

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS DEMANDAS POR  
PERTINENCIA MÉDICA POR FALLAS EN LA PRESTACION DEL  
SERVICIO EN UNA ESE DE PRIMER NIVEL.  
ANTIOQUIA 2001 - 2006**

**DONNY VALENCIA MURILLO  
JOHNNIE MELENDEZ VARGAS  
LUZ BEIBA CASTAÑO BOTERO**

**ASESOR  
DOCTOR CARLOS MARIO VEGA MONTOYA**

**AUDITORIA EN SALUD  
GRUPO 41  
UNIVERSIDAD CES**

**MEDELLIN 2008**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
<b>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>8</b>
<b>1. OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
1.1 OBJETIVO GENERAL .....	10
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	10
<b>2. MARCO TEORICO .....</b>	<b>11</b>
2.1 ANTECEDENTES.....	11
2.1.1 EVOLUCION HISTORICA EN EL MARCO CONSTITUCIONAL.....	11
2.1.2 EVOLUCION HISTORICA DEL SISTEMA DE CALIDAD.....	14
2.1.3 EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, TIENE CUATRO COMPONENTES:.....	15
2.2 CONCEPTO DE CALIDAD EN SALUD .....	17
2.2.1 CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD .....	18
2.2.2 EN QUE CONSISTE LA AUDITORIA EN SALUD.....	19
2.2.3 TIPOS DE AUDITORIA DENTRO DEL SECTOR SALUD:.....	19
2.2.4 TIPOS DE AUDITORIA SEGÚN EL DECRETO 1011 DE 2006.....	21
2.2.5 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - PAMEC.....	22
2.2.5.1Objetivos del PAMEC .....	22
2.3 LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.....	23
2.3.1 <i>Obligaciones De La Relación Médico – Paciente</i> .....	25
2.3.2 <i>DERECHOS DE LOS PACIENTES</i> .....	26
2.4 ACTO MÉDICO	

.....	28
2.4.1 CLASES DE ACTO MÉDICO.....	30
2.5 RESPONSABILIDAD MÉDICA.....	30
2.6 CULPABILIDAD MÉDICA.....	33
2.6.1 Formas de Culpa Médica.....	34
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
3.1 DEFINICION DEL METODO.....	36
3.2 POBLACION.....	36
3.3 CRITERIOS DE INCLUSION.....	37
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	37
3.5 TECNICAS DE RECOLECCION:.....	37
3.7 VARIABLES.....	38
<b>4. CONSIDERACIONES ETICAS.....</b>	<b>39</b>
<b>5. PRESUPUESTO.....</b>	<b>40</b>
<b>6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>42</b>
<b>7. ANALISIS.....</b>	<b>43</b>
GRAFICO 1.....	43
GRAFICO 2.....	45
GRAFICO 3.....	46
GRAFICO 4.....	47
GRAFICO 5.....	48
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>53</b>

# **CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS DEMANDAS POR PERTINENCIA MÉDICA POR FALLAS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO EN UNA ESE DE PRIMER NIVEL. ANTIOQUIA 2001 - 2006**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde comienzos del año 2000, época en que se publicó el reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos llamado **“Errar es humano”**, se generó una enorme discusión en el sector salud del mundo entero, por las condiciones de seguridad de la atención en salud.

El informe, que causó gran controversia, por cuanto señaló que los errores médicos son la octava causa de muerte en Estados Unidos, concluyó que cada año, fallecen entre 44.000 y 98.000 personas en los hospitales de ese país, como resultado de errores en los procesos de la atención. A estos datos se agrega, que en otros países, por ejemplo Reino Unido y Canadá, en los que se ha avanzado en el reporte de problemas de seguridad de pacientes, la tasa de incidencia de estos eventos oscila entre el 7 y 17%, con un porcentaje cercano al 40% de eventos que se podrían clasificar como prevenibles.

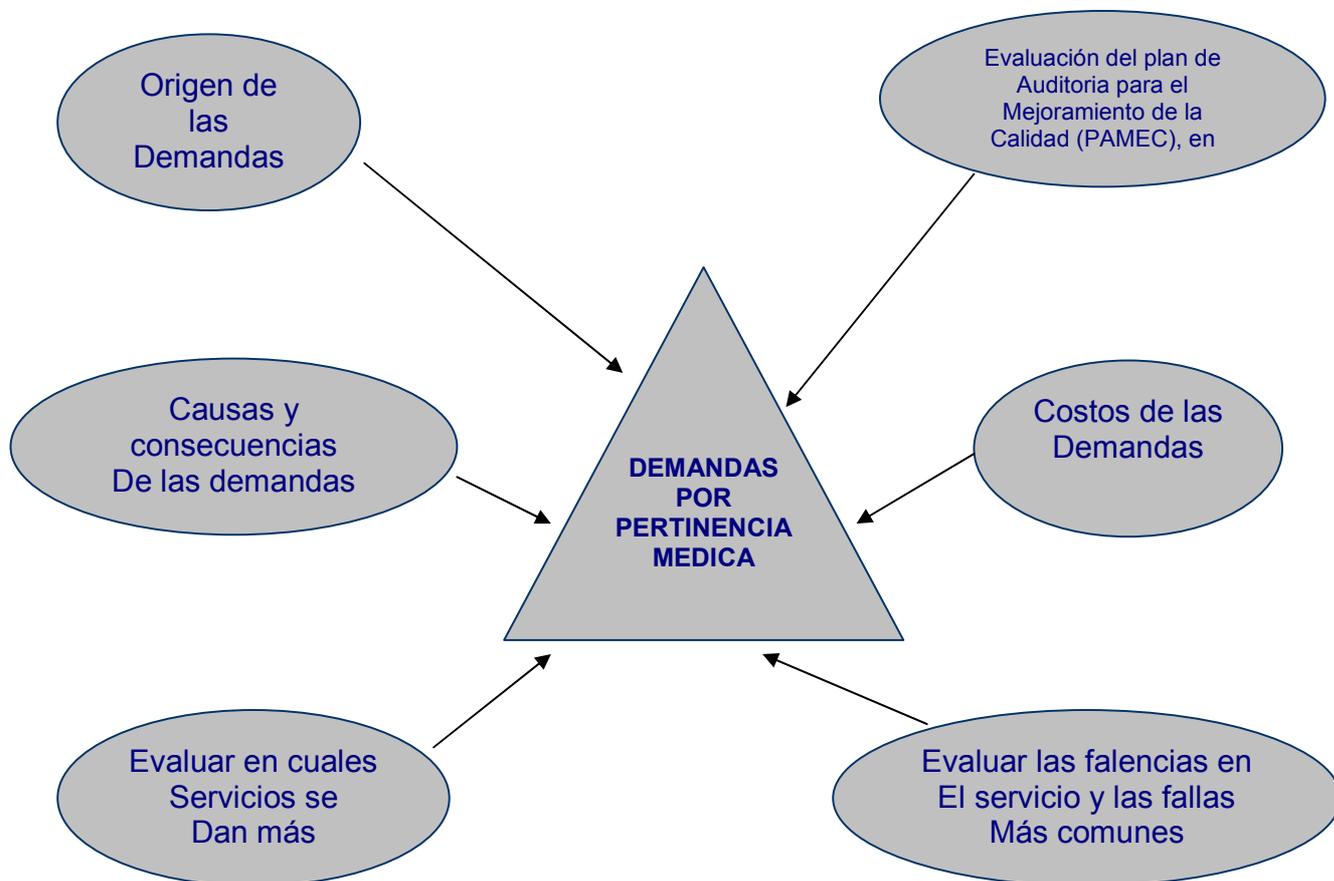
La atención segura de pacientes no es un tema nuevo, se remonta a los pilares de la medicina hipocrática, en especial, a los principios de no maleficencia, “primero no hacer daño” y de beneficencia “haz todo el bien que puedas”.

Está claro que los profesionales de la salud no tienen en ningún momento, la intención de hacer daño, al menos así lo constatan su ética y la tradición de su ejercicio; ocurre sin embargo, que la atención médica se ha vuelto cada vez más compleja, en razón de múltiples fenómenos como la creciente disponibilidad de tecnología, los cambios en el perfil de las enfermedades, las posibilidades de diagnóstico y tratamiento, las discusiones sobre los costos y el surgimiento de modelos de salud administrada, entre otros muchos elementos.

La masificación de la atención médica y la producción en serie de actividades para diagnosticar o tratar las enfermedades, no siempre ha correspondido a un análisis cuidadoso de las implicaciones para los sujetos, o los riesgos agregados por el propio proceso de atención, lo cual, en ocasiones, afecta en grado variable, a quienes deben recibir los cuidados de salud. La preocupación excesiva por contener los costos, por ejemplo, puede derivar en mecanismos para negar el acceso, reducir la calidad de insumos o suministros, retrasar la atención o generar diferentes problemas que pueden conducir en últimas, a que se logre justo lo contrario de lo que se esperaba de la atención médica.

Con esta investigación buscamos determinar las causas y consecuencias de las demandas por pertinencia médica por fallas en la prestación del servicio en una ESE de primer nivel.

Los factores que tendremos en cuenta son:



## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.**

- ✓ ¿Cuáles son las causas y el origen de demandas por pertinencia médica en una ESE de primer nivel?
- ✓ ¿Cuáles son las consecuencias de las demandas por pertinencia médicas en la prestación del servicio de salud?
- ✓ Tiene implementado la ESE, el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad
- ✓ Que acciones de mejora han implementado como consecuencia de las demandas por fallas en la prestación del servicio de salud.

## **JUSTIFICACION.**

Los Servicios de Salud actualmente ya no son ofrecidos por un médico particular sino por un sistema que involucra la acción coordinada de muchos individuos, en forma compleja y tecnificada. Se reconoce que la mayoría de los errores que se cometen en la atención médica no se originan en un acto médico particular, sino en un defecto del Sistema de Salud. Sin embargo es el profesional quien habitualmente debe responder ante el paciente. En consecuencia si acudimos al Sistema de Garantía de Calidad, será esta la herramienta para definir el responsable frente a cada una de los elementos que constituyen la prestación del servicio de salud, consecuencia obligatoria del sistema.

Con este estudio se pretende, determinar los motivos y causas más comunes de demanda por fallas en la prestación de los servicios de salud, con base en registros ya existentes en una ESE de primer nivel.

Las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, deben garantizar las condiciones de la atención, ya que la aplicación de un sistema de calidad es fundamental para desarrollar sus actividades. De esta manera si se aplican adecuadamente los procesos de calidad, se obtienen resultados efectivos como acreditación, disminución de costos, sentido de pertenencia del personal frente a la institución y en consecuencia menor incidencia de demandas.

Debido a esto se ha generado la preocupación de poder ofrecer un servicio con cero errores que proporcione la satisfacción total del cliente tanto interno como externo, reduciendo costos y con racionalidad técnico científica.

El sistema de calidad se constituye definitivamente en la herramienta mas efectiva para prevenir demandas médico legales en las instituciones prestadoras de servicios de salud y para ejercer las actividades probatorias dentro de ellas, teniendo en cuenta que conlleva a cumplir con todo los componentes de la buena práctica médica como diligencia, pericia, prudencia, entre otras.

Frente a los costos generados como producto de las demandas, aparte de las glosas que esto origina a los diferentes prestadores de las ESE, se ven abocadas a que dentro de sus rubros, exista una partida presupuestal para el cubrimiento y pago de estos eventos, lo cual trae como consecuencia que la poca rentabilidad que se genera por el servicio la absorba en gran parte el pago y cubrimiento de las costas de los procesos y los fallos con responsabilidad que recaigan a la institución prestadora. Otro costo adicional consecuente a las demandas es la verificación por parte de la administración y del sistema de calidad de la institución, en el revisar los trámites procesos, procedimientos, guías entre otros, y a su vez, la capacitación y sensibilización del persona

# **1. OBJETIVOS**

## **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir las principales causas, origen y consecuencias de las demandas por pertinencia médica que se presentan en la prestación de los servicios de salud en una ESE de primer nivel.

## **1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar los principales causa y consecuencias de las demandas y cuál es el origen de éstas.
- Estimar en cuales servicios se han generado más demandas
- Clasificar las demandas por fallas en el servicio.
- Verificar el proceso de auditoria para el mejoramiento de la calidad
- Calcular los costos que generan estas demandas para la institución.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES**

#### **2.1.1 EVOLUCION HISTORICA EN EL MARCO CONSTITUCIONAL.**

2.1.1.1 La constitución de 1886: consagró la salud como una responsabilidad del Estado y no como un derecho inalienable de los individuos, catalogándola en dos problemas específicos, “higiene pública” e “higiene privada”. En el primero se ubicaban las acciones relacionadas con la salubridad de los puertos, el manejo de aguas hervidas, el control de algunos alimentos, y establecimientos públicos y el seguimiento y control de algunas enfermedades epidemiológicas.

El segundo, se centraba en acciones en el campo de la instrucción pública, con el fin de inculcar en el pueblo el concepto de urbanidad. Como consecuencia el Estado no asume la asistencia de la Salud, dado que la atención a las enfermedades de los individuos era considerada como una necesidad particular que debía ser atendida por el afectado directamente.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> HERNÁNDEZ ALVAREZ, Mario. “El Derecho a la salud y la nueva Constitución Política Colombiana”. En: Derechos Humanos y Salud, Memorias del I y II Simposios Nacionales de Derechos del Paciente. Defensoría del Pueblo. Santa Fe de Bogotá D.C. 1993

2.1.1.2 La reforma constitucional de 1936 introdujo cambios económicos y sociales, a través de los cuales el Estado asumió los deberes sociales, consagrándose en forma genérica, el derecho a la asistencia pública en el artículo 19 de ésta.

Posteriormente, en el artículo 32 reformado mediante el acto legislativo 1 de 1968, se consignó la intervención estatal en la prestación de los servicios de salud públicos y privados, atribuyéndose así las funciones de inspección y vigilancia dentro de los cuales se encuentra la asistencia sanitaria.

2.1.1.3 La constitución de 1991, en su artículo 1 establece el Estado social de derecho<sup>2</sup>, el cual garantiza niveles mínimos de salud alimentación, educación y vivienda como derecho a los ciudadanos.

El Derecho a la Salud es un derecho fundamental por conexidad con otros derechos fundamentales, incluso se habla ya en la doctrina jurisprudencial de un derecho fundamental autónomo que no necesita vulnerar otro derecho de tal rango para ser protegido por vía de acción de tutela<sup>3</sup>.

Artículo 336 de la Constitución Política Señala que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidad social del Estado será objetivo fundamental de su actividad la solución de necesidades insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental y de agua potable. Consagrando de manera expresa el derecho a la salud y a la salubridad pública, el cual esta

---

<sup>2</sup> CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Título I, De Los Principios Fundamentales Art.1o."Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general".

<sup>3</sup> Corte Constitucional. Sentencia T.101 de 2006.

manifiesto en los artículos 1 (dignidad humana) y 11 (derecho a la vida) de la Constitución Nacional

Art. 48 – 49 Garantizan en forma general a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social (derecho a la salud y saneamiento ambiental), destacándose que la actividad de la seguridad social es objeto de intervención por el Estado, al estipular que la organización, dirección, control y reglamentación están a su cargo, y en el caso del sector privado ejerce su vigilancia y control, verificando que esta actividad se preste conforme a los principios de "eficiencia", que presupone el ejercicio diligente y responsable de la actividad médica, "universalidad" y "solidaridad", que implica asumir el problema de la salud, con una visión más humanitaria.

Adicionalmente, se señala que toda persona tiene el deber constitucional de obrar de conformidad con el principio de la solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

Artículo 86 de la constitución política de 1991: la acción de tutela – desarrollada por los decretos 2591 de 1991 y decreto 306 de 1992. La cual les dio a los ciudadanos una herramienta para reclamar sus derechos fundamentales cuando los sienta vulnerados.

## **2.1.2 EVOLUCION HISTORICA DEL SISTEMA DE CALIDAD**

La aplicación de técnicas de calidad en los servicios de salud, se remota a los comienzos del siglo XX y se ha venido modificando según diferentes conceptos. Las primeras técnicas correspondieron a la revisión de mortalidad y morbilidad que permitieron establecer que muchas de estas situaciones dependían de la forma de realizar los procesos de atención.

Después de los años 20, y como consecuencia de los resultados de las revisiones, se estableció la auditoria médica (George Gray, Thomas Panton), donde se vigilaba que se cumplieran los estándares, basados en la revisión de las historias clínicas de las instituciones hospitalarias.

En el panorama internacional la acreditación, como instrumento que contribuye a garantizar la calidad de atención, se implantó en EE.UU. desde 1951, con la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

En los años 30 se estableció la evolución de la calidad de los procesos, ingresando específicamente al campo de acción del profesional de la salud y sus resultados, notando el beneficio adicional de ahorro de recursos. Esto interesó mucho a las empresas aseguradoras de salud norteamericanos en los años 60, preocupadas con los altos costos de atención que desencadenaban los nuevos adelantos tecnológicos de la medicina. Lo cual dio gran impulso al desarrollo de las técnicas de calidad, teniendo como objetivo principal los beneficios económicos.

Los teóricos del tema entre ellos Avedis Donabedian, a partir de los años 80 consolida el concepto de Garantía de la Calidad, que cambia el manejo sancionatorio por un control permanente de indicadores de calidad que busca por efecto el mejoramiento de los servicios centrados en el mejoramiento del proceso, incorporando procedimientos gerenciales.<sup>4</sup>

El desarrollo más reciente, se refiere al mejoramiento continuo de la calidad, donde hay implantación de una cultura de calidad, que es la búsqueda permanente de la atención ideal mediante acciones de mejoramiento enfocadas más hacia los individuos que hacia los procesos.

En Colombia la Auditoria Médica es obligatoria a partir de 1993 con la expedición de ley 100, reglamentada mediante el decreto 2174 de 1996, el cual establece el Sistema de Garantía de la Calidad. Este fue derogado por el decreto 2309 de 2002, actualmente está vigente el decreto 1011 de 2006, y deroga todas las disposiciones legales que le sean contrarias al anterior decreto.

### **2.1.3 EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, TIENE CUATRO COMPONENTES:**

1. El Sistema Único de Habilitación: Reglamentada por la resolución 2680 de 2007, Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Se establecen Condiciones que deben cumplir Los prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud. Tiene además dos anexos técnicos: 1. Manual de estándares y

---

<sup>4</sup> Donabedian Avedis. Prioridades para el progreso de la evaluación y el monitoreo de la calidad de la atención. Revista de salud Pública de México- 1993- Vol.35- N°1

de verificación; 2. Manual único de procedimientos de procedimientos de habilitación. La resolución 3763 de octubre de 2007, modifica parcialmente la 2680 de 2007.

2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: Reglamentada por la resolución 1043 de 2006, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Esta resolución fue modificada parcialmente por la resolución 2680 de 2007.

3. El Sistema único de Acreditación: Reglamentada por la resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora. Tiene dos anexos técnicos: 1. Manuales de estándares del Sistema único de Acreditación; 2. Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud.

4. El Sistema de Información para la Calidad: Reglamentado por la resolución 1446 de 2006, Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la atención en Salud. Tiene un anexo: Indicadores del nivel de monitoría del sistema.

## 2.2 CONCEPTO DE CALIDAD EN SALUD

El decreto 1011 de 2006 sistema obligatorio de garantía de la calidad, reglamentario de la ley 100 de 1993 en su artículo 2, define la calidad en salud, como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

El diccionario de la real academia española de la lengua, define el concepto de calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Esta definición muestra las dos características esenciales del término; de una parte, la subjetividad de su valoración, de otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo: se tiene más o menos calidad.<sup>5</sup>

Centrados en el producto, el término calidad se entiende como un concepto relativo no ligado solamente a aquél, sino mas bien al binomio producto/cliente. Reúne en conjunto de cualidades relacionadas entre sí que todos los bienes y servicios poseen en mayor o menor medida. Constituye un modo de ser del bien o servicio; en consecuencia, es subjetivo y distinto según el punto de vista de quien la ofrece y de quien la consume, sin embargo en la literatura especializada hay numerosas definiciones. Todas ellas se han formulado en función tanto de las

---

<sup>5</sup> LEURO MARTINEZ, Mauricio, Auditoría de Cuentas Médicas, Casa Editorial Grupo Ecomedios, primera edición, Bogotá 2005.

características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor.<sup>6</sup>

### 2.2.1 CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

Es el nivel de desarrollo y operatividad que garantizan el logro de los mayores beneficios para el usuario, con los menores riesgos posibles, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles, para su nivel de complejidad y con los valores éticos y sociales imperantes. Esta definición de tipo operativo conjuga los tres elementos nucleares de la calidad (**beneficios, costos, riesgos**).

De acuerdo al Dr. Donabedian, garantía de la calidad es responder por el servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles. Por lo tanto el servicio de garantía de calidad, es el conjunto de acciones y procesos regulados, con que cuenta el Estado y las entidades responsables de los servicios de salud, lo cual permite obtener calidad mediante evaluación, seguimiento y control.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Gestión Estratégica de la calidad en los servicios Sanitarios.  
Un modelo de Gestión Hospitalaria  
Jaime Varo

<sup>7</sup> Garantía de calidad  
Raúl Pichardo Bahena,\* Blanca Alicia Barredo Prieto,\* Alejandro Avilés Salas,\* Nahúm Méndez Sánchez

## **2.2.2 EN QUE CONSISTE LA AUDITORIA EN SALUD**

El análisis crítico sistemático de la calidad en cuidado en salud, incluyendo los procedimientos usados para diagnóstico y tratamiento, el uso de los recursos, el resultado obtenido y la calidad de vida del paciente.

Es la evaluación sistemática de la calidad y la racionalización del recurso de la atención en salud, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, orientar en la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

El proceso de auditarse debe ser evolutivo y constante dependiendo de los cambios en las profesiones, siendo su objeto principal el mantener y mejorar el servicio asistencial. El trabajo del auditor debe ser determinar dónde se encuentran los riesgos y recomendar cómo esos riesgos deben ser manejados siempre y cuando haya apoyo del gerente o director, por lo cual es muy importante la comunicación con ello

## **2.2.3 TIPOS DE AUDITORIA DENTRO DEL SECTOR SALUD:**

- **Auditoria de servicios de salud:** Es la evaluación permanente y sistemática de la calidad y la racionalización del recurso de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios de salud.

- **Auditoria de salud:** Evalúa el conjunto de acciones derivadas de la estructura, procesos, resultados y el impacto de todo un equipo interdisciplinario en la atención de salud.

- Área científica (asistenciales, docentes, investigativos)

- Área administrativa y financiera

- **Auditoria médica:** Evaluación continua, sistemática y objetiva de la atención médica, con base en el análisis crítico de la historia crítica, cuya finalidad principal es controlar la calidad de la atención en salud, contribuir a la educación de manera continua de los profesionales de la salud y emular la excelencia profesional.

- **Auditoria del servicio:** Es un proceso sistemático y permanente que busca medir y evaluar la calidad de los servicios de salud entregados desde la perspectiva del usuario, los niveles de satisfacción con la atención y la preferencia por la EPS, y su IPS seleccionada.

- **Auditoria clínica:** Es la evaluación sistemática, planificada y continua sobre la estructura, los procesos y los resultados de la prestación de servicios de salud a los usuarios tanto en la modalidad ambulatoria como hospitalaria.

- ✓ Auditoria concurrente o de campo.
- ✓ Auditoria directa.
- ✓ Auditoria indirecta
- ✓ Auditoria de registros

- ✓ Auditoria de estructura
- ✓ Auditoria de resultados
- ✓ Auditoria retrospectiva
- ✓ Auditoria comparativa

#### **2.2.4 TIPOS DE AUDITORIA SEGÚN EL DECRETO 1011 DE 2006**

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

- **Autocontrol:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
  
- **Auditoría Interna:** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
  
- **Auditoría Externa:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de

servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

### **2.2.5 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - PAMEC.**

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. El **PAMEC** es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

#### **2.2.5.1 Objetivos del PAMEC**

- ✓ Estructurar un modelo de evaluación de subprocesos prioritarios, dentro de la estrategia del mejoramiento continuo de la calidad, hacia el aseguramiento de los resultados esperados en la atención, centrados en el usuario.
- ✓ Generar un proceso permanente de seguimiento a subprocesos prioritarios que conduzca al aprendizaje organizacional.
- ✓ Promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la entidad al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención.
- ✓ Estimular y propiciar la participación amplia de todos y cada uno de los miembros de la entidad para favorecer la cultura de calidad y el autocontrol.

- ✓ Facilitar el desarrollo de las etapas siguientes del proceso de acreditación institucional.

Ahora trataremos el tema de responsabilidad medica y todo lo que conlleva la relación Médico – Paciente .En nuestro país se ha tratado este tema, desde varias perspectivas, tomando como base fundamental sus orígenes constitucionales a lo largo de la historia del país, y como ha sido el subsecuente desarrollo de la normatividad de la responsabilidad medica.

### **2.3 LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE**

El artículo 2 de la ley 23 de 1981, Capítulo II, del juramento médico en concordancia con el Decreto 3380 de 1981 artículo 1, una vez el profesional en medicina es catalogado por el Estado como una persona idónea para el ejercicio de la profesión, mediante títulos médicos expedidos por las autoridades académicas o sus delegados y tomado el juramento médico, las personas pueden acudir en busca de su opinión, consejo y posible tratamiento, es así como se entabla la relación médico - paciente.

El artículo 3 de la Ley 23 de 1981 establece que: *“El médico dispensará los beneficios de la medicina, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta ley”.*

Por su parte el artículo 5 en su Título II, práctica profesional, Capítulo I, de las relaciones del médico con el paciente, señala las modalidades en las cuales surge la relación médico paciente en la práctica médica así:

Ley 23 de 1981. Artículo 5. La relación médico – paciente se cumple en los siguientes casos:

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
3. Por solicitud de terceras personas.
4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

Es de advertir que al Acto Médico puede llevarse a cabo por una relación diferente al acuerdo de voluntades como ya lo señalamos. Ciertamente, la relación puede surgir bien sea a través de entidades hospitalarias, de servicio público en donde el médico es un empleado subordinado ó mediante entidades privadas que contratan su infraestructura con corporaciones, ofreciendo su cuerpo médico como parte del contrato.

En la relación institucional el paciente no busca voluntariamente al médico y se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno, es decir se involucra a un tercero, la institución prestadora de servicios, quien paga al médico por su trabajo y deberá garantizar al paciente la mejor atención posible.

Además, las exigencias del sistema de salud también han desvirtuado la relación médico-paciente por cuanto promueven la ampliación de la cobertura del servicio sin desarrollar su calidad. Los médicos actualmente deben realizar un mayor número de consultas en menos tiempo y desarrollar tratamientos que no sobrepasen lo cotizado por el enfermo en un plan de salud. Dichos planes son percibidos como empresas médicas fundadas en motivaciones de carácter exclusivamente económico, que convierten la relación entre el galeno y el paciente en una de tipo proveedor-consumidor, predominando la inasistencia social a los pacientes. Esto ha deshumanizado un poco la atención, lo que ha llevado a aumentar el número de demandas por parte de los usuarios.

### **2.3.1 Obligaciones De La Relación Médico – Paciente:**

La obligación entendida como la relación jurídica, entre sujetos determinados llamados acreedor y deudor por virtud de la cual este último debe cumplir una prestación con el objeto de satisfacer un interés serio y legítimo del acreedor es aplicable a la relación médico - paciente.

Las obligaciones del médico, en la relación médico – paciente son:

- ✓ Guardar el secreto profesional.
- ✓ Suministrar al paciente la información adecuada y contar con el consentimiento del mismo.
- ✓ Tener conocimiento.
- ✓ Emplear diligencia y técnica en el tratamiento.

- ✓ Mantener la continuidad necesaria en el tratamiento.
- ✓ Prestar asistencia y consejo al paciente.
- ✓ Certificar acerca de la enfermedad y tratamiento efectuado en el paciente

### **2.3.2 DERECHOS DE LOS PACIENTES**

Derecho a conocer completamente el plan de cobertura en salud de su aseguradora y recibir una atención integral acorde con el mismo.

Derecho al respeto de su dignidad humana y a la igualdad sin que sea discriminado por razones sociales, económicas o ideológicas.

Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su atención en salud, salvo por exigencias legales ineludibles.

Derecho a recibir información completa y adecuada sobre el proceso de atención en salud incluyendo aspectos sobre trámites, modelos de atención.

Derecho a recibir información completa y adecuada sobre su proceso individual de salud de parte del profesional tratante. En caso de ser menor o inhábil el derecho a la información pasa a las personas legalmente responsables.

Derecho a la libre determinación, siendo preciso su consentimiento expreso para procedimientos, excepto en caso de urgencia vital, riesgo para la salud pública u orden legal. En caso de persona menor o inhábil el derecho a la libre determinación pasa a las personas legalmente responsables.

Derecho a ejercer su participación, conocer y utilizar las vías para presentar felicitaciones, sugerencias, quejas o reclamos y en general para comunicarse con la institución.

Derecho a la atención amable, discreta, digna, respetuosa, en ambiente tranquilo, limpio y confortable

Derecho a su atención con personal cualificado y con recursos técnicos adecuados.

Derecho a conocer los nombres de los profesionales que lo tratan, derecho a la libre elección del profesional dentro de la red disponible en la institución.

Derecho a recibir o rehusar apoyo moral o espiritual, cualquiera sea el culto que profesa.

Derecho a agotar las posibilidades razonables de atención de su enfermedad y a recibir toda la ayuda necesaria para su preparación digna ante la muerte.

De otra parte, tenemos los deberes del paciente, como actor principal del acto médico, tiene las siguientes obligaciones:

- ✓ Colaborar con las normas institucionales.
- ✓ Proporcionarle al médico toda la información que este le requiera para el diagnóstico de la enfermedad, así como continuar con el tratamiento que este le ordene.
- ✓ Tratar con respeto al médico, a los paramédicos, a los otros pacientes y a los acompañantes.
- ✓ Firmar el documento de salida voluntaria o de no aceptación de los tratamientos propuestos, cuando así lo decida.

## **2.4 ACTO MÉDICO**

Definición del Acto Médico. Para el doctor Fernando Guzmán Mora<sup>8</sup>, El acto médico es aquel por medio del cual se concreta la relación médico-paciente, es una forma especial de relación entre personas; por lo general una de ellas, el enfermo, acude motivado por una alteración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente.

---

<sup>8</sup> Presidente de la Federación Médica Colombiana y Profesor Titular de Cirugía de la Universidad San Martín. Doctor en Medicina. Especialista en Anatomía Patológica, Cirugía General, Cirugía Tórax y Cirugía Cardiovascular. Diplomado en Derecho Médico. Postgrado en Administración en Salud. Bogotá. Colombia.

A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico se compromete a destinar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

Características del Acto Médico. Con el fin de identificar el acto médico nos adentraremos en el estudio de sus características las cuales son cuatro a saber:

- ✓ El acto médico sólo puede ser realizado por un profesional de la medicina.
- ✓ La ejecución del acto médico debe estar conforme a la "Lex Artis Ad Hoc".
- ✓ El acto médico debe tener por objetivo la curación o rehabilitación del enfermo
- ✓ El acto médico debe estar conforme a las normas legales, es decir debe ser lícito.

Estas cuatro características permiten determinar cuando estamos en presencia de un acto médico y facilitan estudiar mejor cada caso en concreto para determinar si con una acción u omisión del médico en el ejercicio de su profesión se violó la ley penal, civil o administrativa.

### 2.4.1 CLASES DE ACTO MÉDICO.

- **Acto médico directo:** Para la doctrina actos médicos directos constituyen “aquellos en los cuales mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo”. Ellos pueden ser preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación.
- **Actos médicos indirectos:** son aquellos que no ejecuta el médico de manera directa sino a través de sus auxiliares, de exámenes y diagnósticos de laboratorios mediante los cuales se apoya para tomar una decisión.
- **Acto médico documental:** es complementario del acto médico directo y del acto médico indirecto; el acto médico documental sirve como soporte en el sentido de que deja constancia de la actuación del médico frente a un caso determinado, su importancia legal radica en su validez como prueba dentro de cualquier reclamación o proceso. En este grupo se incluyen el certificado médico, la Receta o fórmula médica y la Historia Clínica, acto documental considerado el más importante de todos.

### 2.5 RESPONSABILIDAD MÉDICA.

- Definición de Responsabilidad.

Es la calidad o condición de responsable y la obligación de reparar y satisfacer por sí mismo o por otro, toda pérdida, daño o perjuicio que se hubiera ocasionado;

ello implica aceptar las consecuencias de un acto realizado con capacidad (discernimiento), voluntad (intención) y dentro de un marco de libertad.

Elementos de Responsabilidad.

Acción (u omisión) voluntaria (o involuntaria) productora de un resultado dañoso.

Antijuridicidad: Desde el acto ilícito hasta el incumplimiento contractual o la violación de una obligación.

- **Responsabilidad Profesional.**

Cuando el profesional por dolo, imprudencia, negligencia, etc., ocasiona un daño en la persona que ha requerido sus servicios. La responsabilidad del médico se inicia con el Juramento de un buen desempeño de la profesión y en relación con el cliente (paciente) que es de naturaleza contractual; existiendo deberes comunes para la mayoría de profesiones, como son: Deber de Lealtad, Secreto Profesional e Indemnización del daño que hubiera ocasionado. La responsabilidad médica es una variedad de la responsabilidad profesional.

- **Responsabilidad Jurídica.**

Es la obligación de las personas imputables de dar cuenta ante la justicia de los actos realizados contrarios a la ley y sufrir las consecuencias legales.

- **Responsabilidad Médica.**

Es la obligación de los médicos, de dar cuenta ante la sociedad por los actos realizados en la práctica profesional, cuya naturaleza y resultados sean contrarios a sus deberes, por incumplimiento de los medios y/o cuidados adecuados en la asistencia del paciente; pudiendo adquirir a veces, relevancia jurídica.

Medios:

- Defectuoso examen del paciente.
- Errores groseros de diagnóstico y tratamiento.
- Daños causados por uso indebido (o en mal estado) de objetos (aparatos e instrumental) y medicamentos.
- Omisión de pautas esenciales para el diagnóstico de una enfermedad.
- Falta de control hacia los auxiliares del médico y los daños que los mismos puedan culposamente ocasionar.

- **Tipos de Responsabilidad Médica.**

**Responsabilidad Civil:** Deriva de la obligación de reparar económicamente los daños ocasionados a la víctima.

**Responsabilidad penal:** Surge del interés del Estado y de los particulares, interesados en sostener la armonía jurídica y el orden público; por lo que las

sanciones (penas) son las que impone el Código penal (prisión, reclusión, multa, inhabilitación).

## **2.6 CULPABILIDAD MÉDICA.**

Es una infracción a una obligación preexistente fijada por Ley o por el contrato.

### **Delimitación.- Según Maynz:**

- Hay intención deliberada, es decir, cuando la previsión del resultado como seguro, no detiene al autor. Por ejemplo: Aborto, Certificado falso. La responsabilidad es plena.

- Falta necesariamente la intención de dañar, pero hay una negligencia, desidia, impericia, falta de precaución o de diligencia, descuido o imprudencia, que produce perjuicio a otro o que frustra el cumplimiento de una obligación, y debe ser imputada a quien la causa.

- Los hechos son extraños al hombre, ocurren por azar, es decir, es una consecuencia extraordinaria o excepcional de la acción. Es un eximente de responsabilidad.

- El médico no ha previsto el resultado porque éste no era previsible, por lo tanto no puede serle imputado. "El no haber previsto la consecuencia dañina separa a la culpa del dolo, el no haberla podido prever separa el caso fortuito de la culpa".

### **2.6.1 Formas de Culpa Médica**

- **IMPERICIA**

Del latín IN: privativo, sin; y PERITIA: Pericia. Es la falta total o parcial, de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en el ejercicio de la medicina. Es decir, es la carencia de conocimientos mínimos o básicos necesarios para el correcto desempeño de la profesión médica.

Vale la pena aclarar que en el actuar médico, prácticamente no se puede alegar impericia, ya que por haber obtenido su título en una universidad reconocida se le considera perito.

- **IMPRUDENCIA.**

De latín IN: Privativo, sin y PRUDENTIA: prudencia. Es realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones; es decir, es la carencia de templanza o moderación. O también, la conducta contraria a la que el buen sentido aconseja, emprender actos inusitados fuera de lo corriente, hacer más de lo debido; eso implica una conducta peligrosa. Es la violación activa de las normas de cuidado o cautela que establece la prudencia, actuando sin cordura, moderación, discernimiento, sensatez o buen juicio.

En el sentido estricto se identifica con el conocimiento práctico y por lo tanto idóneo y apto para la realización del acto médico (experiencia, comprensión del caso y claridad).

### **Ejemplos:**

- ✓ Transfundir sangre sin establecer el grupo sanguíneo, HIV, VDRL, hepatitis, etc.
- ✓ Dejar gasa o instrumental en la cavidad abdominal.
- ✓ Realizar un acto innecesario (histerectomía abdominal con apendicetomía profiláctica).
- ✓ Transmitir enfermedades contagiosas, por el médico o el instrumental (TBC, sífilis, SIDA).
- ✓ Hacer operaciones o amputaciones con diagnóstico de cáncer con sólo el examen clínico

### **• NEGLIGENCIA.**

De latín NEGLIGO: descuido y NEC – LEGO: dejo pasar. Es el descuido, omisión o falta de aplicación o diligencia, en la ejecución de un acto médico. Es decir, es la carencia de atención durante el ejercicio médico. Puede configurar un defecto o una omisión o un hacer menos, dejar de hacer o hacer lo que no se debe. Es no guardar la precaución necesaria o tener indiferencia por el acto que se realiza. La negligencia es sinónimo de descuido y omisión. Es la forma pasiva de la imprudencia y comprende el olvido de las precauciones impuestas por la prudencia, cuya observación hubiera prevenido el daño.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1 DEFINICION DEL METODO**

Se realizará un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisarán las demandas de pertinencia médica de casos por fallas en la prestación de los servicios de salud que se presentaron en una ESE de primer nivel durante los años 2001-2006.

El nombre de la institución quedará en reserva, ya que la información fuente de éste trabajo es real, y esta en proceso legal y no se han emitido los fallos correspondientes.

### **3.2 POBLACION**

Es la totalidad de las demandas interpuestas por los pacientes durante el período de observación, a las cuales se pueda tener acceso, según las condiciones de la institución, y que ya estén admitidas por la instancia jurídica competente. No se tomará muestra sino que se analizará la totalidad de la población.

Los datos se recolectarán por medio de los registros que reposan en la oficina jurídica de la ESE.

### **3.3 CRITERIOS DE INCLUSION**

Todas las demandas interpuestas a la ESE, durante los períodos 2001 – 2006, que reposan en la Oficina Asesora Jurídica y las cuales se tengan acceso.

### **3.4 CRITERIOS DE EXCLUSION**

Las demandas no admitidas por los tribunales, y las que están en despacho para sentencia.

### **3.5 TECNICAS DE RECOLECCION:**

La información será recolectada por los investigadores mediante un formato prediseñado. Ver anexo.

### **3.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

La información obtenida en esta investigación se procesará y analizará mediante el programa Excel 2003®.

### 3.7 VARIABLES

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS DEMANDAS POR PERTINENCIA MÉDICA POR FALLAS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO EN UNA ESE DE PRIMER NIVEL. ANTIOQUIA 2001 - 2006			
Nº VARIABLE	NOMBRE	CÓDIGO	OBJETIVO
1	Servicio donde se presento la atención	1. Hosp. 2. Urg. 3.Consulta externa 4.Cirugía 5.otras	Estimar en cuales servicios se han generado mas demandas
2	Tipo de falla en la prestación del servicio (presunta conducta culposa)	1.Negligencia 2.Imprudencia 3.Otra	Clasificar las demandas por fallas en la prestación del servicio
3	Causa de la demanda	1.Falla en el servicio 2. Responsabilidad médica.	Determinar los principales motivos de las demandas
4	Origen de la demanda	1.Falla Medica 2.Falla de enfermería 3.Falla de la instalación 4.Otras	Determinar las principales causas de las demandas
5	Daño o perjuicio que reclama el demandante	1. Materiales 2. Inmateriales 3. Fisiológicos	Determinar los principales Perjuicios que reclaman los demandantes.
6	Cumplimiento del proceso	1.Si 2.No 3.No esta documentado	Verificar el proceso de auditoria para el mejoramiento de la calidad
7	Aplicación del plan de Auditoria para el mejoramiento de la calidad	1.Existe 2.No existe 3.En proceso	Verificar el proceso de auditoria para el mejoramiento de la calidad
8	Costos de las demandas		Calcular los costos que generan estas demandas para la institución

## **4. CONSIDERACIONES ETICAS**

- No se revelarán datos de las personas implicadas en los procesos.
- Se mantendrá en reserva el nombre de la institución que facilitó la información.
- Los resultados de esta investigación serán para beneficio de la institución.

## 5. PRESUPUESTO

Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación

RUBROS	FUENTE		TOTAL
	UNIVERSIDAD CES	CONTRAPARTIDA	
PERSONAL	0	0	\$2.400.000
EQUIPO PROPIO	0	0	\$200.000
MATERIALES Y SUMINISTROS	0	0	\$80.000
TRANSPORTE	0	0	\$1.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>\$3.680.000</b>

Descripción de los gastos de personal

Nombre del investigador	Formación académica	Función en el proyecto	DEDICACIÓN Horas/semana	Recursos
Donny Valencia M.	Bacterióloga, estudiante de especialización Auditoria en Salud.	Investigadora principal	5	\$.800.000
Johnnie Meléndez V.	Administrador de empresa, estudiante de especialización Auditoria en Salud.	Investigadora principal	5	\$.800.000
Luz Beiba Castaño B.	Enfermera, estudiante de especialización Auditoria en Salud.	Investigadora principal	5	\$.800.000
			<b>TOTAL</b>	<b>\$2.400.000</b>

Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio

EQUIPO	VALOR
Computador portátil HP 4310-2066, para escribir el diseño del proyecto y elaborar el informe final, así como administrar la información.	\$200.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$200.000</b>

Materiales y suministros

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>VALOR</b>
Papelería	Impresiones de bibliografía, como soporte para el trabajo.	\$80.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$80.000</b>

Gastos de transporte

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>VALOR</b>
Desplazamiento a la entidad.	Para recolección de la información.	\$300.000
Desplazamiento para las reuniones de los investigadores.	Para elaboración, tabulación y análisis de la información.	\$700.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$1.000.000</b>

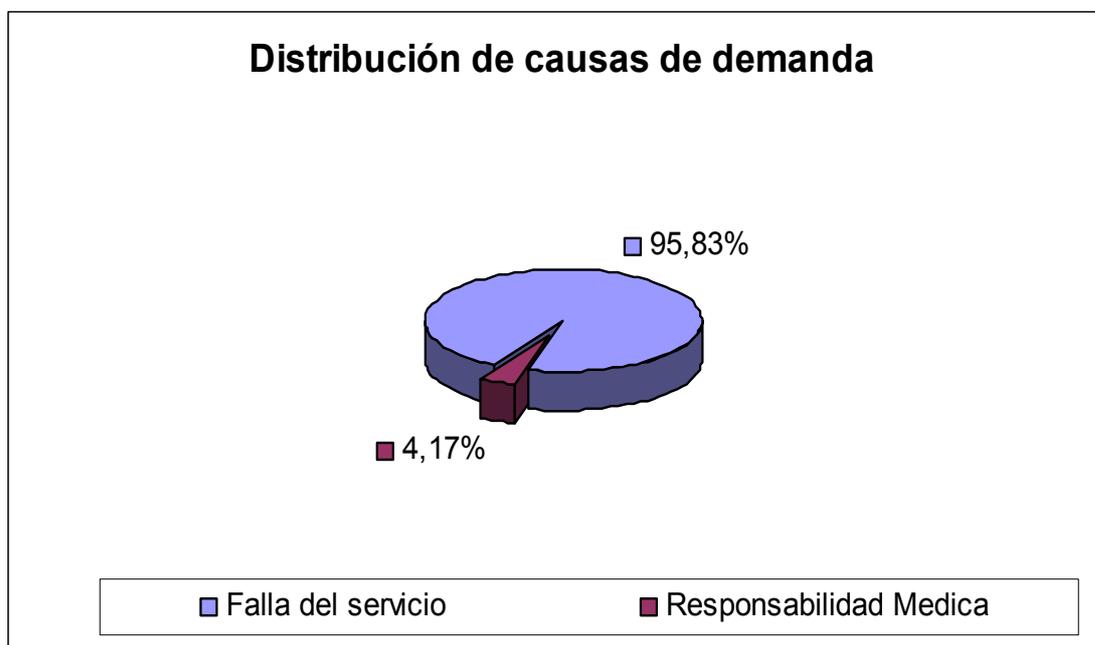
## 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - AÑO 2008</b>													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES
<b>MESES</b>													
<b>ACTIVIDADES</b>													
1. Ajustes de la sustentación Teórica													Investigadores
2. Visitas a la ESE del Primer Nivel													Investigadores 1 y 2
3. Recopilación de la Información													Investigadores y Asesor de Practica
4. Tabulación de la información													Investigadores
5. Análisis de la información													Investigadores Y asesor metodológico.
6. Análisis de resultados													Investigadores y asesores
7. Conclusiones													Investigadores y asesores
8. Presentación informe a la Universidad "CES"													Investigadores.
9. Presentación informe a la ESE.													Investigadores.

## 7. ANALISIS

Durante el período de estudio comprendido entre 2001 y 2006 se identificaron 23 demandas en la ESE de primer nivel evaluadas, es decir, se presentó una demanda cada 4,6 meses. En todos los casos el tipo de proceso legal fue de reparación directa, y al igual el motivo de la demanda fue por fallas en el servicio, excepto en un caso que la motivación fue por responsabilidad médica. (Gráfico 1).

**GRAFICO 1.**



Fuente: Empresa Social del Estado de primer nivel

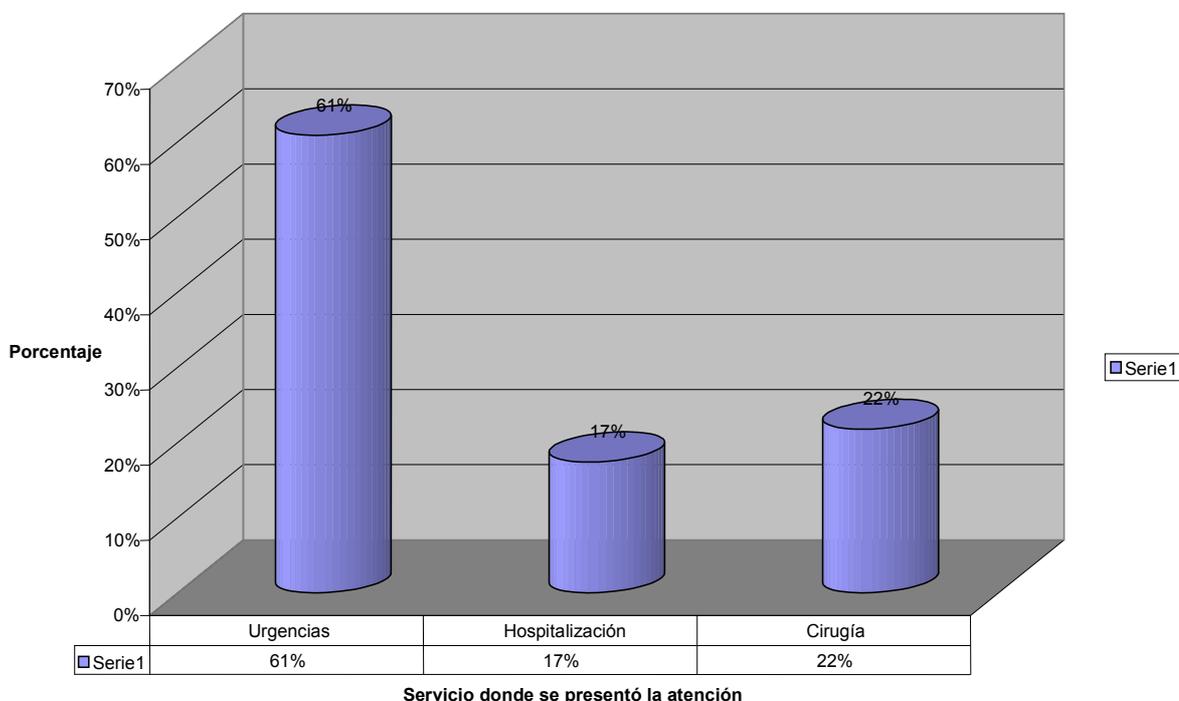
En cuanto a las cuantías iniciales de las demandas, el valor mínimo de estas fue de \$41.000.000 y el máximo de \$4.276.173.000. Además tiene dos valores extremos (*outliers*): \$4.726.173.000 y \$816.000.000, por lo que el análisis se realizó con el valor de las 21 demandas restantes; por tratarse de una distribución que no es normal se utilizó la media armónica y no la media matemática como medida de tendencia central, ya que la primera es ideal cuando las distribuciones no son normales porque resiste los valores extremos representando un valor real de tendencia central. La media armónica del valor de las demandas fue de \$127.915.525; asimismo, para entender la distribución de los datos, se utilizaron como medidas de posición los cuartiles, siendo sus valores los siguientes: cuartil 1, \$100.000.000; cuartil 2, \$140.000.000; y cuartil 3, \$300.000.000, esto significa que al menos mas de la mitad de las demandas se presentaron por un valor que fluctúa entre los \$100.000.000 y los \$300.000.000. Y las restantes tuvieron valores superiores o inferiores a éstas.

De las 23 demandas que se presentaron el 61% (14 casos) fueron generados por la atención en el servicio de urgencia; el 22% (5 casos), se generaron por la atención prestada en el servicio de cirugía y el 17% (4 casos), se generaron por la atención en el servicio de hospitalización. Al analizar cada caso, no se tuvo en cuenta la especialidad, sino el servicio donde se presentó el hecho. (Gráfico 2)

De todos los casos analizados se encontró que el 78% el origen de la demanda fue por falla del personal médico, y el resto por otra causa.

**GRAFICO 2**

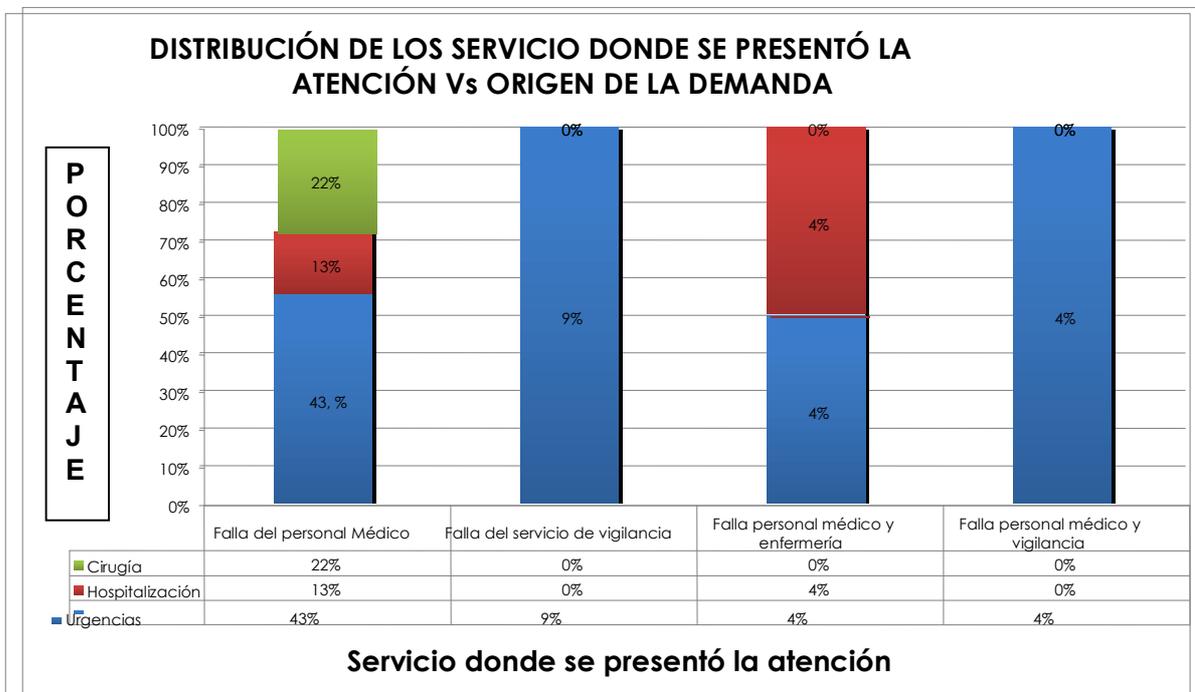
**DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO DONDE SE PRESENTÓ LA ATENCIÓN**



Fuente: Empresa Social del Estado de primer nivel

Del 61% de las demandas que se presentaron por la atención en el servicio de urgencias el 43% se originaron por falla del personal médico, el 9% por falla del personal del servicio de vigilancia, el 4% por falla del personal médico y enfermería y el 4% por falla en el personal médico y vigilancia; el 17% de las demandas que se presentaron por la atención en el servicio de hospitalización, el 13% se originaron por falla del personal médico y el 4% por fallas del personal de médico y enfermería; y el 22% de las demandas que se presentaron en el servicio de cirugía todas fueron por fallas en el personal médico. (Gráfico 3)

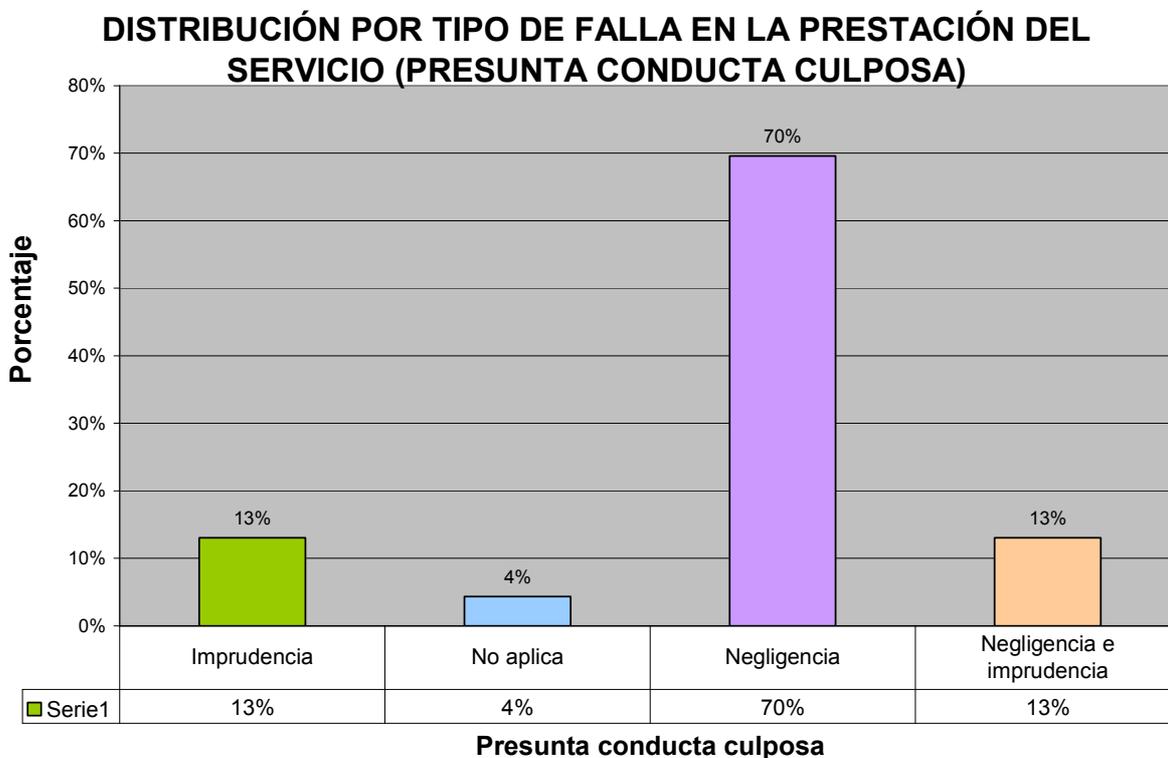
**GRAFICO 3**



Fuente: Empresa Social del Estado de primer nivel

Sobre el tipo de falla en la prestación del servicio, es decir, la presunta conducta culposa demandada, se encontró que el 70% (dieciséis casos), se alegó negligencia, en el 13% (tres casos) se alegó imprudencia; en el 13% (tres casos) se alegó imprudencia y negligencia y en el 4. % (un caso) de las demandas, no aplica esta clasificación. (Grafico 4)

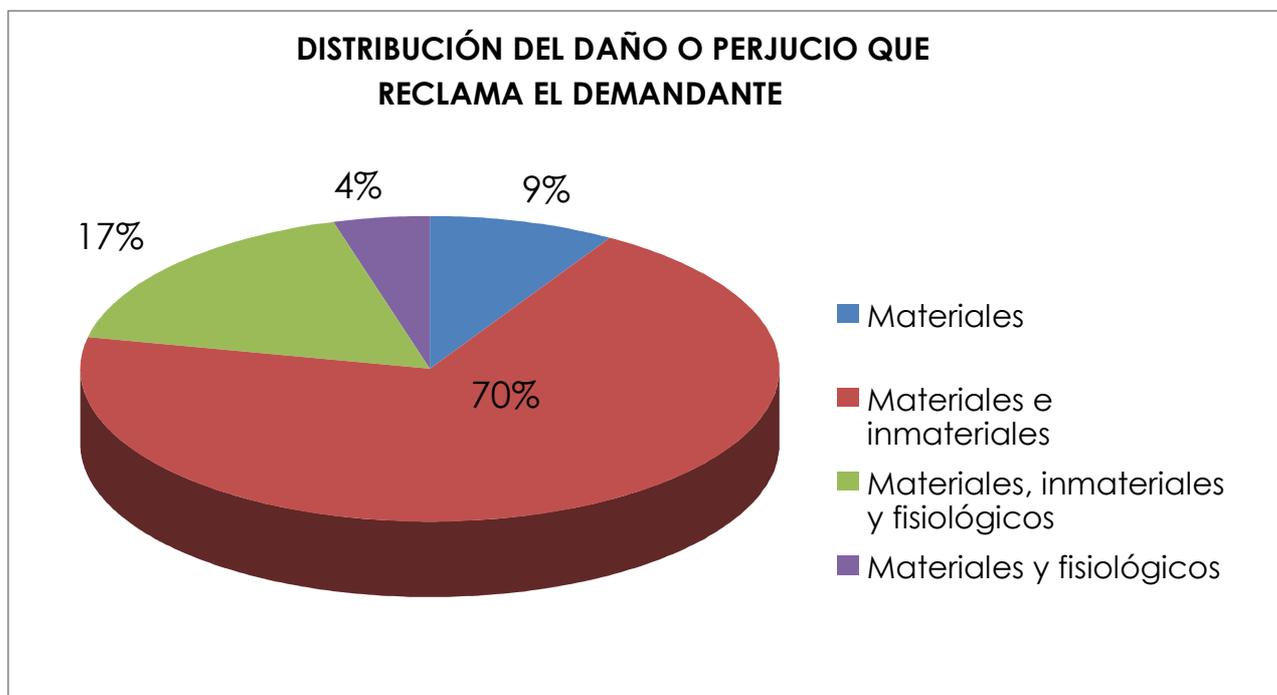
**GRAFICO 4**



Fuente: Empresa Social del Estado de primer nivel

Finalmente, en cuanto al tipo de daño o perjuicio que reclamaron los demandantes, en el 70% (dieciséis casos), reclamaron reparación por daños materiales e inmateriales; el 17% (cuatro casos) reclamaron reparación por daños materiales, inmateriales y fisiológicos; el 9% (dos casos), reclamaron reparación por daños materiales, y el 4% (un caso), reclamó reparación por daños materiales y fisiológicos. (Gráfico 5)

**GRAFICO 5**



Fuente: Empresa Social del Estado de primer nivel

En la visita realizada a la institución, en la cual se tuvo entrevista con los responsables de la oficina de planeación y calidad, se les preguntó acerca de:

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), de su implementación y seguimiento, además se indagó sobre las acciones preventivas correctivas que implementan cuando se presenta un caso de demanda.

Nos informaron que en lo referente al sistema de calidad, entre los años 2001 - 2004, tenía una Unidad de Desarrollo de Servicio y Mercadeo, la cual se

encargaba de todo lo relacionado con calidad, pero ésta se centraba mas en auditoria de cuentas médicas.

También existía los comité Ad hoc, los cuales, por requerimiento de la oficina Asesora jurídica cuando se presentaba una demanda, realizaban una descripción del caso, un análisis y emitían un concepto y unas recomendaciones de obligatorio cumplimiento, lo cual llevaba a un plan de mejoramiento. Esto se continúa realizando.

A partir de 2004 se constituyo la oficina Asesora de Planeación y calidad, la cual se centró mas a la implementación del sistema de calidad, PAMEC, proyecto de seguridad del paciente, estandarización de procesos prioritarios y capacitación del personal entre otras.

En la entrevista con el personal de la oficina Asesora Jurídica, les indagamos si la institución contaba con los recursos inmediatos para cubrir un fallo en contra de la entidad, a la cual nos informaron que la entidad contaba dentro de su presupuesto anual con un rubro presupuestal para demandas y litigios que dependiendo de la percepción de pérdida de demandas se incrementaba cada año.

## **8. CONCLUSIONES**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron las demandas de pertinencia médica de casos por fallas en la prestación de los servicios de salud que se presentaron en una ESE de primer nivel durante los años 2001-2006.

Las demandas que en las vigencias de 2001 a 2006, aun se encuentran en trámites debido a la congestión de los despachos judiciales, acarrearán una incertidumbre jurídica y económica para la institución; jurídica porque aun no se sabe si el fallo sería a favor o en contra de la entidad y económica, porque la institución viene realizando año tras año provisiones presupuestales, pudiendo utilizar éstos recursos en actividades propias de su objeto social.

Por la magnitud de las pretensiones de las demandas en el caso de que fuesen falladas en contra de la institución, ésta sufriría un menoscabo económico, que la pondría en una crisis financiera grave, dado que las demandas de estos períodos suman más de ocho mil millones de pesos.

Otra dificultad que sobreviene a la entidad, por la demora en los fallos judiciales, sería el vencimiento de las pólizas de seguro que amparan a los presuntos responsables, que en algunos casos serían llamados en garantía.

Además los cambios en la reglamentación de la Seguridad Social, pueden hacer que los fallos sean mas severos o mas flexibles, dado que están sometidos a criterios de jueces que actualmente considerando la situación de los demandantes y apoyándose en los últimos pronunciamientos de las cortes, ponen al sistema de salud en desventaja frente al cliente / usuario y sus pretensiones.

El sistema de calidad, que bien lo tiene concebido la ESE de primer nivel, busca implementar planes de mejoramiento a fin de evitar fallas en la prestación del servicio, sin embargo los usuarios, frente a cualquier percepción de deficiencia inician acciones jurídicas para entablar demandas en contra de la institución.

Finalmente, los procesos de auditoría permiten prevenir los errores y fallas que se presenten en la prestación del servicio, contribuyendo de esta manera, mediante planes de mejoramiento a evitar al máximo las falencias que se presentan y así contribuir a prestar una atención más segura y eficiente y por consiguiente evitar que se generen mas demandas.



## BIBLIOGRAFIA

- 1 Hernández-Álvarez M. El Derecho a la salud y la nueva Constitución Política Colombiana”. En: Derechos Humanos y Salud, Memorias del I y II Simposios Nacionales de Derechos del Paciente. Defensoría del Pueblo. Santa Fe de Bogotá D.C. 1993.
- 2 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Título I, De Los Principios Fundamentales Art.1o.”
- 3 Ley 100 de 1993 sobre el Sistema de Seguridad Social en Colombia y derechos reglamentarios.
- 4 Donavedian A. Prioridades para el progreso de la evaluación y el monitoreo de la calidad de la atención. Revista de salud Publica de México- 1993- Vol.35- N°1
- 5 Leuro-Martínez M. Auditoría de Cuentas Médicas, Casa Editorial Grupo Ecomedios, primera edición, Bogotá 2005.
- 6 Varo j. Gestión Estratégica de la calidad en los servicios Sanitarios. Un modelo de Gestión Hospitalaria
- 7 Riaño G. Auditoría en salud. Una herramienta para el mejoramiento continuo. Ediciones FEMEC- 1998
- 8 Nazarianh F. El mejoramiento de la calidad. Hagámoslo bien. Pediatrics in Review.- 1993. Vol. 14

- 9 SERRANO-ESCOBAR, LG, Nuevos Conceptos de Responsabilidad Médica. Bogotá: Ediciones Doctrina y ley Ltda. 2000, p. 58.
  
- 10 [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)