

*TENDENCIA DE LAS DEMANDAS A ESPECIALISTAS EN GINECO-
OBSTETRICIA, PERTENECIENTES AL FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO
SOLIDARIO DE DEMANDAS (FEPASDE) 2011-2014*

MARISOL AGUDELO GONZALEZ

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

MEDELLIN, OCTUBRE DE 2015
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CES

CONTENIDO

1. Planteamiento del problema	3
2. Justificación.....	4
3. Pregunta de la investigación	5
4. Objetivos.....	5
4.1 Objetivo General.....	5
4.2 Objetivos específicos.....	5
5. Marco teórico.....	5
5.1 Responsabilidad médica.....	5-7
5.2 Antecedentes legales de la responsabilidad médica en Colombia	7-8
5.3 Obligación del médico.....	8-11
5.4 Responsabilidad médica en obstetricia.....	10-11
5.5 FEPASDE.....	11-12
6. Metodología.....	12
7. Resultados.....	13-23
8. Discusión.....	24-25
9. Bibliografía.....	26-27

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las altas expectativas creadas y el importante componente emocional existente alrededor del embarazo y parto, el buen estado de salud con el que cuentan la mayor parte de las embarazadas, la habitual naturalidad de los procesos que pueden desviarse de lo normal con resultados devastadores y la potencialidad de dañar a dos pacientes (madre e hijo) hacen de esta especialidad una de las más demandadas (1)

Las demandas por responsabilidad profesional en obstetricia ocupan los primeros lugares en Colombia y en el resto del mundo, tanto por frecuencia como por montos demandados. De acuerdo al American College of Obstetricians and Gynecologists de los Estados Unidos, cerca del 80% de los obstetras fueron demandados al menos una vez, y el 25% de los mismos fueron llevados ante los tribunales cuatro o más veces. Esto ha determinado que en muchos Estados de dicho país, un porcentaje elevado de estos especialistas (cercano al 15%) hayan dejado de practicar la obstetricia, dedicándose exclusivamente a la ginecología clínica. (2)

En Gran Bretaña, los reclamos obstétricos representan el 27% de las demandas a profesionales e instituciones de salud y se llevan más del 70% de los costos asociados a juicios por responsabilidad profesional. (3)

En Argentina, los obstetras también lideran el ranking de demandas. Según distintas estadísticas publicadas (4) (5), cerca del 25% de los casos judiciales por responsabilidad profesional se originan en daños al recién nacido o a la madre, atribuidos por los demandantes a un mal manejo por parte de los profesionales de las circunstancias que rodearon al nacimiento.

Las defensas y cierres de estos casos suelen ser más complejas y costosas que en otras especialidades, y el porcentaje de fallos condenatorios también supera la media. (1)

2. JUSTIFICACION

FEPASDE (Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas) es un fondo de protección integral para los profesionales de la salud sin las limitaciones de las compañías de seguros, cuyo alcance es además de los aspectos civiles (resarcimiento económico del daño), los disciplinarios (sanción institucional al profesional), administrativo (responsabilidad frente al Estado), éticos (infracción a la norma propia de su profesión) y penales (comisión de delitos), con un equipo jurídico especializado en responsabilidad jurídica derivada de la prestación de servicios de salud.(6)

El FEPASDE cuenta en Colombia con cuatro sedes regionales que agrupan veintidós seccionales abarcando de esta manera todo el territorio colombiano, en las cuales existen equipos jurídicos propios, especializados sólo en responsabilidad en salud y plenamente articulados con un equipo científico de profesionales de la salud dedicados al análisis de casos, soporte científico de la defensa y acompañamiento permanente a los afiliados y abogados durante el curso de los procesos.

Teniendo en cuenta que el FEPASDE es un fondo de protección importante en el país para profesionales de medicina, (6) se hizo una revisión del comportamiento de las demandas a Gineco-obstetras asociados a FEPASDE entre 2011-2014, acudiendo al software que permite el manejo integral de los procesos judiciales en todas sus ramas, contando además con una plataforma sobre la que corren los procesos desde el recibo de la reclamación hasta el desencadenamiento del fallo, pasando por todas las etapas procesales incluyendo las fases no judiciales y la contribución que hace la asesoría científica, además de generar las alarmas necesarias en cada etapa procesal y arrojar los indicadores necesarios para el seguimiento del fondo.

Conforme a las estadísticas del FEPASDE, la gineco-obstetricia es la segunda especialidad más demanda, es así, como, para el período comprendido entre el año 1993 - 2003, de cada 100 ginecoobstetras pertenecientes al fondo 28 se encontraban demandados y del total de demandas presentes en el fondo, las pertenecientes a estos profesionales ocupan el primer puesto (7).

Se hizo una revisión de las demandas a Gineco-obstetras asociados a FEPASDE para conocer cuál ha sido el comportamiento de las mismas en los últimos años en el país, porque desde el 2003 no se han hecho estudios al respecto (8)

3. PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

Cómo ha sido la tendencia a nivel nacional de las demandas a especialistas en gineco-obstetricia, pertenecientes al Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) entre el 2011 y el 2014

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer a nivel nacional la tendencia de las demandas a especialistas en gineco-obstetricia, asociados a FEPASDE, presentadas entre 2011-2014

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el comportamiento de las demandas por año.
2. Describir el comportamiento de las demandas por zona geográfica
3. Describir el comportamiento de las demandas por tipo de proceso
4. Identificar la proporción de demandas correspondientes a gineco-obstetricia dentro del total de demandas recibidas.

5. MARCO TEORICO

5.1 RESPONSABILIDAD MÉDICA

Se define como responsabilidad médica profesional “al delito en que puede incurrir un médico durante el ejercicio de la profesión al infringir alguna de las leyes civiles o penales que norman su conducta profesional”. (15)

Esto es, cuando un médico desacata consciente o inconscientemente las normas legales que rigen su profesión, incurrirá en un delito y se hará acreedor al castigo que las propias leyes fijen.

La responsabilidad civil médica ha cobrado un desarrollo notable en los últimos años; en la actualidad las demandas por responsabilidad civil contra médicos y establecimientos de salud son abundantes, por esto no se puede negar que la medicina es en la actualidad una de las actividades más expuestas al riesgo de acciones de indemnización.

La responsabilidad médica ha sido uno de los temas más estudiados. Sin embargo pocas veces se ha analizado a la luz de la realidad nacional y del sistema de salud colombiano, omisión que ha conducido a una gran cantidad de errores. (15)

Cualquier estudio sobre este tema debe tener en cuenta cómo funciona la salud en Colombia, pues, de ello depende acertar en identificar quiénes deben responder por los daños causados en la prestación del servicio. El incremento de la judicialización afecta a todas las especialidades, sean quirúrgicas o médicas, hospitalarias o extra hospitalarias. (15)

Existen diferentes causas para el aumento de las demandas contra médicos e instituciones prestadoras de salud, y esto no quiere decir que ahora tengamos médicos que actúen con mayor negligencia que antes, si no que han perdido la inmunidad que antes gozaban, se ha deteriorado la relación médico paciente, por aumento de la demanda de servicios; anteriormente existía la atención personalizada y el médico de familia, y actualmente esto ha cambiado buscando ampliar la prestación de servicios de salud; otra consecuencia inmediata de esta situación puede ser la práctica sistemática de la medicina defensiva, que se aleja de la relación fluida entre médico y paciente, basada en la confianza mutua y con una orientación bioética que potencia la propia autonomía del paciente. El paciente, en la modernidad, aparece como un demandante de una prestación, un consumidor más bien anónimo de servicios médicos. (18)

Los avances en la medicina que obliga a la sub especialización, y a la aparición de nuevas especializaciones, y un desarrollo científico-técnico que abre nuevas y espectaculares posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento lo cual, junto con el propio desarrollo social, económico y cultural de las sociedades avanzadas, lleva al paciente a ser sometido a la atención por múltiples profesionales, perdiendo su identidad, y volviéndose cada vez más exigente y pasan de ser meros receptores de servicios a coparticipar como definidores y, más importante aún, como evaluadores.(18)

Sumado a lo anterior, existe la elevada complejidad de estas técnicas nuevas, muchas de las cuales han abandonado sólo recientemente una fase experimental, lo que las reviste de una extrema agresividad y peligrosidad. Así, esta evolución de la medicina ha provocado una explosión del número de situaciones en que se pueden cometer torpezas que generen daños a pacientes.

Estos mismos avances y sofisticación de técnicas en todos los actos médicos, explica que sea muy difícil diferenciar la causa del fracaso de un tratamiento y distinguir adecuadamente entre la desventura y la torpeza. Un leve descuido en el manejo de un instrumento médico, inofensivo en la intervención de un paciente cualquiera, puede causar efectos funestos en otro con ciertas predisposiciones; una complicación postoperatoria puede ser una evolución natural del estado del paciente o, por el contrario, ser la consecuencia de una infección contraída en la institución médica. A ello se agrega que estadísticamente los actos médicos tienen

un margen de error que, en el estado actual de la ciencia médica, parecen inevitables. Frente a estas incertidumbres, la víctima (o sus deudos) buscan consuelo en una acción que obligue a un tribunal a hacer luz sobre esta situación, a descubrir las verdaderas causas del fracaso del acto médico. (21)

Entre los múltiples factores que están socavando la profesión médica, están los procesos de fragmentación interna de la medicina, por un lado el distanciamiento entre los médicos de atención básica y especialistas y el aumento en el número de especialidades, llevando esto a una descohesión, ya que los médicos especialistas tienden a formar alianzas, abandonando casi por completo a las organizaciones corporativas transversales. (21)

Otro factor importante en el aumento en las demandas y condenas médicas, son los medios de comunicación, estos no sólo sirven de caja de resonancia en casos de mala práctica que afectan a los profesionales, sino que también se han convertido en divulgadores de un conocimiento más o menos científico que permite a los clientes cuestionar las decisiones profesionales o al menos a esperar argumentos y no sólo prescripciones, además de inducir a los pacientes a demandar a los profesionales médicos. Existe una divulgación por los medios de comunicación de los problemas médicos y sus soluciones con carácter triunfalista, que hacen suponer al enfermo que la curación es un derecho. El creciente acceso a la información acerca de su estado conduce a las víctimas a no vacilar en accionar contra los médicos, produciéndose una especie de “*emancipación cívica del paciente*”. (21)

Otras causas, más generales, explican también este crecimiento de los casos de responsabilidad médica: el aumento general del espíritu litigioso; la menor tolerancia frente a los riesgos de la vida entre los ciudadanos; o incluso, como sostienen Robert Corte y Thomas Ulen, la codicia de los abogados que plantean reclamaciones cada vez más absurdas. (16)

En términos económicos, una excesiva proliferación de juicios en materia de responsabilidad médica puede desincentivar algunas especialidades, disminuyéndolas por bajo el nivel óptimo social; generar un aumento del costo de los servicios (los médicos se ven forzados a adoptar medidas de precaución excesivas, tal como la prescripción de exámenes prescindibles); cuestión que finalmente desencadena un alza de los servicios. (16)

5.2 ANTECEDENTES LEGALES DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA EN COLOMBIA

El primer antecedente legal de la responsabilidad médica en Colombia lo constituye la ley 67 de 1935, donde se consagra que la medicina constituye una función social y que tanto el médico como los demás profesionales eran

responsables civil y penalmente no solo por sus acciones, sino por sus omisiones en el ejercicio médico, esta ley también limita el ejercicio de la homeopatía y establece sanciones para el ejercicio inadecuado de la profesión médica.

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

- Ley 42 de 1945: dispone la creación de la escuela superior de asuntos medico legales.
- Ley 9 de 1952: establece el rural y se le asignan funciones médico-legales a los médicos rurales
- Código de moral médica: aprobada en 1953 por la asociación de médicos católicos colombianos
- Ley 14 de 1962: dicta normas relativas al ejercicio de la medicina.
- Ley 9 de 1979: código sanitario nacional
- Ley 23 de 1981: código de ética médica y sus decretos reglamentarios
- Ley 73 de 1988: establece normas sobre el trasplante de órganos
- Ley 6 de 1991: que reglamenta la anestesiología
- Constitución Política de Colombia 1991
- Ley 100 de 1993 que reorganiza el sistema nacional de salud
- Referentes jurisprudenciales
 - Corte Suprema de Justicia (sala civil) (9) (10)
 - Consejo de Estado (11) (12) (13)

5.3 OBLIGACION DEL MEDICO

La obligación principal del médico es de medios, Voltaire sostenía que “*un médico promete cuidados y no la recuperación; hace sus esfuerzos y por ello se le paga*”.

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

Para determinar si el médico ha incumplido su obligación y actuado negligentemente será necesario que el paciente acredite que el comportamiento efectivo del médico se alejó no de la conducta de un “buen padre de familia” cualquiera, sino de aquella que podía esperarse de un profesional competente y diligente. (16)

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

La obligación de *medios* del médico le exige actuar no como cualquier hombre prudente, sino prestar sus servicios conforme a la *lex artis*, esto es, de acuerdo a los conocimientos adquiridos por la ciencia médica, con el objeto de prevenir, diagnosticar o sanar adecuadamente al paciente. Evidentemente, se trata de prestar al paciente los cuidados según los conocimientos adquiridos por la ciencia médica a la fecha del tratamiento y no a la fecha en que el juez resuelve. El comportamiento culpable involucra una elección en plena libertad del agente: éste decidió adoptar una conducta que no hubiese tenido un buen profesional colocado en su situación, en vez de seguir otro comportamiento posible más seguro. Por el contrario, el error es una inadvertencia, una falta de atención, una reacción desgraciada que no implica ninguna elección y que pudo haber cometido cualquier buen profesional. El acto culpable es aquello que no habría hecho el buen padre de familia, el hombre diligente o razonable, pero éstos no pueden evitar cometer traspies, estadísticamente ineludibles. Por esto, no se justifica condenar en responsabilidad a un médico por la lesión accidental de un nervio o el corte de una arteria durante una intervención, si se considera que en un porcentaje elevado de operaciones aquello se produce inevitablemente. (23)

Los principios éticos del médico surgen con el inicio de la medicina racional (400 años a.C.) con el Juramento Hipocrático, el cual contiene los fundamentos del ser y del hacer del médico:(14)

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

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

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

- Respeto a la autonomía. Definida como la decisión deliberada para pensar, decidir y actuar en forma independiente, contiene las siguientes importantes implicaciones base de los derechos de los enfermos: el principio del

consentimiento informado, el principio de la máxima capacidad técnica y el principio de la autenticidad del bien.

- Función benéfica y función no perjudicial. El acto médico obliga al médico a asumir la obligación personal y profesional de buscar el bien del enfermo. Este compromiso especial es reconocido por la sociedad y por el enfermo como parte de un contrato entre el médico y el paciente. La responsabilidad del médico es cumplir con el contrato tácitamente adquirido, para lo cual debe estar capacitado técnicamente, de lo contrario, recomendar al enfermo con el médico adecuado. Al decidir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, es necesario asegurarse, hasta donde la información y la experiencia lo permiten, de que el posible efecto secundario es mejor para el enfermo si se logra el beneficio que se pretende.
- Justicia. Este principio exige que las personas se traten mutuamente con equidad, respetando sus derechos, lo que obliga al médico a dedicar el mismo tiempo, interés y solicitud para todos sus enfermos. Igualmente, el principio de justicia requiere la distribución equitativa de los recursos disponibles (27)

La responsabilidad médica implica el compromiso moral de responder a los actos propios y la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de los actos perjudiciales para terceros. Y obedece a situaciones que podemos encuadrarlas en:

- Violación de reglamentos: consiste en la inobservancia de las normas que gobiernan una profesión en general.
- Negligencia: se refiere al incumplimiento de los principios del arte o profesión, sabiendo lo que se debe de hacer y no se hace o viceversa.
- Impericia: falta de habilidades o conocimientos básicos que debe tener un profesional.
- Imprudencia: afrontar riesgos sin haber tomado las debidas precauciones, es ir o llegar más allá de donde se debe. (24)

5.4. RESPONSABILIDAD MÉDICA EN OBSTETRICIA

En obstetricia se efectúa en control prenatal, espera el parto y nacimiento de un producto. No por esta razón podemos sostener que estamos frente a un resultado, cuyo producto será el nacimiento, pero no se puede garantizar que no se van a presentar complicaciones. Sin embargo, surgen complicaciones postparto como puede ser un sangrado tardío derivado de un trastorno de la coagulación no

detectado por las pruebas regulares y la paciente fallece. En este caso la obligación del profesional se extiende al procedimiento independientemente del resultado y de los riesgos inherentes siempre y cuando estas complicaciones no vayan más allá del riesgo previsto. (23).

“La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él a sus familiares o allegados” Arts 11 y 12 del Decreto 3380/81, reglamentario de la ley 23/81-Código de Ética Médica

Quienes defienden la posición jurídica de que el acto médico en ocasiones es una obligación de resultado, sostienen que para el paciente representa mayor garantía que la obligación de medios, porque obliga al profesional de la medicina a actuar con mayor eficacia. En verdad, al sostener que el acto médico es una obligación de medio no desampara al paciente, pues una afirmación en tal sentido sería válida si no existiesen disposiciones que obligan a dispensar todos los conocimientos, la destreza y la correcta ejecución en el procedimiento con prudencia, pericia y cuidado, que de no observarlos fácilmente incurrirá en responsabilidad a título de culpa. Otro aspecto es que el profesional no se puede amparar en que está frente a una obligación de medios y eludir responsabilidades. (23).

5.5 FEPASDE

Conscientes de la necesidad de agremiación por las grandes ventajas académicas, laborales, legales y profesionales que esta deriva, un grupo de anesthesiólogos colombianos, decidió en el año 1950 agruparse en una sociedad científica gremial de carácter nacional denominada Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE). (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE, 2011)(6)

Esta organización se constituyó como la primera agremiación científica en Colombia y además de su ejercicio gremial se empeñó en la búsqueda de propuestas de valor al ejercicio profesional de la anestesiología, a los profesionales y a los usuarios de los servicios. Fue así como la Sociedad se anticipó a una situación que en su momento no era tan relevante en Colombia pero sí en otros países como Estados Unidos, se trata de las reclamaciones que hacen los pacientes o sus familias derivadas de presuntas fallas en la atención en salud. (6)

Las compañías de seguros empezaron a ofertar productos de protección patrimonial a los profesionales de la salud, pero dada la naturaleza de estas aseguradoras su finalidad era la generación de rentabilidad más que un real

esquema de amparo al profesional y esto se reflejó en limitaciones en las coberturas, deducibles, objeciones en el momento de reconocer el siniestro, etc., razón por la cual la SCARE, decidió construir un producto que permitiera una protección integral a los profesionales de la salud sin las limitaciones de las compañías de seguros, cuyo alcance fuera además de los aspectos civiles (resarcimiento económico del daño), los disciplinarios (sanción institucional al profesional), administrativo (responsabilidad frente al Estado), éticos (infracción a la norma propia de su profesión) y penales (comisión de delitos), con un valor agregado que protegiera el fondo: un equipo jurídico especializado en responsabilidad jurídica derivada de la prestación de servicios de salud. (6)

Fue así como en el año 1992 la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación decidió la creación del Fondo Especial para Auxilio de Demandas (FEPASDE), el cual se alimenta económicamente de los aportes de sus profesionales afiliados y busca la protección solidaria de ellos cuando se enfrentan a las reclamaciones derivadas de su práctica profesional. A este fondo los profesionales que desean protección hacen un aporte económico periódico de acuerdo con su profesión o especialidad y a cambio de esto, reciben un portafolio de servicios que incluye la atención jurídica y el pago del dinero que llegaren a pagar con ocasión de una condena judicial o una conciliación que se suscite de su práctica profesional. (6)

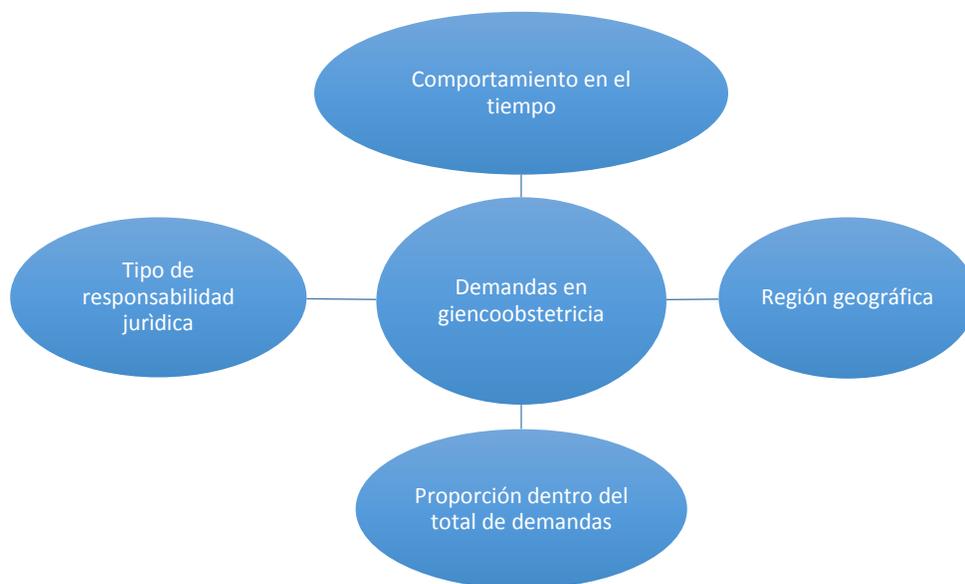
Este fondo se fundamenta en un reglamento para su uso, que busca un equilibrio entre los propósitos del mismo y las necesidades de protección de los profesionales, pues debe tener unas seguridades económicas y jurídicas que garanticen su sostenibilidad y la disponibilidad de recursos en el tiempo para responder a las necesidades de sus afiliados. (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE-FEPASDE, 2012)

6. METODOLOGIA

6.1 Población de referencia

Las demandas que se recibieron en FEPASDE a nivel nacional entre 2011-2014 relacionadas con la atención en gineco-obstetricia

6.2 Variables



7. RESULTADOS

Durante los cuatro años analizados se recibieron un total de 608 procesos nuevos relacionados con el acto médico de gineco-obstetricia.

En estos cuatro años hubo un aumento progresivo en el número de afiliados activos a FEPASDE y se observa una disminución, 7% aproximadamente, en el número de demandas relacionadas con el acto médico de gineco-obstetricia en los 4 años evaluados.

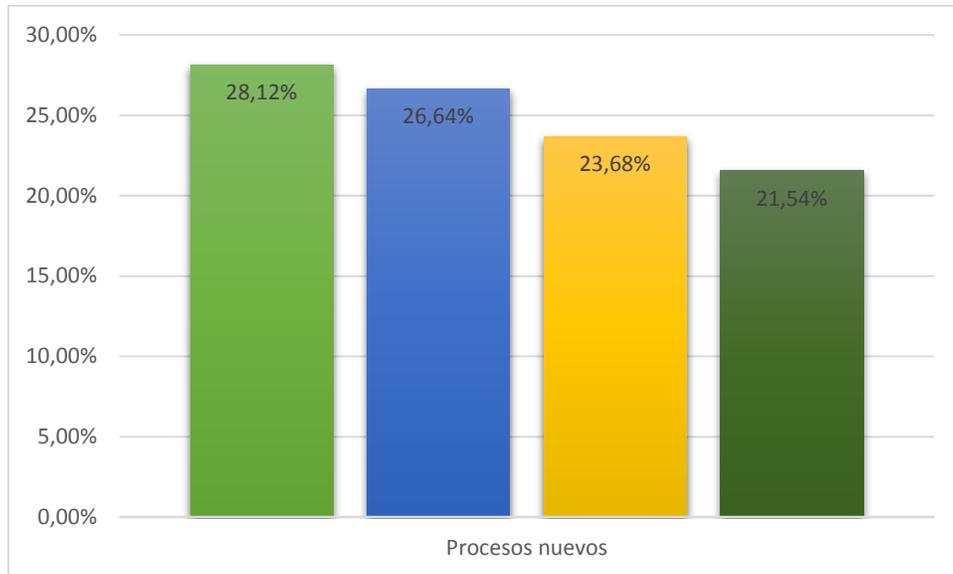
PROCESOS NUEVOS EN GINECO-OBSTETRICIA FEPASDE 2011-2014

Años	2011	2012	2013	2014	Total
Procesos nuevos	171	162	144	131	608



PROCESOS NUEVOS EN GINECO-OBSTETRICIA FEPASDE 2011-2014

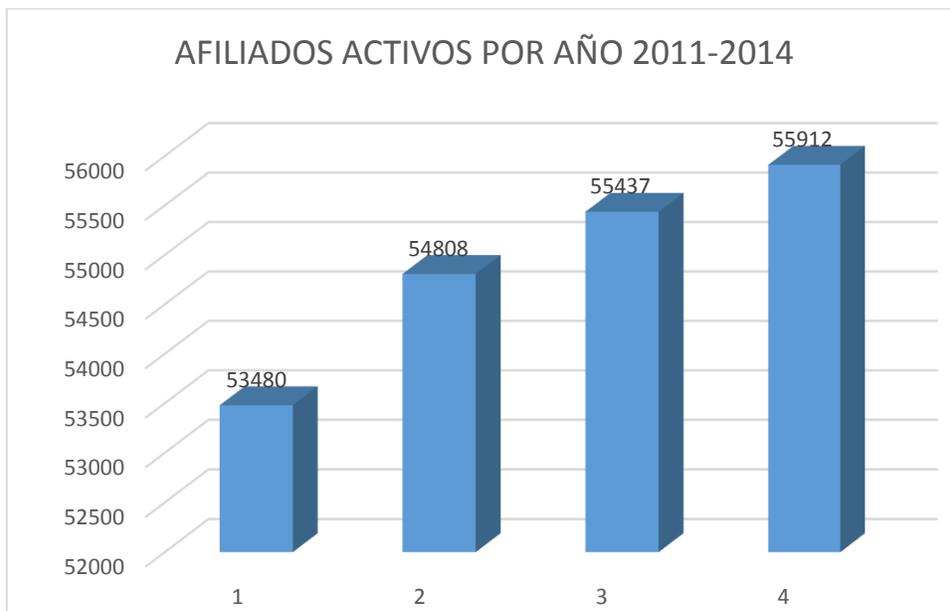
Años	2011	2012	2013	2014	Total
Procesos nuevos	28,12%	26,64%	23,68%	21,54%	698 (100%)



AFILIADOS ACTIVOS A FEPASDE POR AÑO Y POR SECCIONAL

AFILIACIONES ACTIVAS FEPASDE 2011 A 2014				
FECHA DE CORTE: CIERRE DICIEMBRE DE CADA AÑO				
	2011	2012	2013	2014
SECCIONAL				
SEC. ANTIOQUIA	10960	11398	11563	11690

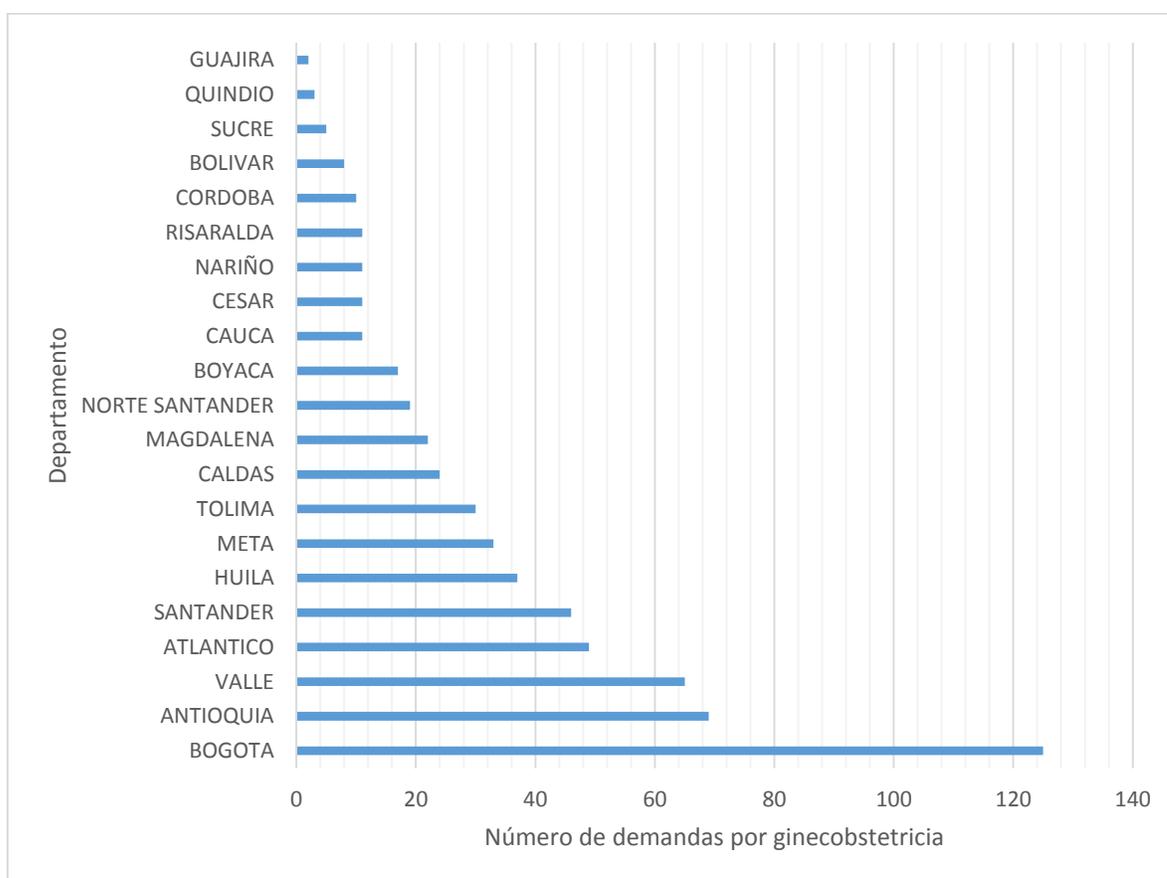
SEC. ATLANTICO	2687	2901	2987	3010
SEC. BOLIVAR	1690	1707	1613	1712
SEC. BOYACA	1577	1569	1566	1531
SEC. CALDAS	2144	2236	2283	2278
SEC. CAUCA	1098	1132	1182	1157
SEC. CESAR	1200	1099	1068	1055
SEC. CORDOBA	1132	1043	1051	1075
SEC. CUNDINAMARCA	10265	10530	10958	11245
SEC. GUAJIRA	305	280	275	333
SEC. HUILA	1495	1533	1580	1441
SEC. MAGDALENA	1012	957	938	894
SEC. META	1258	1281	1244	1211
SEC. NARIÑO	1182	1245	1281	1306
SEC. NORTE DE SANTANDER	1352	1358	1369	1452
SEC. QUINDIO	1021	1070	1094	1066
SEC. RISARALDA	1366	1460	1468	1460
SEC. SANTANDER	2673	2808	2820	2867
SEC. SUCRE	890	891	861	871
SEC. TOLIMA	2192	2248	2268	2279
SEC. VALLE	5981	6062	5968	5979
Total general	53480	54808	55437	55912



A continuación se describe el comportamiento de las demandas por zona geográfica

SECCIONAL_PROCESO	2011	2012	2013	2014	Total
BOGOTA	32	28	32	33	125
ANTIOQUIA	18	17	16	18	69
VALLE	25	14	13	13	65
ATLANTICO	12	19	9	9	49
SANTANDER	16	14	12	4	46
HUILA	5	15	14	3	37
META	8	13	8	4	33
TOLIMA	12	6	7	5	30
CALDAS	7	4	9	4	24
MAGDALENA	5	3	5	9	22
NORTE SANTANDER	11	3	2	3	19
BOYACA	5	7	3	2	17
CAUCA	2	4	2	3	11

CESAR	2	1	1	7	11
NARIÑO	5	1	2	3	11
RISARALDA	2	3	2	4	11
CORDOBA		5	3	2	10
BOLIVAR	1	3		4	8
SUCRE	3	1	1		5
QUINDIO		1	2		3
GUAJIRA			1	1	2
Total general	171	162	144	131	608



En números absolutos podría pensarse que las seccionales con más demandas son Bogotá, Antioquia y Valle, pero si analizamos los datos de acuerdo a la tabla de tasas realizada teniendo en cuenta el número de demandas y el número de afiliados activos por seccional vemos que los

departamentos con mayor tasa de demandas en los 4 años del estudio fueron Norte de Santander, Meta, Huila y Magdalena.

En las regionales con mayor número de afiliados (Bogotá y Antioquia), la tasa de demandas se mantuvo estable durante los 4 años, le siguen en número de afiliados Atlántico y Valle y en estas dos regionales las tasas de demandas disminuyeron, en el Atlántico el número de afiliados activos aumentó y en el Valle se mantuvo estable.

SECCIONAL PROCESO	2011			2012			2013			2014		
	Demandas	Afiliados	Tasa por 1000 afiliados	Demandas	Afiliados	Tasa por 1000 afiliados	Demandas	Afiliados	Tasa por 1000 afiliados	Demandas	Afiliados	Tasa por 1000 afiliados
ANTIOQUIA	18	10960	1,64	17	11398	1,49	16	11563	1,38	18	11690	1,54
ATLANTICO	12	2687	4,47	19	2901	6,55	9	2987	3,01	9	3010	2,99
BOGOTA	32	10265	3,12	28	10530	2,66	32	10958	2,92	33	11245	2,93
BOLIVAR	1	1690	0,59	3	1707	1,76		1613	0,00	4	1712	2,34
BOYACA	5	1577	3,17	7	1569	4,46	3	1566	1,92	2	1531	1,31
CALDAS	7	2144	3,26	4	2236	1,79	9	2283	3,94	4	2278	1,76
CAUCA	2	1098	1,82	4	1132	3,53	2	1182	1,69	3	1157	2,59
CESAR	2	1200	1,67	1	1099	0,91	1	1068	0,94	7	1055	6,64
CORDOBA	0	1132	0,00	5	1043	4,79	3	1051	2,85	2	1075	1,86
GUAJIRA	0	305	0,00		280	0,00	1	275	3,64	1	333	3,00
HUILA	5	1495	3,34	15	1533	9,78	14	1580	8,86	3	1441	2,08
MAGDALENA	5	1012	4,94	3	957	3,13	5	938	5,33	9	894	10,07
META	8	1258	6,36	13	1281	10,15	8	1244	6,43	4	1211	3,30
NARIÑO	5	1182	4,23	1	1245	0,80	2	1281	1,56	3	1306	2,30
NORTE SANTANDER	11	1352	8,14	3	1358	2,21	2	1369	1,46	3	1452	2,07
QUINDIO	0	1021	0,00	1	1070	0,93	2	1094	1,83		1066	0,00
RISARALDA	2	1366	1,46	3	1460	2,05	2	1468	1,36	4	1460	2,74
SANTANDER	16	2673	5,99	14	2808	4,99	12	2820	4,26	4	2867	1,40
SUCRE	3	890	3,37	1	891	1,12	1	861	1,16		871	0,00
TOLIMA	12	2192	5,47	6	2248	2,67	7	2268	3,09	5	2279	2,19
VALLE	25	5981	4,18	14	6062	2,31	13	5968	2,18	13	5979	2,17
Total general	171	53480	3,20	162	54808	2,96	144	55437	2,60	131	55912	2,34

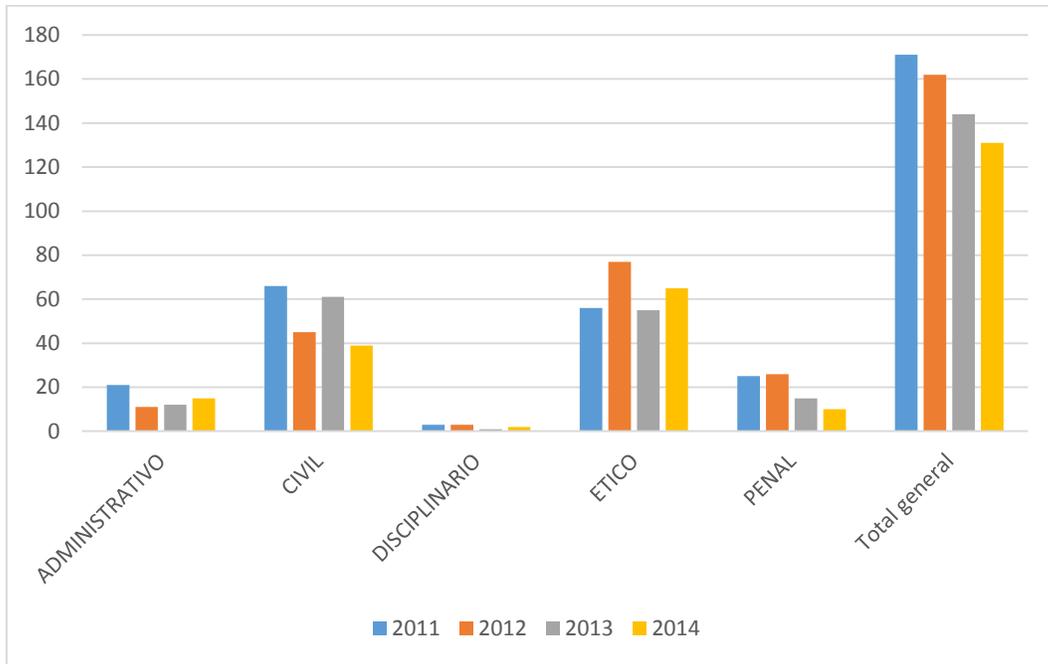
En los siguientes resultados se describe el comportamiento de las demandas por tipo de proceso.

Los tipos de procesos que se tuvieron en cuenta para el análisis fueron: Administrativo, civil, disciplinario, ético y penal.

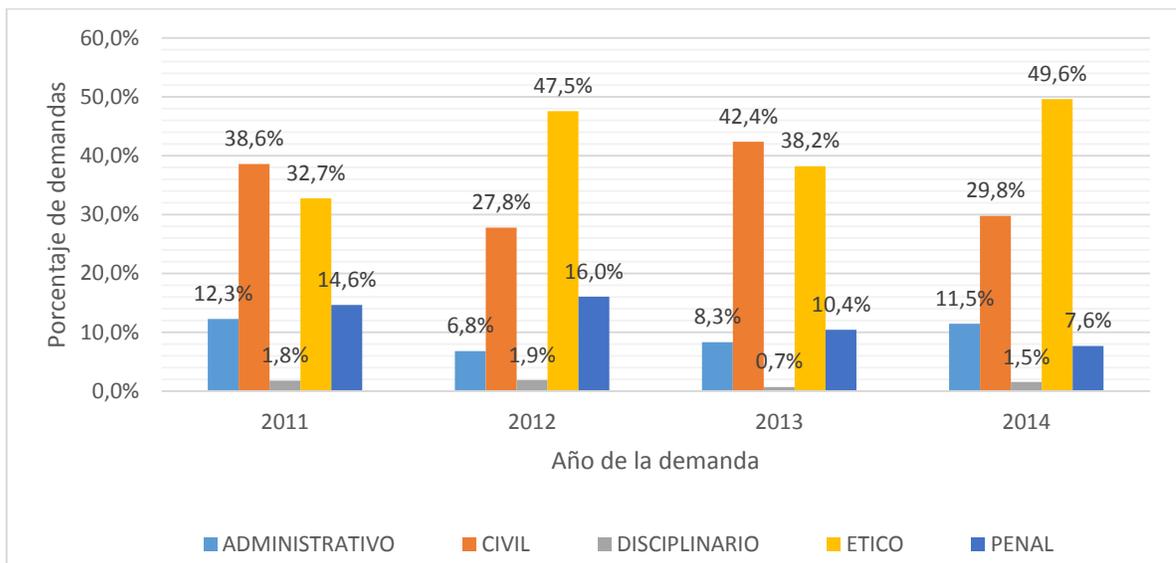
EL mayor número de demandas en actos médicos de gineco-obstetricia fueron de tipo ético (41,6%), en segundo lugar civil (34,7%), le siguen las demandas de tipo penal (12,5%), luego las de tipo administrativo (9,7%) y finalmente disciplinarias (1,5%).

Durante los 4 años se observa una disminución en las demandas civiles y penales y un aumento en las demandas de tipo ético y administrativas

TIPO DE PROCESO	2011	2012	2013	2014	Total
ADMINISTRATIVO	21	11	12	15	59
CIVIL	66	45	61	39	211
DISCIPLINARIO	3	3	1	2	9
ETICO	56	77	55	65	253
PENAL	25	26	15	10	76
Total general	171	162	144	131	608



TIPO DE PROCESO	2011	2012	2013	2014	Total
ADMINISTRATIVO	12,3%	6,8%	8,3%	11,5%	9,7%
CIVIL	38,6%	27,8%	42,4%	29,8%	34,7%
DISCIPLINARIO	1,8%	1,9%	0,7%	1,5%	1,5%
ETICO	32,7%	47,5%	38,2%	49,6%	41,6%
PENAL	14,6%	16,0%	10,4%	7,6%	12,5%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

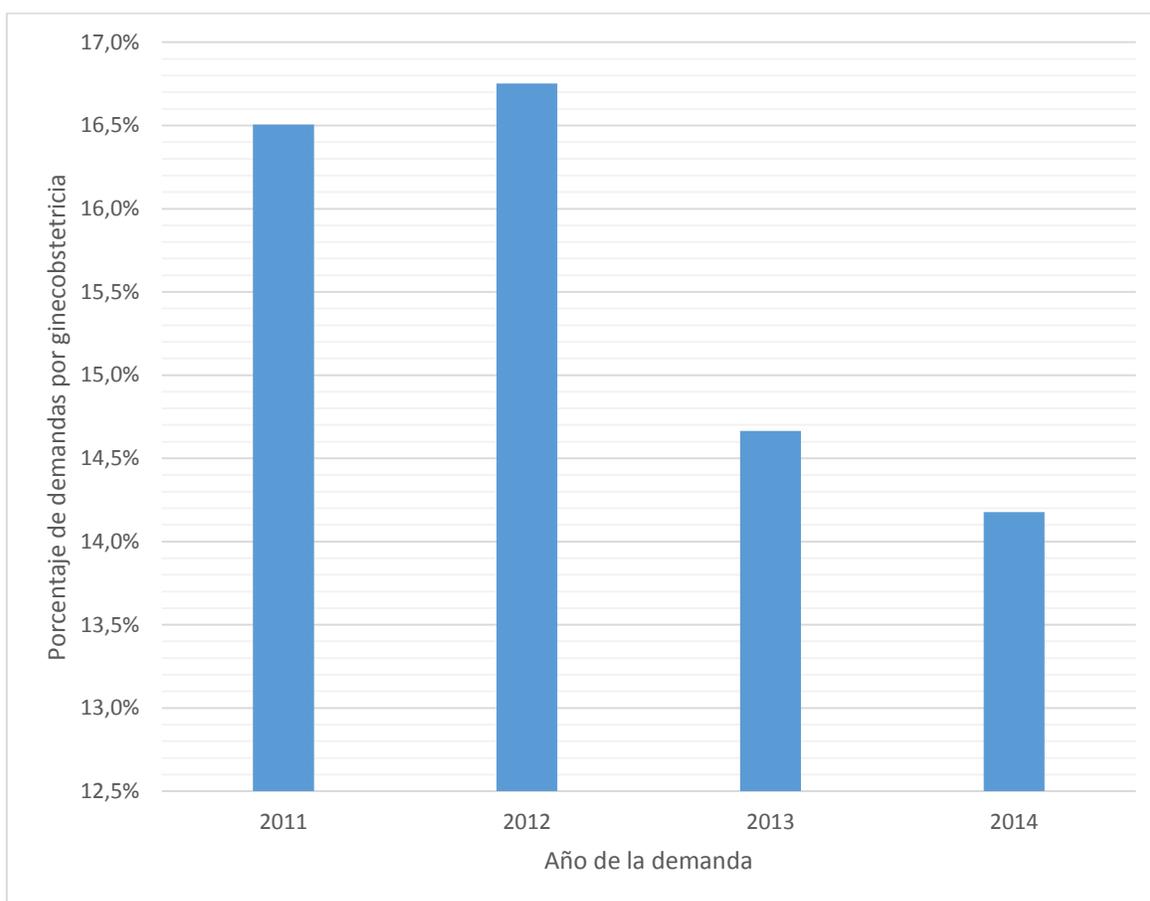


En los siguientes resultados se puede identificar la tendencia a nivel nacional de las demandas en gineco-obstetricia dentro del total de demandas recibidas en el periodo de tiempo revisado.

En este periodo hubo un total de 3909 demandas de las cuales 608 (15.6%) fueron relacionadas con gineco-obstetricia.

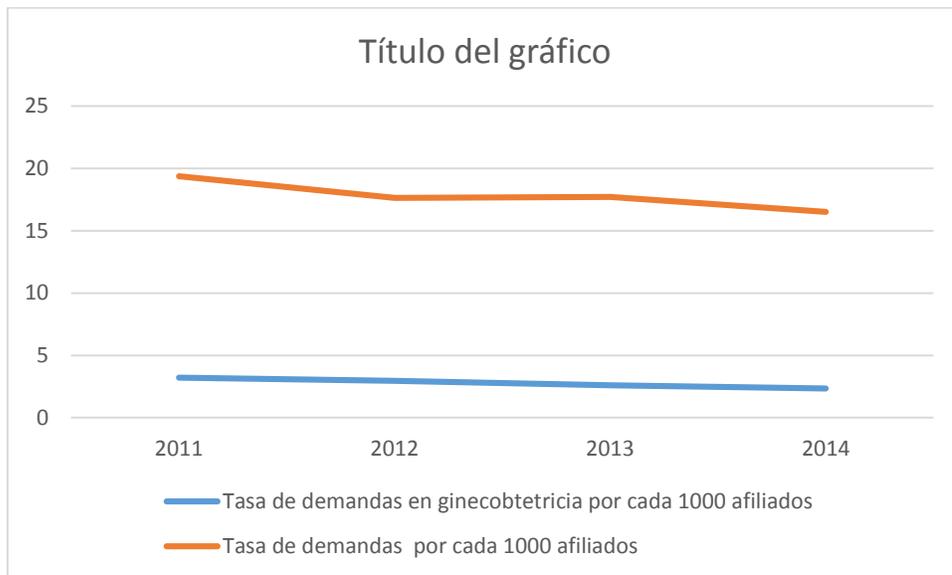
Durante los 4 años se observa una disminución progresiva en el total de demandas; sin embargo, el porcentaje de demandas en ginecoobstetricia con respecto a las demandas generales se mantuvo estable entre 14 y 16%

TIPO DE PROCESO	2011	2012	2013	2014	Total
DEMANDAS EN GINECOBSTETRICIA	171	162	144	131	608
DEMANDAS TOTALES	1036	967	982	924	3909
% DEMANDAS EN GINECOBSTETRICIA	16,5%	16,8%	14,7%	14,2%	15,6%



TASA DE DEMANDAS

AFILIADOS ACTIVOS	53480	54808	55437	55912
Tasa de demandas en ginecobstetricia por cada 1000 afiliados	3,20	2,96	2,60	2,34
Tasa de demandas por cada 1000 afiliados	19,37	17,64	17,71	16,53



8. DISCUSIÓN

En los cuatro años del estudio (2011-2014) se observó una disminución de 7% en el número de demandas por actos médicos en Gineco-Obstetricia en todo el país y aunque hubo un aumento en el número de afiliados activos a FEPASDE durante estos cuatro años podría esperarse una tendencia similar en la demandas, pero no fue así.

En este estudio no fue posible conocer las causas de las demandas que se recibieron por actos médicos en Gineco-Obstetricia, lo cual impidió saber por qué hubo disminución en las mismas, pero podría inferirse que la disminución en el número de demandas pudo deberse a que cada día los gineco-obstetras son más conscientes de las implicaciones legales que tiene el ejercicio de esta especialidad y se actúa con mayor diligencia y cuidado tratando de evitar complicaciones, cada día se buscan y adecuan estrategias para implementar medidas para maternidad segura, se hacen protocolo de manejo para embarazada de alto riesgo, se entrena al personal auxiliar en el manejo de la embarazada y en la detección precoz de signos de alarma, esto puede explicar la disminución en el número de demandas y es un dato que llama la atención porque la apreciación subjetiva en el medio es que cada día hay más demandas en gineco-obstetricia.

Como era de esperarse, las regionales con mayor número de afiliados tuvieron el mayor número de demandas por actos médicos en Gineco-Obstetricia, pero al hacer el análisis teniendo en cuenta las tasas el mayor número de demandas se presenta en regionales que son más pequeñas, esto puede explicarse porque hay menos recurso médico, menor infraestructura de salud, menos acceso a los servicios de salud; factores estos que hacen que la embarazada esté en mayor situación de vulnerabilidad y con mayor riesgo de un resultado adverso para ella o el feto.

Es muy llamativo el número de investigaciones desde el punto de vista ético, mayor que las demandas de tipo civil; sin embargo, el análisis de este

comportamiento se sale de los límites de este estudio puesto que no se pudo conocer las causas de las demandas.

Se debería ahondar en estos resultados conociendo las causas de estas quejas disciplinarias, porque se tomarían medidas para evitar demandas de tipo civil o penal mejorando aspectos técnicos del ejercicio de la Gineco-Obstetricia; pero qué se está haciendo desde el punto de vista ético?

En el período de tiempo revisado hubo una disminución en el número total de demandas; sin embargo, el número de litigios en gineco-obstetricia no tuvo una disminución significativa respecto a todas las demandas, es por esto que se sigue considerando la gineco-obstetricia una de las especialidades más atacadas judicialmente y se debe seguir encaminando los esfuerzos para disminuir estas demandas, buscando mejorar las condiciones de la atención materno-fetal y haciendo el trabajo del Gineco-obstetra más reconfortante.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Vitolo F. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos en obstetricia. Bibliotheca Virtual NOBLE Abril 2009
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Professional liability and its effects: Report of a 1992 survey of ACOG's membership. Washington DC: ACOG 1992.
3. Sanderson, M. Clinical Risk, Vol 4 N° 2. March 1998. P. 35-36
4. Rev. Estrategas. Especialidades más demandadas. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Junio 1998.
5. Fondo de Resguardo Profesional. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito III. Manual de Prevención del Riesgo Médico Legal. Capítulo 1. Aspectos Médico- Legales.
6. FEPASDE, L. O.-S. (29 de 03 de 2012). Estrategia de internacionalizacion del FEPASDE. (E. D. Mauricio, Entrevistador)
7. Casos de asesorías técnico-científicas. SCARE-FEPASDE. División técnico científica. 1998-2003
8. Márquez, J. División Científica SCARE, volumen XIX, número 2 año 2005
9. Salazar A. Corte Suprema de Justicia-Sala Civil. Junio 2015. Expediente No. 11001
10. Solarte A. Corte Suprema de Justicia-Sala Civil. Noviembre 2011. Expediente No. 76001
11. Carrillo JM. Consejo de Estado. 2002 enero 24. Expediente No. 12706
12. Suárez D. Consejo de Estado. 1998 febrero 19. Expediente No. 11802
13. Uribe JC. Consejo de Estado. 1993 junio 8.

14. Villanueva Marcos JL. La ética de la Medicina. Ser médico. Los valores de una profesión. Madrid: Unión Editorial; 2012
15. 14-17 Civ y admin - La responsabilidad civil medica.pdf [Internet]. [citado 6 de julio de 2014]. Recuperado a partir de:
<http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2012/No%201/1417%20Civ%20y%20admin%20-%20La%20responsabilidad%20civil%20medica.pdf>
- 16 Pujol-Robinat A, Martin-Fumadó C, Giménez-Pérez D, Medallo-Muñiz J. Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. Rev Esp Med Leg. octubre de 2013;39(4):135-41.
17. Perea-Pérez B, Santiago-Saéz A, Labajo-González ME, Albarrán-Juan ME, Dorado-Fernández E, García-Martín Á. El médico ante los tribunales: análisis de las sentencias judiciales relacionadas con la responsabilidad profesional médica en España. Rev Esp Med Leg. octubre de 2013;39(4):130-4.
18. eserv.php [Internet]. [citado 6 de julio de 2014]. Recuperado a partir de: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500642&dsID=n6_9_Sociolog__a_de_las_profesiones_sanitarias.pdf
19. Álvarez González F, Hidalgo Salvador E, Sánchez del Castillo D, García Pérez H. Estudio retrospectivo de las denuncias por malpraxis médica en la provincia de Málaga. Cuad Med Forense. enero de 2007;(47):9-19.
20. Caridad G, Antonio J. La responsabilidad civil del médico. 1999 [citado 5 de julio de 2014]; Recuperado a partir de: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/10744>
21. Responsabilidad civil de los medicos.pdf [Internet]. [citado 6 de julio de 2014]. Recuperado a partir de:
<http://www.derechoycambiosocial.com/revista021/responsabilidad%20civil%20de%20los%20medicos.pdf>
22. Jiménez V, Andrea G. Responsabilidad penal sanitaria: problemas específicos en torno a la imprudencia médica. 11 de enero de 2013 [citado 5 de julio de 2014]; Recuperado a partir de: <http://buleria.unileon.es/xmlui/handle/10612/2217>
23. Chacón P. Antonio J. Fundamentos de Responsabilidad Médica. Reimpresión 2004
24. Praxis Médica. Año V-No XXIV
25. Vásquez F. Roberto. Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Segunda edición. 2002.

26. López M. Marcelo. Tratado de responsabilidad médica. Responsabilidad civil, penal y hospitalaria. Primera edición. 2007

27. El informe BELMONT principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. U.S.A. abril 18 de 1979