista de los auxiliares de la justicia, realizando dictámenes periciales en temas concernientes a las ciencias de la salud.

responsabilidad médica, especialmente en Antioquia, Córdoba y en el departamento de Caldas. Es así que, concluyen que en la mayoría de los asuntos que se llevaron a la jurisdicción Contenciosa Administrativa fueron de un 55.9 % y un 43.81 % a la jurisdicción civil. Por otro lado, los profesionales que más se demanda son los médicos generales, esto da un porcentaje de 36.2 % y para áreas especialistas en procesos quirúrgicos las demandas tienen un porcentaje de 57.5 % (Restrepo Giraldo, 2015).

Los investigadores encontraron que respecto al cuanto al tipo de daño, la muerte constituye el evento que más genera demandas (46.2%) seguido por perturbación funcional (43.5%). Respecto a las causales de culpa, encontraron que la negligencia se constituyó, como la causal de culpa más demandada (89.5%) seguida por impericia (50%) y por último imprudencia (40.8%)

Tamara, Jaramillo y Muñoz (Tamara P., 2011) caracterizaron los casos de presunta responsabilidad médica, analizados por este Instituto entre el año 2006 y 2010, se basaron en los expedientes de demandas médicas que llegaban para estudio de la Seccional Bogotá del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recolectaron información superior a 500 informes periciales provenientes de 402 casos.

Dentro de una robusta investigación, encontraron que el 80% de las demandas fueron contra el Estado; el 77% de las entidades demandadas se encontraba en Bogotá, que el grupo de especialidades médicas más demandadas fueron ginecología y obstetricia, seguida por otras disciplinas quirúrgicas, luego especialidades clínicas y un bajo porcentaje en especialistas en pediatría. Cuatro de los casos analizados, correspondían a demandas contra médicos generales. En la tabla siguiente se documenta de las especialidades médicas más demandadas según estudio mencionado.

Dentro del estudio se encontró que el 69,2% de población afectada correspondía a mujeres; la población de mujeres gestantes fue de 104 casos, las edades gestacionales oscilaban entre 9 y 41 semanas, arrojando un promedio de edad gestacional de 35,2 semanas.

Tabla 1 Especialidades médicas demandadas en estudio de Tamara, Jaramillo y Muñoz

Especialidad directa	Casos (n)	Porcentaje
Ginecología y Obstetricia	124	32
Ortopedia	40	10
Cirugía General	39	10
Ginecología	34	9
Cirugía Plástica	33	9
Oftalmología	31	8
Anestesiología	7	2
Otorrinolaringología	7	2
Neurocirugía	6	2
Pediatría	6	2
Otra especialidad	56	15
Total	383	100

Fuente: Tamara (2011)

Los investigadores describieron los diagnósticos y eventos en salud más frecuentes, que terminan en un proceso de demanda por presunta responsabilidad en salud. Dentro del estudio mencionado, las investigadoras encontraron datos muy interesantes. Primero, que había algún factor de responsabilidad de los pacientes en la incidencia de los resultados que favorecían la demanda, esto se evidenció en 28 informes, respecto de estos informes un porcentaje de 46 % que muestra la no autorización de tratamientos, la no adherencia al tratamiento, el no seguimiento del proceso, el consumo de tabaco, presencia de perturbaciones mentales. Segundo, se evidenció en 29 informes que factores administrativos influyeron en los resultados que conllevaron presentaciones de demandas, esto se produjo por inadecuados niveles de atención y la no remisión, no suministro de medicamentos, carencia de historia clínica y negativas para la autorización de servicios. Según Tamara (2011), la mayoría de casos sucedieron en niveles 2 y 3 de complejidad en la atención.

Tabla 2 Número de demandas por diagnósticos más frecuentes en estudio de Tamara, Jaramillo y Muñoz

Diagnósticos	Casos (n)	Porcentaje
Muerte fetal por causa no especificada	52	13
Punción o laceración accidental durante un procedimiento	32	8
Otras causas mal definidas de mortalidad	31	8
Infección consecutiva a un procedimiento	29	7
Muerte por secuelas de causa obstétrica directa	15	4
Fibrosis y afecciones cicatriciales de la piel	9	2
Falta de consolidación de fractura (pseudoartrosis)	4	1
Cuerpo extraño dejado accidentalmente en cavidad corporal o en herida operatoria consecutiva a procedimiento	4	1
Ceguera de un ojo	4	1
Amputación de miembro(s)	4	1
Lesión cerebral anóxica, no clasificada en otra parte	4	1
Otros	214	53

Fuente: Tamara (2011)

Nuestro país se caracteriza por su alto número de demandas contra el sector salud; se estima que son más de 9 billones de pesos los que tiene en mora de pagar la nación por sentencias, laudos arbitrales y conciliaciones; se calcula que el 43% de estas obligaciones son producto de intereses, al punto que el gobierno nacional pretende financiar este costo con la emisión de bonos. (el Espectador, 2019)

Incluso, en tiempos de pandemia ocasionada por el virus SARS-Cov-2 (COVID 19) desde algunos sectores jurídicos, se incentiva la demanda a profesionales de la salud, generando acompañamiento legal respecto a la posible indemnización por supuesta responsabilidad médica en el manejo del virus y sus nuevas variantes.

En 2020, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación expresó su rechazo al incentivo que un grupo de abogados realizaba, por redes sociales, a demandar las muertes asociadas a COVID. Dicha organización reconoce el carácter fundamental al derecho de la salud, no obstante, hace un llamado para prudencia y necesidad de entender el momento crítico y contexto de la actual emergencia sanitaria, sosteniendo lo siguiente: “Estamos prestos para acompañarte jurídicamente, con el objetivo de que logres recibir un resarcimiento de los perjuicios causados debido a una negligencia médica”. (Espectador, 2020)

El potencial riesgo de complicaciones en salud en el que se incurre durante la atención en clínicas y hospitales, presupone un debate de gran interés y preocupación para los Estados; muchos de estos errores se encuentran asociados a fallas humanas, como por ejemplo la falta de un adecuado diagnóstico, tratamiento y suministro de medicamentos, entre otras actividades en salud que comporten un riesgo para la integridad del individuo. Este problema ha sido abordado por países norteamericanos como lo menciona Villarreal Pérez (2011) que en los Estados Unidos las muertes de pacientes imprevistas a mediados de los años noventa, conllevaron que el gobierno creara un comité de investigación sobre el servicio de salud. Asimismo, resalta el autor que al iniciar el año 2000 los reportes del comité concluyeron que por errores del servicio (errores humanos) mueren entre 44.000 y 98.000 personas, de este número 7000 mueren por errores al administrar los medicamentos.

El incremento en la presentación de los errores humanos y técnicos cometidos en el proceso de atención de salud, medidos como eventos adversos, que se hacen notorios al momento de la formulación, diagnóstico e instalación de un plan de manejo, puede atribuirse a varios factores, entre ellos, como por ejemplo la falta de sistematización completa de las historia clínica y los documentos que se derivan de la realización y digitalización de la misma, su interconectividad entre servicios de una misma IPS y falta de comunicación entre diferentes instituciones que atienden un mismo paciente, la tendencia a la complejidad de los procedimientos, así como, el creciente número de estudiantes de medicina producto de la multiplicación de facultades en salud que dificulta, en parte, la medición de procesos de calidad en su formación.

Anteriormente, los profesionales de la salud no solían contratar pólizas de responsabilidad

civil; hoy en día, las crecientes demandas hacia el sector salud, ha llevado a un incremento marcado en la adquisición de pólizas por profesionales de la medicina, convirtiendo de esta forma, que la práctica de aseguramiento sea cada día más generalizada.

En la actualidad, la práctica de la profesión médica en Colombia, gira en torno al modelo de prestación de servicio implementado a partir de la Ley 100, la cual transformó la estructura del anterior sistema nacional de salud hacia un modelo de aseguramiento de mayor cobertura e integralidad, lo cual permitió la posibilidad de que en la prestación de servicios concurren tanto el Estado, como particulares, garantizando condiciones de libre competencia entre sus actores.

En el estudio de Fernández Muñoz se constató que muchas entidades prestadoras de servicios de salud, “sobre todo las más grandes, aseguran su responsabilidad civil, y a efecto de contratar a las IPS están exigiendo, como requisito imprescindible de la contratación, la suscripción de pólizas que amparen su responsabilidad” (Fernández Muñoz, 2017) de tal suerte que, actualmente, son pocas las instituciones que contraten sin un seguro de responsabilidad profesional. No es infrecuente que las IPS, exigen al profesional de la salud una póliza que ampare su responsabilidad, ante la posibilidad de presentaciones de demandas por su ejercicio profesional.

La dimensión del contrato de seguro en salud es tan amplia, que, en la práctica, vemos un triple aseguramiento, tanto de la empresa promotora de salud, de la IPS y de los profesionales de la salud, buscando siempre la protección de sus intereses, así como los del paciente

Garzón, analizó la evolución jurisprudencial respecto de la carga de la prueba en demandas relacionadas con atención por gineco obstetricia, una de las áreas de la salud más demandadas. También, revisó la jurisprudencia con el propósito de evidenciar si son eficaces las reparaciones de los pacientes que son afectados por negligencias médico-administrativas (Garzón Rodríguez, 2015). En conclusión, el autor afirma que en cuanto a la carga de prueba para los pacientes son desiguales, porque al clasificar las obligaciones de medio y de resultado surgen un dilema. Las primeras, las de medio, el médico debe responder si ejerce su trabajo de acuerdo con su *Lex Artis*, pero no se exige el resultado de esos medios que utiliza; es decir no hay un compromiso con la curación del paciente, de manera que es al demandante que le recae toda la carga probatoria para demostrar la culpa del

servicio que se le brinda (Garzón Rodríguez, 2015).

El error en prácticas de salud, manifiesta Restrepo Giraldo (2015) se puede definir como un plan incorrecto que no alcanza un objetivo que se elabora de un modo intencional, pero que genera un daño no intencional. Bajo esta misma óptica, otros datos presentan que uno de cada diez pacientes en el mundo son afectados por errores en el servicio de salud y el mejor modo para generar seguridad a los pacientes, es que durante el tratamiento y los cuidados generales se hagan del modo más cuidadoso posible (Restrepo Giraldo, 2015).

El evento adverso en salud ha tenido varias definiciones, quizá la mas precisa corresponde a la que maneja en Ministerio de Salud, quien lo considera como “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

En la práctica clínico asistencial, la presentación de un evento adverso en salud, usualmente se asocia al incremento en la estancia hospitalaria y, por ende, al mayor gasto en salud.

Las conductas omisivas de reporte de eventos adversos pueden ser entendibles, si catalogamos la profesión medica como aquella de raíces liberales. El ejercicio de las profesiones en salud no es la excepción a esta regla. Debemos tener presente que la respuesta inicial de cualquier ser humano, cuando se encuentra frente a una complicación asociada a un error, es el de buscar un culpable o culpables y de esta forma buscar un castigo proporcional.

Las causas por las cuales se generan fallos condenatorios hacia los diferentes actores, que de alguna u otra manera se encuentran vinculados en el proceso de atención en salud son diversas, entre ellas se encuentra la falta debida de cuidado, la negligencia, la impericia y la imprudencia como conductas inherentes al ser de aquellos profesionales de la salud. Las demandas dirigidas hacia los profesionales de la medicina, actualmente se han convertido en una realidad preocupante, al respecto Tapia Rodríguez reflexiona en lo siguiente:

“...la obligación de medios del médico le exige actuar no como cualquier hombre prudente, sino prestar sus servicios conforme a la *lex artis*, esto es, de acuerdo a los conocimientos adquiridos por

la ciencia médica, con el objeto de prevenir, diagnosticar o sanar adecuadamente al paciente. Evidentemente, se trata de prestar al paciente los cuidados según los conocimientos adquiridos por la ciencia médica a la fecha del tratamiento y no a la fecha en que el juez resuelve” (Tapia Rodríguez, 2003)

En su investigación sobre el seguro obligatorio de la responsabilidad médica, Fernández Muñoz, indaga acerca de este asunto porque la doctrina colombiana carece de estudios sobre este aspecto. A lo cual concluye que este seguro es obligatorio por las altas reclamaciones sobre responsabilidad médica y por lo inevitable que se ha vuelto para las entidades de salud no incurrir en daños cuando brinda sus servicios (Fernández Muñoz, 2017).

La investigadora propone que antes de que el legislativo, establezca la obligación legal de la contratación de seguro médico, se precisa penetrar en la conciencia común del profesional de la salud, advierte la necesidad de que se les demande más responsabilidad y enfoque de calidad a sus profesionales, buscando siempre:

“...que todos los profesionales de la salud, incluidas las estructuras sanitarias, fueran realmente conscientes de la ingente prudencia que significa ejercer la medicina contando con una póliza que garantice la posible producción de un daño, así como la necesidad de adelantar y ejecutar mecanismos de prevención, a través de la implementación de metodologías de gestión del riesgo sanitario” (Fernández Muñoz, 2017)

En Colombia, la responsabilidad médica ha encontrado una relación directa con los procedimientos médico legales. Debido al aumento de procesos que requieren la práctica de un abordaje médico forense, el INMLCF, emitió las directrices para el protocolo para el “Abordaje médico legal de casos relacionados con responsabilidad profesional en atención en salud” (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018) con el cual, todos los médicos legistas orientan la respuesta de casos relacionados de demandas hacia el sector salud.

Consentimiento informado en la práctica médica

Entendido para el Consejo de Estado como el procedimiento de la relación del médico y el

paciente, en el que el último expresa su voluntad que consisten en aceptar o rechazar propuestas del médico que pueden consistir en una terapia, un diagnóstico, un plan, una investigación, entre otros. Se añade a esto, que el médico informa al paciente de todo el procedimiento, exponiendo al paciente los beneficios y riesgos a los que se somete. (Consejo de Estado 25000-23-26-000-2000-01924-01(26660), 2014).

El código de ética médica, indica que los profesionales de la medicina deberán orientar su ejercicio, orientados a los principios universales de beneficencia y no maleficencia (*primum non nocere*) respecto del usuario. El primer principio, orientado a ayudar de manera permanente a la consecución del bienestar; el segundo, orientado a evitar la presentación del daño.

El consentimiento informado tiene raigambre constitucional, corresponde al médico dejar de lado el paternalismo clásico que caracterizó el ejercicio de la medicina en donde se generaban todos los esfuerzos por el paciente, no obstante, sin contar con el paciente. Bajo esta premisa, la Corte Suprema de Justicia considera que “...el consentimiento informado materializa el derecho fundamental de todo paciente a tomar decisiones preponderantes en torno a su salud física y mental, por lo tanto, de someterse libre y voluntariamente al diagnóstico o al procedimiento sugerido por el galeno...” (Corte Suprema de Justicia SC7110, 2017).

La anterior situación, cobra su explicación y relevancia, si consideramos lo preceptuado en la Ley de Ética que rige el ejercicio de los profesionales médicos en Colombia, la cual es del siguiente tenor:

Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente. (Ley 23, 1981)

La historia de la práctica médica no había considerado la importancia del consentimiento informado, no sólo respecto a su adecuado diligenciamiento, sino que su importancia pasó de ser una simple cortesía del médico ante el paciente, sino a considerarse como medio de prueba, en el cual se logra demostrar el traslado del riesgo jurídico en cada actividad asistencial.

Con la democratización de derechos que trajo consigo la Carta, los profesionales de salud, cada vez toman más conciencia de que los pacientes son sujetos de derecho, que uno de esos tantos derechos consiste en tener acceso a ser informado sobre la patología que padece, su diagnóstico, las alternativas del tratamiento, a consentir o rechazar las medidas terapéuticas adoptadas por el médico.

En tal sentido, al profesional médico, se le exige cada día, brindar una información cada vez más clara, que sea veraz, ilustrada, de buena calidad, completa, garantizando que el paciente entienda la situación, pasar de un consentimiento firmado a un consentimiento informado, que le permita al usuario, de manera libre y voluntaria, acogerse a los beneficios o riesgos involucrados en el manejo médico solicitado.

Para la Corte Constitucional, la búsqueda del consentimiento informado conforma en esencia el derecho a la salud, al respecto considera el alto tribunal constitucional que la relación de los médicos con los pacientes en la actualidad no es posible que sea desde un punto de vista paternalista, pues el paciente como cualquier ciudadano en una Estado Social de Derecho tiene autonomía y no debe ser vulnerada su dignidad. Cabe añadir que, el derecho fundamental a la salud y a la información, no deben vulnerarse por el personal médico (Corte Constitucional de Colombia SU337, 1999). Bajo estas premisas, agrega en su sentencia C182-2016, que el consentimiento informado se encuentra dentro del derecho que tienen los ciudadanos de recibir la información clara y expresa, asimismo a su derecho de autonomía de decidir lo que considere mejor para su salud.

Sobre este tema, la Corte Constitucional manifiesta excepciones con respecto de las exigencias de este documento, las cuales son:

1. Se presenta una emergencia o situación especial, ej. el paciente se encuentra inconsciente, el paciente está alterado o presenta un estado de riesgo de muerte (Corte Constitucional C-182, 2016).
2. Cuando al rechazar un procedimiento médico conlleve a efectos no deseados, esto respecto al paciente y también para terceros afectados (Corte Constitucional C-182, 2016).

3. Cuando el paciente es menor de edad (Corte Constitucional C-182, 2016).
4. Cuando el paciente se encuentre en alguna situación de discapacidad mental (Corte Constitucional C-182, 2016).

Resaltando la importancia del consentimiento informado, el máximo órgano de la jurisdicción contenciosa administrativa, ha advertido por lado que si existe una falla médica y además se agrega la falta de consentimiento informado se concibe como normal atribuirles la responsabilidad a los médicos del daño generado y se debe indemnizar el daño moral por la falta del consentimiento informado. Por otro lado, si el procedimiento se realiza con base en el Lex Artis pero falta el consentimiento informado el daño que se debe indemnizar es solo por daño moral (Consejo de Estado 63001-23-31-000-1997-04547-01 (15737), 2008)

Con relación al tema, el Consejo de Estado ha establecido que la suscripción del documento de consentimiento informado, encuentra sus bases en el principio de la buena fe que caracteriza la relación médico paciente, especialmente, cuando una de las partes, la médica, tiene ventajas de conocimiento respecto a la otra, esta alta Corporación también ha señalado que las responsabilidades del Estado por los daños en los procedimiento médicos sin el consentimiento informado del paciente tiene lugar cuando se cumplen los requisitos que manifiesta el artículo 90 Constitucional: 1) omisión del médico a informar al paciente (beneficios, consecuencias, efectos a largo plazo, alternancia de tratamientos, etc.); 2) brindar una mala información; 3) que haya brindado la información correcta, pero no exija el consentimiento (sea al paciente o parientes), que cause daño y que el daño causado sea imputable por la demostración de la causa entre el daño y la omisión del consentimiento informado (Consejo de Estado 63001-23-31-000-1997-04547-01 (15737), 2008).

Daño autónomo- pérdida de oportunidad

Respecto a esta categoría de daño autónomo, el Consejo de Estado ha precisado que para este caso se debe determinar las probabilidades de que sobreviva el paciente o recupere su salud y no en hacer especulaciones sobre el nexo causal o referirse a doctrina si hay ausencia de elementos probatorios. Es así que el Consejo de Estado manifiesta que en lo que se refiere a la pérdida de

oportunidad, esta deberá ser estudiada de un modo rigurosos para así definir su causalidad y poder realizar la imputación de los daños. El estudio de los daños debe ser por medio de elementos estadísticos y de probabilidad, concibiendo si la persona tenía mejor posibilidad de mejorar si se le realizaban otros tratamientos y otros procedimientos (Consejo de Estado 11878, 2000). Es decir, a lo que se refiere el Consejo de Estado es a evitar especulaciones, que se tomen elementos científicos que expongan los errores del servicio médico y las posibilidades de los pacientes de preservar su vida o mejorar su salud con otros procedimientos.

En línea con este tema, el Consejo de Estado, ha precisado unos criterios claros para el establecimiento de este daño, el cual, lo ha catalogado como un verdadero daño autónomo e indemnizable. Cuando se menciona la pérdida de oportunidad se debe tener claro que primero que, si se habla de daño hipotético o eventual, esto quiere decir que si la demostración es vaga o genérica no es indemnizable. Por otro lado, la pérdida de oportunidad no se refiere al beneficio que se esperaba. Por ello, concluye el Consejo de Estado que el concepto de pérdida de oportunidad cuando orienta al hecho que generó el daño, encamina es a las probabilidades que se tenían para poder llegar al resultado, estas probabilidades representan un valor monetario que serán cada vez mayores si estas probabilidades son altas para conseguir el beneficio que se pretende; claro está que eso se prueba con las circunstancias y hechos de cada caso en específico (Consejo de Estado 88001-23-31-000-1998-00031-01(22030), 2011).

Se tiene entonces que para establecer una pérdida de oportunidad se requiere demostrar una relación de causalidad entre la practica médica (por acción u omisión) así como la "... desaparición, exclusivamente, de la probabilidad de acceder a la ganancia o de evitar el deterioro como rubros que se integran efectivamente en el patrimonio del afectado, con independencia de los demás tipos de daño cuya ocurrencia pudiere tener lugar..." (Consejo de Estado 88001-23-31-000-1998-00031-01(22030), 2011)

En tal sentido, vía jurisprudencial se han establecido requisitos que permiten configuran la existencia de este daño autónomo como indemnizable en casos de responsabilidad médica, los cuales se relacionan de la siguiente manera:

1. Certeza de la existencia de una oportunidad que se ha perdido, aunque la misma envuelva un elemento aleatorio (Consejo de Estado 88001-23-31-000-1998-00031-01(22030), 2011).
2. Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento (Consejo de Estado 88001-23-31-000-1998-00031-01(22030), 2011).
3. Para pretender el resultado esperado, la víctima debe estar en una situación de potencialidad para conseguir ese resultado (Consejo de Estado 88001-23-31-000-1998-00031-01(22030), 2011).

En conclusión, la pérdida de la oportunidad debe enfocarse como un ejercicio de causalidad de conducta, en este sentido, las probabilidades que persigue la víctima (sean estas de ganancia, para evitar el deterioro y el beneficio que persigue (Consejo de Estado 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772), 2006).

Conclusiones

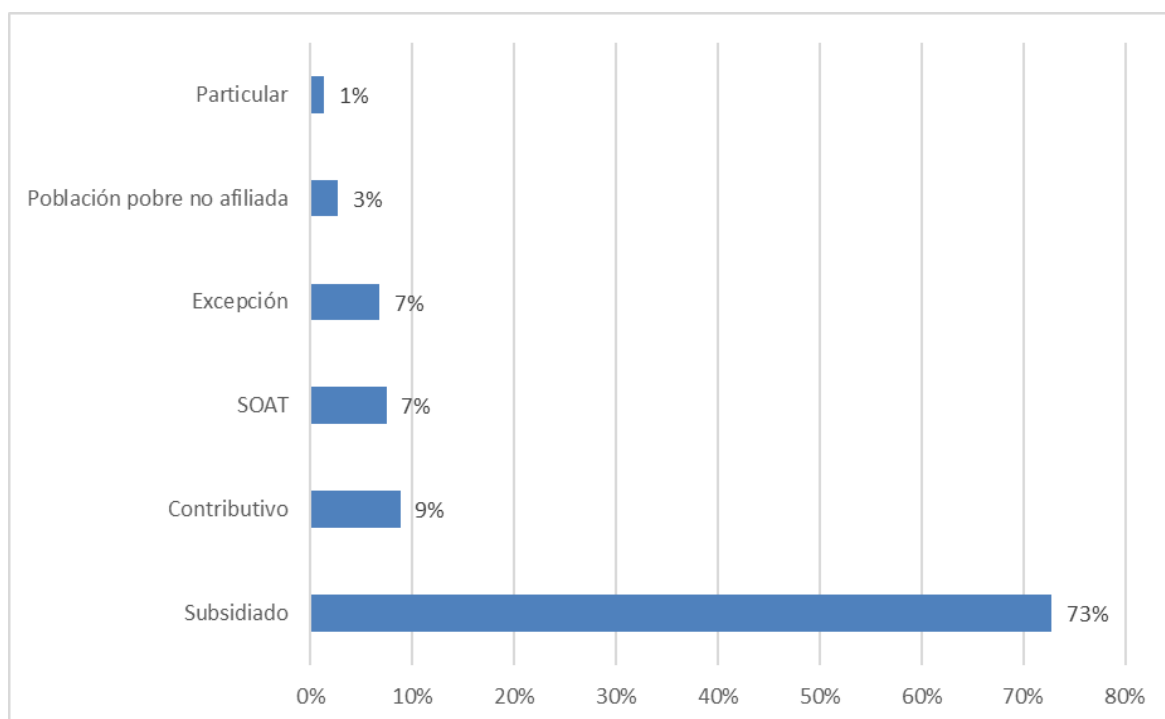
Tras analizar 151 sentencias del Tribunal Contencioso Administrativo del Quindío (TCAQ) periodo 2016-2020, se encontró lo siguiente:

De todas las demandas por responsabilidad médica analizadas por el TCAQ en el periodo 2016-2020, el 98.7% fueron conocidas en segunda instancia, el 1.7% restante fue tramitada por este tribunal en primera instancia. Dada las diferentes complejidades de cada uno de los casos demandados, esta situación, podría orientar hacia una posible preferencia de los profesionales del derecho, a instaurar este tipo de casos en juzgados administrativos de Armenia en primera instancia, tal vez por el tiempo que supondría esperar un fallo de segunda instancia en Consejo de Estado.

En el 44.9% de los procesos, los juzgados administrativos de Armenia accedieron a las pretensiones de la parte actora; en segunda instancia, se tiene que el TCAQ confirma la decisión de A quo en el 77.6% de los casos. Los motivos por los cuales el TCAQ revoca decisiones de primera instancia donde se accedió a pretensiones, se circunscriben a una inadecuada aplicación del principio autónomo de pérdida de la oportunidad. El Tribunal revoca sentencia al considerar que la parte actora no logró probar falla u omisión del servicio médico.

Respecto al tipo de aseguramiento en salud de las personas afectadas por presunta responsabilidad médica como se muestra en siguiente gráfico, se tiene que el 70.9% de las personas se encontraban activas en el régimen subsidiado, seguidas por 8.6% al régimen contributivo, 7.2% en casos atendidos como evento SOAT y 6.6% de población afiliada a regímenes de excepción de ley 100, específicamente magisterio y fuerzas militares.

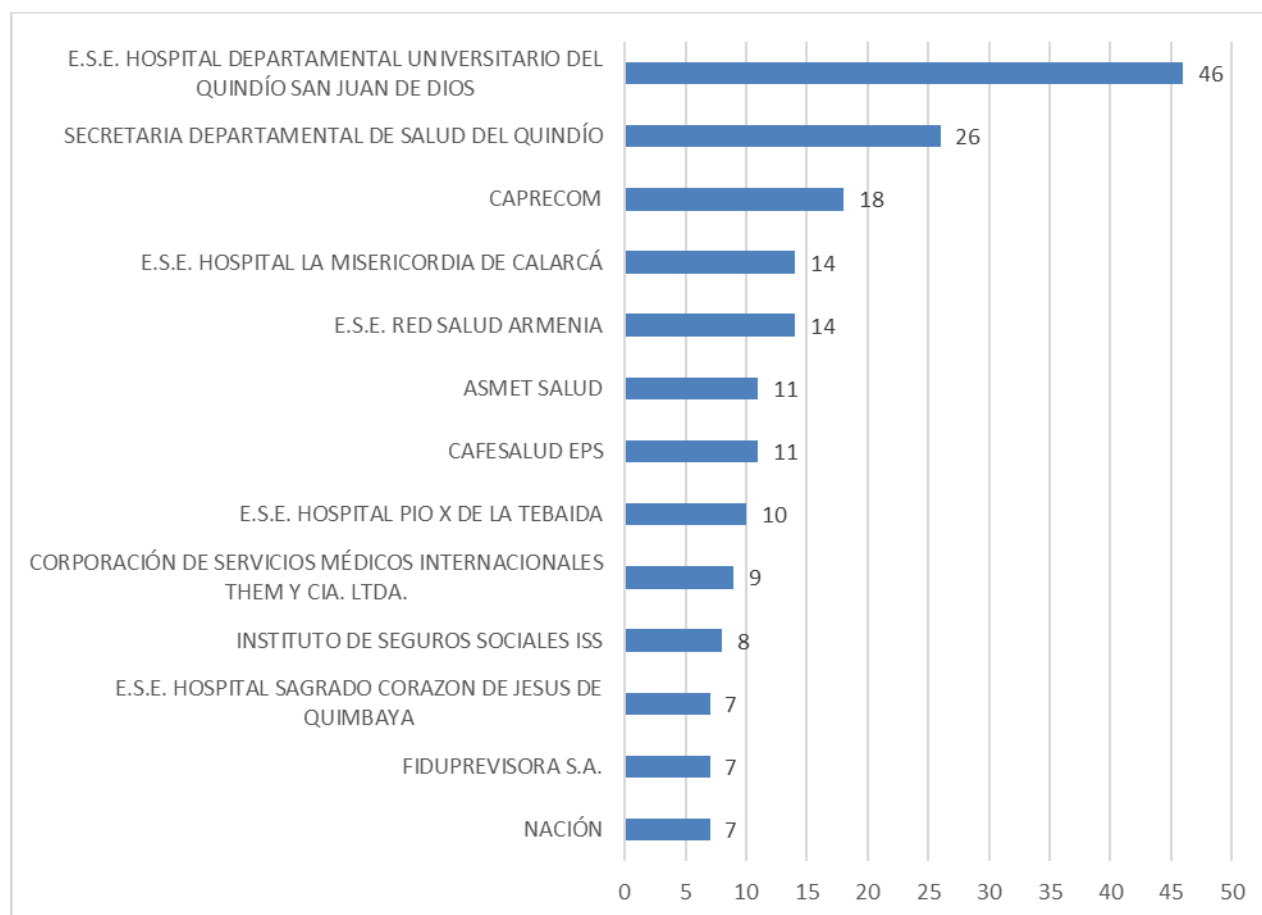
Gráfico 1 Aseguramiento en salud



Lo anterior se puede explicar de tres maneras, primero si tenemos en cuenta que las EPS que administran planes de beneficios en el régimen subsidiado en salud, prefieren perfeccionar contratos por evento, cápita o presupuestos globales prospectivos con empresas sociales del Estado; las características sociales y económicas de la población objeto de estudio y, finalmente, al acceso al sistema de salud que deben garantizar las ESE, en aquellos casos en los cuales la EPS administradora de planes de beneficios subsidiado, no garantizan una red contratada y suficiente de atención en el departamento.

De las 151 demandas estudiadas se encontraron 55 entidades de salud involucradas, en el siguiente gráfico se presentan las entidades con mayor número de demandas

Gráfico 2 Distribución de las demandas



Fuente: Elaboración propia

El estudio arrojó que en el 25% de las demandas por presunta responsabilidad en salud, se demandó al Hospital San Juan de Dios de Armenia como lo muestra el gráfico anterior, la cual es una entidad de salud de III nivel ubicada en la ciudad de Armenia-Quindío. En segundo lugar, se encontró que en el 14% de las demandas se vincula a la secretaria de salud de Quindío.

Las secretarías de salud departamentales se encuentran facultadas para generar la inspección, vigilancia y el control de los actores de salud en cada región, así mismo, fungen un

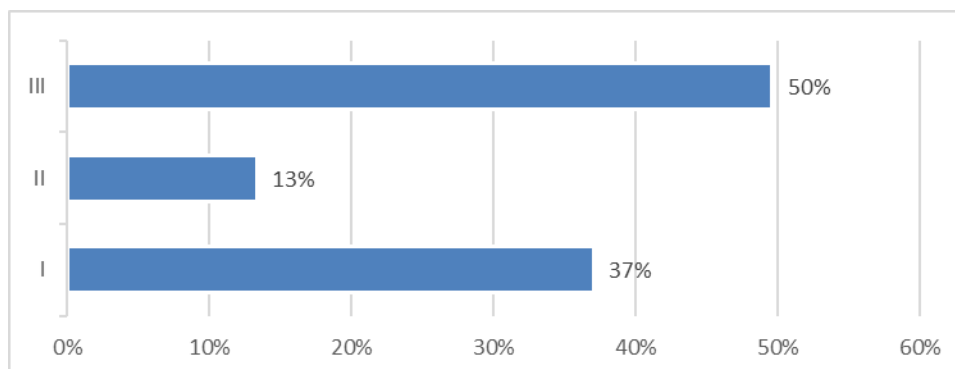
papel de vital importancia en la georreferenciación y articulación de las redes integradas e integrales de salud. Esta investigación encontró que el 14% de las demandas por presunta responsabilidad en salud, se vinculó al ente territorial de Quindío, el común denominador radica en la no provisión de medicamentos, acceso a citas y demás procedimientos excluidos de los planes de beneficios de salud (antiguo POS).

El 16% de las demandas por presunta responsabilidad médica involucró a las ya liquidadas CAPRECOM y CAFESALUD; dato de no poca relevancia al observar el incremento de demandas contra la EPS Asmet Salud, principal EPS del régimen subsidiado actualmente en el departamento, situación que permite a los entes reguladores de salud, veedores del mismo sistema y la academia, adelantar gestiones para evitar la perpetuidad en las vulneraciones al derecho a la salud en la región.

Como dato interesante, se encuentra que el 9% de las demandas por presunta responsabilidad médica involucran a la Fiduciaria La Previsora y a COSMITET; la primera, vocera y administradora del patrimonio del fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio (FOMAG) la segunda, corresponde a empresa privada en salud a quien desde hace varias décadas se le adjudica, mediante licitación pública, la carga prestacional en salud a los docentes y sus beneficiarios en los departamentos del eje cafetero y valle del cauca.

El anterior hallazgo se torna novedoso, no esperado por el autor, toda vez que los docentes gozan de un plan de beneficios de salud exceptuado de la Ley 100, plan que no contempla copagos, cuotas moderadoras, con mínimas exclusiones, libertad en la formulación y frecuencias de uso, que no se rige por el plan de salud convencional que cubre a la mayoría de los colombianos y cuya unidad de pago por capitación se hace exageradamente mayor al compararla con otros regímenes.

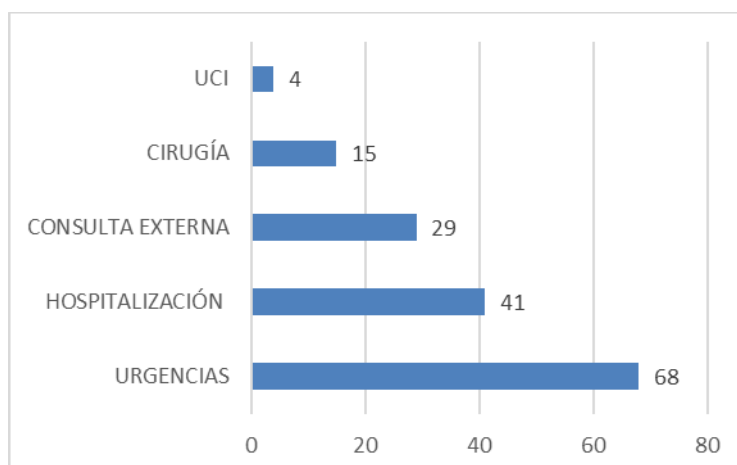
Gráfico 3 Nivel de Complejidad



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 5 se encuentra la distribución por servicio más demandado en cada empresa social del Estado, correspondiendo al servicio de urgencias en más alto volumen de demandas por presunta responsabilidad médica. De esta información obtenida llama la atención el creciente número de casos de demandas originadas cuando el paciente es atendido en servicio de consulta externa, situación que incluso supera las demandas originadas de atenciones en servicio de cirugía.

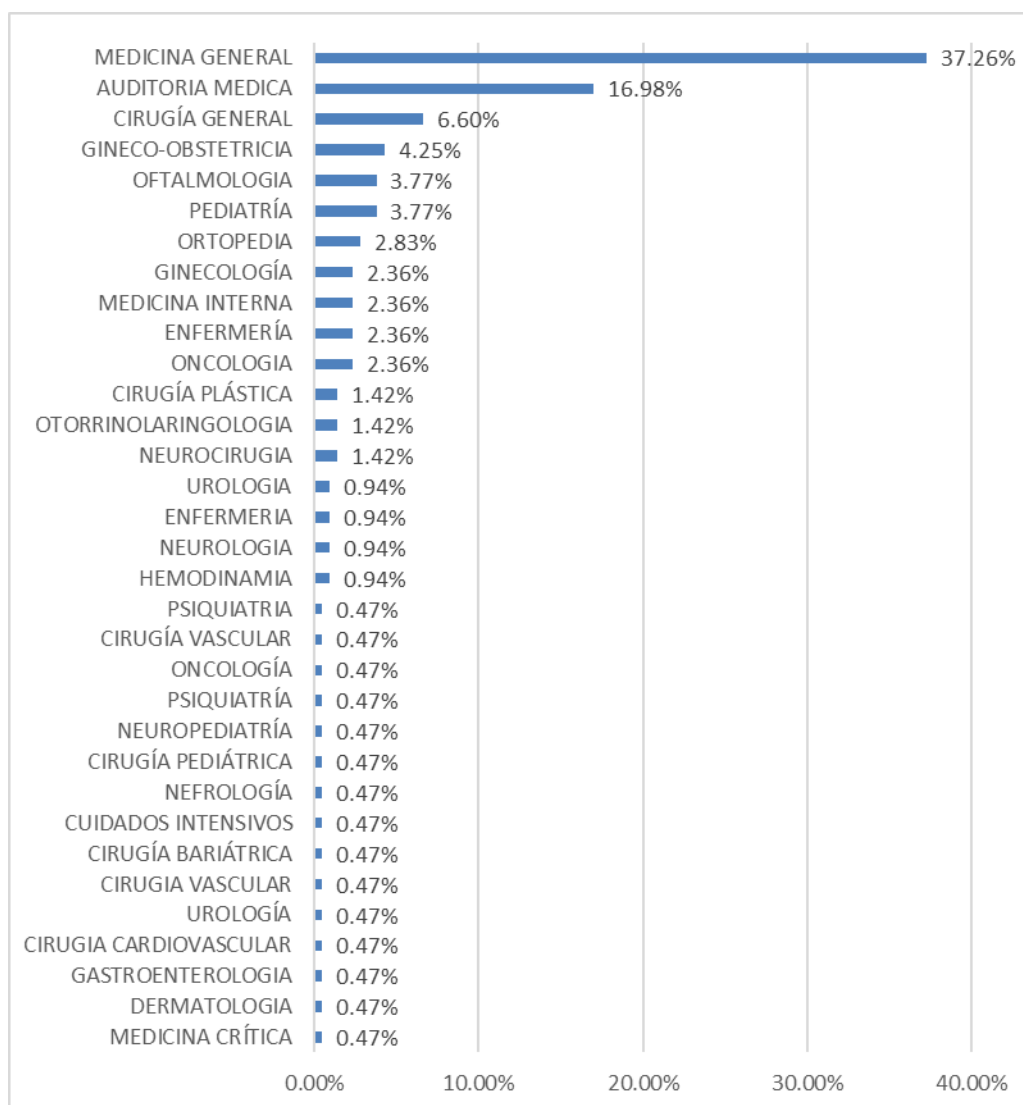
Gráfico 4 Servicios involucrados en las demandas



En más del 37% de las demandas por presunta responsabilidad médica se encuentran involucrados los médicos generales, situación preocupante si tenemos en consideración en alto

porcentaje de demandas en las que se accede a las pretensiones, este fenómeno abre la posibilidad de indagar, en futuros estudios, la idoneidad, grado de formación, pertinencia y grado de relación médico paciente de los actuales profesional de la medicina general que laboran en las ESE del departamento de Quindío. En el gráfico 5 observamos el grupo de los profesionales de la salud más demandados.

Gráfico 5 Tipo de profesional en la salud involucradas en las demandas



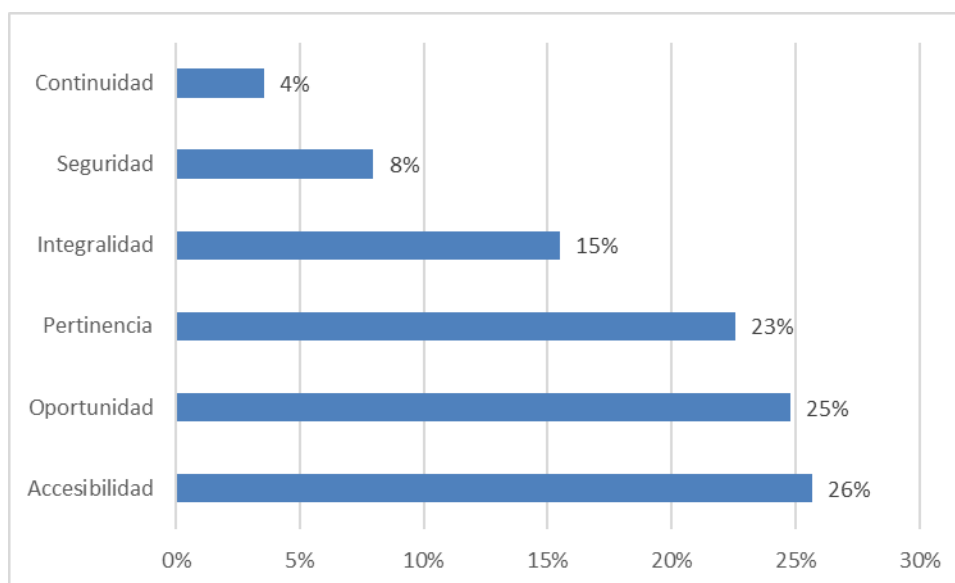
En las demandas analizadas se encontró que, de los atributos del sistema obligatorio que orienta la garantía de estándares mínimos la calidad en salud, los más vulnerados corresponden a la

accesibilidad y la oportunidad.

El 17% de las demandas por presunta responsabilidad médica se encuentran relacionadas con omisiones de tipo administrativo de las EPS y entes territoriales en salud, que para el estudio actual, se adjudican a los profesionales de salud con formación en auditoría médica, toda vez que se originan en procesos de negación de servicios, demoras en autorizaciones y no garantía al acceso al sistema de salud, actividades propias de los profesionales que lideran procesos administrativos en salud en las EPS y secretarías de salud municipales y del departamento.

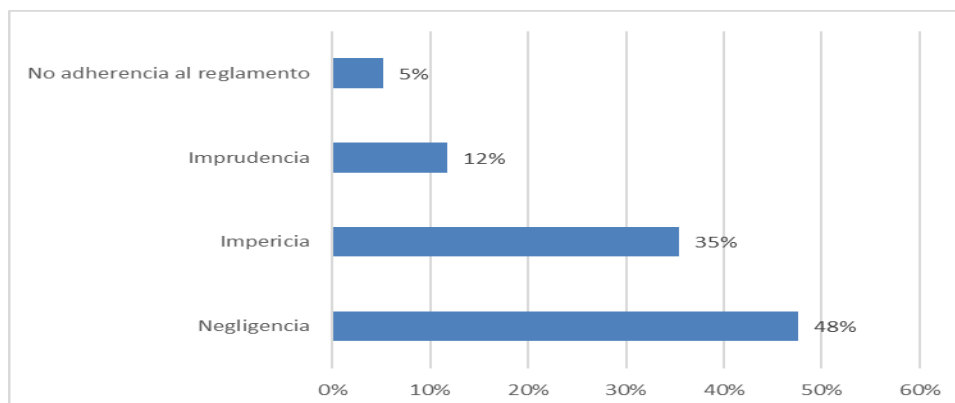
El incremento observado de demandas por responsabilidad médica atribuida a omisiones o tardanzas de tipo administrativo en salud, permite advertir un nuevo escenario de estudio que mida el impacto de la responsabilidad (administrativa, penal, civil y ética) de aquellos profesionales de la salud facultados para tomar decisiones por parte de las EPS y entes territoriales.

Gráfico 6 Atributos vulnerados sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud



En el estudio realizado se observa que, de los elementos de culpa médica establecidos jurisprudencialmente, la negligencia y la impericia se convierten en aquellos que permiten a la parte actora justificar sus pretensiones.

Gráfico 7 Elementos de culpa médica relacionados en las demandas



En el 25.2% de las demandas contra el sector salud en el departamento de Quindío se documentaron secuelas médico-legales, las principales corresponden a deformidad física, perturbación funcional y pérdida anatómica. En el 58.3% de las demandas ocurrió en fallecimiento, casos en los cuales los parientes relacionan directamente esta situación al actuar médico, dato considerado sensible, si tenemos en cuenta el alto porcentaje de procesos en los que se accede a las pretensiones en el departamento.

Respecto a la reparación integral realizada al daño antijurídico, se observa que la indemnización de perjuicios materiales corresponde al 13.9% de las demandas en las que se accedió a las pretensiones, no obstante, observamos que indemnización de perjuicios inmateriales (daño moral y el daño a la salud) se encontró presente en el 61.5% de este tipo de demandas,

La anterior situación que puede ser explicada por la dificultad probatoria de los primeros perjuicios, los cuales no son tan onerosos si los comparamos con las tablas de indemnización de perjuicios inmateriales ya establecidas por el Consejo de Estado.

Un dato relevante que arroja el estudio es que en solo en 6 casos (3.9%) de las demandas por presunta responsabilidad médica, se acreditó la vulneración al derecho constitucional a ser informado y del procedimiento que se surte de este tipo de consentimiento, estadística que permite, de alguna manera, inferir la consciencia que los diferentes profesionales de la salud le asignan a este tipo de derecho de rango constitucional.

En contraste con lo anterior, se encontró que en 79 procesos (53%) por presunta responsabilidad médica en el Quindío, la parte actora alegó la pérdida de oportunidad como hecho generador del daño; en el 44.3% de estos casos el Tribunal Contencioso Administrativo del Quindío (TCAQ) reconoció la existencia de este tipo de daño autónomo e indemnizable.

En línea con lo anterior, el TCAQ realiza en cada caso, un análisis amplio de las posibilidades de sobrevivir o expectativas de recuperación con las contaba cada paciente, apoyado en literatura médica y testimonio de peritos, aplicando un enfoque de causalidad como elemento que le permite imputar los daños alegados en ocasión a la omisión de un procedimiento en salud (tanto asistencial como administrativo) que de acuerdo a la *lex artis* le restó a la persona en chance de restablecer su estado salud o de preservar su vida.

El estudio arrojó que en sólo 5 casos (3.3%) de las demandas por presunta responsabilidad médica analizadas por el TCAQ en el periodo 2016-2020, se tuvo conocimiento simultáneo de los procesos del Tribunal Seccional Eje Cafetero de Ética Médica; hallazgo que pone de manifiesto la poca utilidad que los profesionales del derecho le otorgan a este tipo de instancia administrativa, situación que tal vez puede explicarse por las diferencias conceptuales y procedimentales que rigen cada proceso.

Finalmente, se observa una participación de peritos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el 33.7% de las demandas por presunta responsabilidad médica; rendición de informe pericial que fue valorado positivamente y de importancia trascendental en 21 demandas en las que se accedió a las pretensiones.

Referencias bibliográficas

- BOLIVAR G, P. L. (1999). Revista IARCE N° 6 edición digital – IARCE. *IARCE*, 6(Digital), 10–11. <https://iarce.com/libreria/revista-iarce-no-6-edicion-digital/>
- Ley 23, Pub. L. No. LEY 23 DE 1981, CONGRESO DE COLOMBIA 1 (1981). http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/ley_0023_1981.htm
- Consejo de Estado 11878, Pub. L. No. Sentencia 11878, 1 (2000). <https://vlex.com.co/vid/-52584133>
- Consejo de Estado 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772), Pub. L. No. 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772), Consejo de Estado 1 (2006). http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/eje_3_consejo_de_estado/4_fallasservicio/68001-23-31-000-2000-09610-01_15772_.pdf
- Consejo de Estado 63001-23-31-000-1997-04547-01 (15737), Pub. L. No. 63001-23-31-000-1997-04547-01 (15737), Consejo de Estado 1 (2008). https://xperta.legis.co/visor/jurcol/jurcol_7599204255e2f034e0430a010151f034/coleccion-de-jurisprudencia-colombiana/sentencia-15737-de-abril-23-de-2008
- Consejo de Estado-54001-23-31-000-1993-08025-01(14726), Pub. L. No. 54001-23-31-000-1993-08025-01(14726), Consejo de Estado 1 (2009). http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/eje_3_consejo_de_estado/11_consentimiento/54001-23-31-000-1993-08025-01_14726_.pdf
- Consejo de Estado 05001-23-26-000-1992-01147-01(19276), Pub. L. No. 05001-23-26-000-1992-01147-01(19276), Consejo de Estado 1 (2010). http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/eje_3_consejo_de_estado/9_errordiagnostico/05001-23-26-000-1992-01147-01_19276_.pdf
- Consejo de Estado 73001-23-31-000-1998-00298-01(18793), Pub. L. No. 73001-23-31-000-1998-00298-01(18793), Consejo de Estado 1 (2011).

[http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/73001-23-31-000-1998-00298-01\(18793\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/73001-23-31-000-1998-00298-01(18793).pdf)

Consejo de Estado 76001-23-24-000-1997-03977-01(20480), 1 (2011).
[http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/76001-23-24-000-1997-03977-01\(20480\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/76001-23-24-000-1997-03977-01(20480).pdf)

Consejo de Estado 17001-23-31-000-1996-08017-01(20502), Pub. L. No. 17001-23-31-000-1996-08017-01(20502), Consejo de Estado 1 (2011).
https://www.redjurista.com/Documents/consejo_de_estado,_seccion_tercera_e._no._20502_de_2011.aspx#/

Consejo de Estado 18001-23-31-000-1996-09831-01(19388), Pub. L. No. 18001-23-31-000-1996-09831-01(19388), Consejo de Estado 1 (2011).
[http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/18001-23-31-000-1996-09831-01\(19388\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/18001-23-31-000-1996-09831-01(19388).pdf)

Consejo de Estado 88001-23-31-000-1998-00031-01(22030), Pub. L. No. 88001-23-31-000-1998-00031-01(22030), Consejo de Estado 1 (2011). [https://normograma.info/mindef/docs/88001-23-31-000-1998-00031-01\(22030\).htm](https://normograma.info/mindef/docs/88001-23-31-000-1998-00031-01(22030).htm)

Consejo de Estado 1997-2919, Pub. L. No. Sentencia 1997-2919, CONSEJO DE ESTADO 1 (2012).
https://xperta.legis.co/visor/jurcol/jurcol_c0cad5ddd9ee01a2e0430a01015101a2/coleccion-de-jurisprudencia-colombiana/sentencia-1997-02919-de-marzo-21-de-2012

Consejo de Estado - 19001-23-31-000-1999-00815-01(21515), Pub. L. No. C.E. Sección Tercera, Subsección A, C.P. HERNÁN ANDRADE RINCÓN, Bogotá D.C., 19 de abril de 2012. Radicación: 19001-23-31-000-1999-00815-01(21515), Consejo de Estado 1 (2012).
[https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/19001-23-31-000-1999-00815-01\(21515\).pdf](https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/19001-23-31-000-1999-00815-01(21515).pdf)

Consejo de Estado 25000-23-26-000-2001-01156-01(25573), Pub. L. No. 25000-23-26-000-2001-01156-01(25573), Consejo de Estado 1 (2013).
[http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/119/S3/25000-23-26-000-2001-01156-01\(25573\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/119/S3/25000-23-26-000-2001-01156-01(25573).pdf)

Consejo de Estado 25000-23-26-000-2001-01952-01(29719), Pub. L. No. 25000-23-26-000-2001-01952-01(29719), Consejo de Estado 1 (2013).
<https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/134/S3/25000232600020010195201.pdf>

Consejo de Estado 20001-23-31-000-2005-01640-01, Pub. L. No. 20001-23-31-000-2005-01640-01, Consejo de Estado 1 (2014).
<http://consejodeestado.gov.co/documentos/sentencias/20001233100020050164001.pdf>

Consejo de Estado 25000-23-26-000-2000-01924-01(26660), Pub. L. No. 25000-23-26-000-2000-01924-01(26660), Consejo de Estado 1 (2014).
http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/docs/eje_3_consejo_de_estado/13_lexartiso/25000-23-26-000-2000-01924-01_26660__1_.pdf

Consejo de Estado 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804), Pub. L. No. 23001-23-31-000-2001-00278-01(28804), Consejo de Estado 1 (2014).
[http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/151/S3/23001-23-31-000-2001-00278-01\(28804\)%20\(1\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/151/S3/23001-23-31-000-2001-00278-01(28804)%20(1).pdf)

Consejo de Estado SU Rad 31172, Pub. L. No. Consejo de Estado, Consejo de Estado (2014).
[http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/151/S3/50001-23-15-000-1999-00326-01\(31172\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/151/S3/50001-23-15-000-1999-00326-01(31172).pdf)

Consejo de Estado SU Rad 32988, Pub. L. No. 05001-23-25-000-1999-01063-01(32988), Consejo de Estado 18 (2014). [http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/05001-23-25-000-1999-00163-01\(32988\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/05001-23-25-000-1999-00163-01(32988).pdf)

Consejo de Estado 05001-23-31-000-1991-06952-01(29590), Pub. L. No. 05001-23-31-000-1991-06952-01(29590), Consejo de Estado 1 (2014).
[https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/155/S3/05001-23-31-000-1991-06952-01\(29590\).pdf](https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/155/S3/05001-23-31-000-1991-06952-01(29590).pdf)

Consejo de Estado 19001233100020020154301 (34.123), Pub. L. No. 19001233100020020154301 (34.123), Consejo de Estado (2015).
<http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/ordendeldia/s3/AVISO%20SALA%2004-15.pdf>

Consejo de Estado - 470012331000199806046-01, Pub. L. No. 470012331000199800000-01, CONSEJO DE ESTADO 1 (2015). [http://www.legisaldia.com/BancoMedios/Archivos/sent-47001233100019980604601\(32955\)-15%20%20\(003\).pdf](http://www.legisaldia.com/BancoMedios/Archivos/sent-47001233100019980604601(32955)-15%20%20(003).pdf)

Consejo de Estado 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057), Pub. L. No. 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057), Consejo de Estado 1 (2016).
[https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/05001-23-31-000-1999-02059-01\(40057\).pdf](https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/05001-23-31-000-1999-02059-01(40057).pdf)

Consejo de Estado 25000-23-26-000-2003-02133-01, Pub. L. No. 25000-23-26-000-2003-02133-01, Consejo de Estado 1 (2017). <http://190.217.24.55:8080/WebRelatoria/Temp/reporte-20211108-7173.html>

Consejo de Estado 85001-23-33-000-2013-00087-01(52839), Pub. L. No. 85001-23-33-000-2013-00087-01(52839), Consejo de Estado 1 (2017).
[https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/85001-23-33-000-2013-00087-01\(52839\).htm](https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/85001-23-33-000-2013-00087-01(52839).htm)

Consejo de Estado - 73001-23-31-000-2011-00355-00, Pub. L. No. 73001-23-31-000-2011-00355-00, Consejo de Estado 1 (2020). <https://vlex.com.co/vid/841379428>

Consejo de Estado 25000-23-26-000-2003-02133-01(36816) A, Pub. L. No. 25000-23-26-000-

2003-02133-01(36816) A, Consejo de Estado 1 (20171).
[https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/25000-23-26-000-2003-02133-01\(36816\)A.pdf](https://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/25000-23-26-000-2003-02133-01(36816)A.pdf)

Consejo de Estado Sección Tercera. (2013). *Documento final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014 referentes para la reparación de perjuicios inmateriales*.
<http://www.tribunaladministrativoantioquia.info/wp-content/uploads/2015/02/Reparaci%C3%B2n-de-perjuicios-inmateriales.pdf>

Constitución Política de Colombia. (1991). *Artículo 90 de la Constitución Política de Colombia*.
<https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-4/articulo-90>

Corte Constitucional C-333, Pub. L. No. C-333, Corte Constitucional de Colombia (1996).
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/C-333-96.htm>

Corte Constitucional de Colombia SU747-98, Pub. L. No. SU747-98, Corte Constitucional de Colombia (1998). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/SU747-98.htm>

Corte Constitucional C-430, Pub. L. No. C-430/00, Corte Constitucional (2000).
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/c-430-00.htm>

Corte Constitucional C-832, Pub. L. No. C-832/01, Corte Constitucional de Colombia (2001).
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/c-832-01.htm>

Corte Constitucional SU1184, Pub. L. No. Sentencia SU.1184/01, Corte Constitucional de Colombia (2001). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/SU1184-01.htm>

Corte Constitucional de Colombia T-344, Corte Constitucional de Colombia (2002).
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-344-02.htm>

Corte Constitucional C-254, Pub. L. No. Sentencia C-254/03, Corte Constitucional de Colombia (2003). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/C-254-03.htm>

Corte Constitucional C-182, Pub. L. No. Sentencia C-182/16, Corte Constitucional 1 (2016).
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-182-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia SU337, Pub. L. No. SU-337, Corte Constitucional de Colombia (1999). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm>

Corte Constitucional de Colombia T-717, 1 (2009) (testimony of Corte Constitucional de Colombia). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-717-09.htm>

Corte Constitucional de Colombia T-132, Corte Constitucional de Colombia 1 (2016).
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-132-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia T-020, 1 (2017).
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-020-17.htm>

Corte Suprema de Justicia SC7110, Pub. L. No. 05001-31-03-012-2006-00234-01, Corte Suprema de Justicia 1 (2017). www.indret.com

el Espectador. (2019, noviembre 23). *Estado debe en condenas casi la mitad del valor del metro de Bogotá*. ELESPECTADOR.COM.
<https://www.elespectador.com/noticias/investigacion/estado-debe-en-condenas-casi-la-mitad-del-valor-del-metro-de-bogota-articulo-892536>

el Espectador. (2020, April 7). *Personal de salud rechaza acciones legales por negligencia médica en tiempos de crisis sanitaria*. ELESPECTADOR.COM.
<https://www.elespectador.com/noticias/salud/rechazo-quienes-incentivan-demandas-medicos-que-luchan-contra-el-coronavirus-articulo-913446>

Fernández Muñoz, M. L. (2017). *El aseguramiento de la responsabilidad civil médica: ideas para la reflexión desde una perspectiva comparada*. <https://publicaciones.ucatolica.edu.co/pdf/el-aseguramiento.pdf>

Garzón Rodríguez, N. Y. (2015). *Evolución jurisprudencial sobre responsabilidad médica*

administrativa obstétrica: en torno a la carga de la prueba.
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/6377/GarzonRodriguezNelsyYamile2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Henaó, J. C. (2007). *El daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en Derecho colombiano y francés*. U. Externado de Colombia (U. Externado de Colombia, Ed.). U. Externado de Colombia.

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (Mc Graw Hill, Ed.; 6th ed.). Mc Graw Hill. www.elosopanda.com/jamespoetrodriguez.com

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). *Circular Nro. 09-2018 Abordaje médico legal de casos relacionados con responsabilidad profesional en atención en salud.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.*
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Restrepo Giraldo, N. (2015). *Tendencia de las demandas por responsabilidad médica radicadas en el CENDES entre el 2010 y el 2014.*
http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2586/1/Tendencia_Demanda_Responsabilidad.pdf

Revista Dinero. (2019, May 9). *Colombia, el segundo país del mundo con más abogados.* Dinero.
<https://www.dinero.com/empresas/articulo/abogados-a-reinventarse/276327>

Consejo de Estado 41001-23-31-000-1993-07585-01(30114), (2007).
[http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/41001-23-31-000-1993-07585-01\(30114\).pdf](http://www.consejodeestado.gov.co/documentos/boletines/PDF/41001-23-31-000-1993-07585-01(30114).pdf)

Tamara P. (2011). Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 39, 489–505. <https://doi.org/10.5554/rca.v39i4.180>

Tapia Rodríguez, M. (2003). Responsabilidad Civil Médica: Riesgo Terapéutico, Perjuicio de Nacer y Otros Problemas Actuales. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 15, 75–111.
<https://doi.org/10.4067/s0718-09502003000200004>

Vázquez Ferreyra, R. A. (1993). *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina* (Biblioteca Jurídica Diké, Ed.; 1st ed.). Biblioteca Jurídica Diké.

Villareal Pérez, J. (2011). Errar es humano. *Revista Medicina Universitaria*, 69–71.
<https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579611240505>