

Valoración del daño corporal en medicina general: Revisión  
documental de casos y demandas en el ejercicio de la  
medicina en Colombia.

---

POR:

Andrés Londoño Ospina

Juan José Miranda Duarte

Docente asesor:

León Mario Toro Cortés

Especialización en valoración del daño corporal – cohorte 13

Posgrado de salud pública

Universidad CES

Medellín – Colombia

2020

## Contenido

---

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	3
2.1. Planteamiento del problema .....	3
2.2. Justificación .....	4
2.3. Pregunta del problema .....	6
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	6
3.1. Marco conceptual .....	6
3.1.1. Definición de daño corporal .....	6
3.1.2. Conceptos jurídicos en responsabilidad médica .....	7
3.2. Marco Legal .....	16
3.3 Marco Histórico .....	21
3.4 Marco contextual .....	23
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	24
4.1 Objetivo general .....	24
4.2 Objetivos específicos .....	25
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	25
5.1 Tipo de investigación .....	25
5.2 Variables de estudio .....	25
5.3 Fuente de Datos.....	25
5.3 Recolección de datos.....	27
<b>6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	27
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	37
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	38

## 1. INTRODUCCIÓN

---

En cualquier territorio la atención médica supone un riesgo desde muchos puntos de vista, no solo desde la complejidad científica teórica y práctica que implica su naturaleza, sino también un riesgo legal, ya que siendo la salud mental y física de una persona su fin, también se pueden incurrir en daños a los pacientes atendidos.

Lo anterior ha producido múltiples debates en diferentes campos de la salud, generando juicios de valor desde diferentes áreas sociales, políticas, religiosas y legales entre las principales, específicamente en el ámbito legal donde más evolucionan casos de salud en relación a situaciones presentadas en la atención médica en pacientes por emergencia, cirugía o consulta.

En efecto, las bases legales que amparan a los profesionales de la salud, dejan un espacio para generar juicios por la praxis médica. Sin embargo, al pasar de modelos médicos paternalistas con tendencia absolutista, a modelos interactivos que incluyen la intervención del paciente y su familia, sumado a la amplia disponibilidad de información a la que los pacientes tienen acceso gracias a la tecnología y sus aplicaciones.

Por lo tanto, al valorar el acto médico por desconocimiento y en muchas ocasiones de forma errónea y mal enfocada, los pacientes son mal informados y estos generan demandas por fallas en la atención médica, desde cualquier contexto que se considere vulnerado.

Ante lo planteado, la siguiente monografía abordará el tema sobre la valoración del daño corporal en medicina general a través de una revisión documental de casos y demandas en medicina general, tomados del Centro de Estudios en Derecho y Salud- CENDES como perito, en el ejercicio auxiliar de la justicia en Colombia.

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

---

### 2.1. Planteamiento del problema.

Desde la creación e implementación del nuevo sistema general de seguridad y social en salud (SGSSS) sustentado en la Ley 100 de 1993 la cual busca cubrir los gastos de salud a toda la población del territorio colombiano, sucede una masificación de los servicios de salud que imponen una carga de atención de usuarios mucho mayor a las instituciones prestadoras y por consiguiente a sus médicos generales como primera línea en la atención.

No obstante, las fallas médicas se empiezan a hacer cada vez más frecuentes, con diferentes consecuencias para los implicados y que al final terminan afectando vidas de forma individual o todo un sistema completo que día a día colapsa desde varios aspectos, esto por múltiples causas tanto humanas como administrativas que llevan, entre muchas otras cosas, a demandas civiles o lo que es más grave, de carácter penal, siendo el área de medicina general la más demandada (1).

En efecto, esta situación de los profesionales de la salud, los enfrenta a conflictos en áreas desconocidas para ellos generando miedo, ansiedad y gran incertidumbre acerca de las consecuencias legales de sus actos, se observa entonces una afectación importante del acto médico y el sistema de salud desde varios niveles de atención ocasionando inconformidad entre los involucrados a nivel organizacional.

Por otro lado, los pacientes ante la sensación de baja calidad de la atención y en especial de los médicos en quienes se fragmentan los principios más fundamentales de la profesión como son su ética profesional que es lo que sostiene casi de forma imperante la calidad en salud existente y su vocación de servicio que parece sobreponerse a su propia calidad de vida y a su salud física y mental.

Estas situaciones se han trabajado múltiples veces y llevadas a ámbitos de diferentes complejidades tanto éticas, jurídicas y personales, líneas de evaluación que hasta la fecha ofrecen soluciones parciales que son finitas en el tiempo, dado el cambiante panorama de la salud en nuestro medio y la creciente demanda del servicio.

Las intervenciones en salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, sin embargo, es evidente que en la prestación de servicios de salud existen altas probabilidades de que se produzcan daños, debido a que la actividad médica implica intervenciones directas con seres humanos. Dichos daños a la salud pueden deberse a problemas en las prácticas, los insumos, la tecnología o los procedimientos, todos ellos elementos de un sistema.

Culpar a alguien en particular cuando un error ocurre, no ayuda a hacer el sistema más seguro ni a prevenir que alguien más cometa el mismo error en el futuro, aun así, el paciente o su familia podrían instaurar una demanda en contra de los médicos o las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando creen que sus derechos han sido vulnerados o consideran que se presentaron fallas en la prestación de un servicio.

Los eventos adversos están relacionados con las primeras causas de demandas por responsabilidad médica y por lo tanto es importante analizar los dictámenes otorgados por el CENDES, con el fin de caracterizar los casos enfocados a la medicina general, evaluar las variables encontradas, mostrar una tendencia a través del tiempo y ampliar el panorama para los profesionales de la salud, respecto a las principales causas de las reclamaciones médico legales.

## 2.2 Justificación.

El presente estudio justifica su importancia desde el ámbito social en la atención de salud, por lo tanto, al plantear el problema e identificar las fallas en la práctica médica que se presentan en las instituciones de servicios de salud, se hace necesario crear fundamentos que permitan a médicos, administrativos e instancias legales tomar medidas preventivas, en la búsqueda de minimizar o

evitar daños a los pacientes o usuarios, logrando fortalecer la economía y sostenibilidad del sistema de salud.

Desde el ámbito teórico, este trabajo ofrece al médico general una herramienta de consulta que oriente al profesional de forma normativa y que pueda ayudarlo a simplificar un mundo que le genera temor por el desconocimiento hacia él y al mismo tiempo llevar a su práctica diaria estrategias que le permitan evitar un desenlace jurídico de su práctica profesional.

Así mismo, busca beneficiar diferentes niveles del sistema de atención en salud, empezando por su interacción más básica que es la relación médico-paciente, esto fortaleciendo el conocimiento normativo en los profesionales, donde el médico tenga la posibilidad de un acceso simple a las bases de la responsabilidad médica sin ahondar en conceptos jurídicos complejos.

No se pueden desconocer los aspectos legales, permitiendo así mediante el conocimiento, minimizar la incertidumbre, aplicar lo leído a su práctica clínica anticipando eventos susceptibles de ser demandados, pero no con el fin de evadir o salvar su responsabilidad con el paciente, sino con el fin de invitarlo a una preparación más profunda del estado del arte de las patologías o procedimientos que se pretenden describir en la monografía.

Lo anterior puede traducirse en ofrecer una atención más segura a los pacientes, atendiendo al fundamento más arraigado de su profesión que es la de no dañar, y al mismo tiempo afianzando su propio discurso, al introducirlo someramente en materia legal, que si bien no es el objetivo de su saber, debido a la transformación que ha sufrido la atención en salud en los últimos años lo obliga a adquirir habilidades en otros campos, todo con miras a proteger su patrimonio, su vida, su bienestar y que en últimas se verá reflejado en el binomio interactivo que se pretende proteger.

Por otro lado, a nivel administrativo y agrupando en este término a empleadores, coordinadores, líderes, EPSs, IPSs o cualquiera que estuviese encargado de la parte organizacional de la prestación, también se puede lograr un impacto

benéfico, ya que puede expandir su visión y generarles inquietudes para promover protocolos de atención institucionales que ayuden a prevenir demandas.

Finalmente, a nivel del sistema de salud en general el beneficio se logrará solo en la medida en que los niveles más básicos apliquen el conocimiento contenido en el trabajo, que será un reflejo indirecto pero podrá demostrarse a largo plazo en una reducción de los litigios por demandas en salud, en fallos negativos en contra del mismo personal y en reducir el tiempo empleado por jueces y abogados en resolver casos de responsabilidad médica los cuales, con una práctica bien llevada con bases éticas y sustento teórico adecuado, deberían ser inexistentes.

### 2.3. Pregunta del problema

¿Se evidenciarán fallas médicas en los casos radicados en el CENDES asociados a la valoración del daño corporal en el ejercicio de la medicina general en Colombia en el periodo de tiempo comprendido entre 2015 y 2019?

## 3. MARCO TEÓRICO.

---

### 3.1. Marco conceptual

#### 3.1.1. Definición de daño corporal

Pueden existir múltiples definiciones del concepto de daño corporal dependiendo del ámbito en que se desea definir, en el ámbito médico es un concepto que ha cobrado importancia a través de los años con la modificación al sistema de salud no solo de nuestro país sino las adaptaciones y cambios que se han requerido a nivel global, una definición válida de daño corporal sería cualquier alteración somática o psíquica que perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, tanto en lo orgánico como en lo funcional, incluyendo cualquier merma de la integridad de la biología individual, con independencia de sus repercusiones prácticas en uno o más campos de la actividad humana (2)

### 3.1.2. Conceptos jurídicos en responsabilidad médica

Hay muchos tratados de principios jurídicos en responsabilidad médica, sin embargo, suele existir mucha incertidumbre en la comunidad de los galenos, ya que no hay una aplicación de los fundamentos jurídicos en el ejercicio de la medicina y se refleja en actos que conllevan a demandas. Frecuentemente los profesionales de la salud en este caso los médicos, no alcanzan a fortalecer las asignaturas jurídicas médico-legales lo cual es un punto de partida relevante para entender debidamente todos los protocolos y blindarnos en los ámbitos del ejercicio profesional. En este trabajo se procura integrar conocimientos de la ciencia médica y los concernientes a la responsabilidad jurídica, trayendo conceptos simples que se usan en el campo médico-legal.

El acto médico se refiere a lo que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (Ética Médica Individual) y a la sociedad (Ética Médica Social). Los actos que se lleven a cabo en función de su vida privada, no profesional, caerán en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona. Es toda acción o disposición que el médico realiza en el ejercicio de su profesión, en el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como las que se deriven directamente de éstos. (3)

Las características del acto médico son: a) la profesionalidad, sólo ejecutable por el profesional médico; sujeto a las normas de excelencia profesional vigentes (lex artis ad hoc), teniendo en cuenta el desarrollo científico, complejidad del acto médico, disponibilidad de equipo y medios de trabajo, y las circunstancias específicas de la enfermedad del paciente; b) Beneficencia: búsqueda del bien del paciente. No maleficencia (primum non nocere), obligación de no producir daño; prevenir el daño; eliminar lo que está haciendo daño y promover lo que hace bien al paciente. (3)

La Ética Médica es una disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios y conscientes. La ética médica orienta la

conducta de los médicos hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia.  
(3)

## **RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL MÉDICO**

Es la obligación que tienen los médicos de reparar o satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones, y errores dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión; el enfoque del tema desde el punto de vista médico-legal se describe con el siguiente esquema: el actor es un médico con diploma y título habilitado; el acto es el accionar médico, quirúrgico, entre otros.

También, el elemento objetivo es el daño en el cuerpo o en la salud, desde una lesión hasta la muerte; el elemento subjetivo es la culpa por impericia, imprudencia, negligencia, inobservancia de normas y reglamentos; y la relación de causalidad entre el acto médico y el daño, debe ser una línea directa sin ninguna interferencia.

Es decir, el médico que en el curso del tratamiento ocasiona, por culpa, un perjuicio al paciente, debe repararlo y tal responsabilidad tiene un presupuesto en los principios generales de la responsabilidad, según los cuales todo hecho o acto realizado con discernimiento (capacidad), intención (voluntad) y libertad, genera obligaciones para su autor en la medida en que se provoque un daño a otra persona.  
(3)

## **PRINCIPIOS ÉTICOS DEL ACTO MÉDICO**

Los principios del acto médico son: la *Beneficencia* o búsqueda del bien del paciente; la *no maleficencia* (*primum non nocere*), obligación de no producir daño, prevenir el daño, eliminar lo que está haciendo daño y promover lo que hace bien al paciente; la *autonomía* que es el respeto por las decisiones del paciente informado, que tiene derecho a decidir sobre sí mismo, de acuerdo a su proyecto de vida personal y código de valores; la *justicia* es que todas las personas deben ser tratadas por igual; nadie debe ser discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social. (3)

## **MALA PRAXIS MÉDICA**

Se define como la omisión por parte del médico, de prestar apropiadamente los servicios a los que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado cierto perjuicio a éste; o también cuando el médico a través de un acto propio de su actividad, y en relación causal y con culpa produce un daño determinado en la salud de un individuo, o sea que el accionar del médico produce daño no justificable. Por omisión, el profesional no cumple con el deber al que está obligado lo que puede ocasionar daño al paciente y por comisión, efectuar una acción que está prohibida por la norma. (3)

## **TIPOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA**

1. Responsabilidad civil, en la que se obliga la indemnización de los daños y perjuicios. Si se daña se debe reparar, afecta al patrimonio. (3)
2. 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, multa, suspensión del ejercicio profesional, inhabilitación de funciones públicas). (3)
3. Administrativa: a) no tiene nada que ver con las dos anteriores responsabilidades, b) la pena que se aplica es el apercibimiento o la inhabilitación, es la responsabilidad de servidores públicos. (3)

De acuerdo a la técnica jurídica:

- Responsabilidad objetiva: Es la que surge del resultado dañoso, no esperado, que el accionar del médico puede provocar, independientemente de la culpa que le cabe.
- Responsabilidad subjetiva: es la que surge de la subjetividad del médico, puesta al servicio de una determinada acción penada por ley, (por ejemplo, abortos, certificados falsos, violación del secreto profesional).

- Responsabilidad Contractual: Es la que surge de un contrato, no necesariamente debe ser escrito (puede ser tácito o consensual), y cuyo incumplimiento puede dar lugar a la acción legal.
- Responsabilidad Extracontractual: Es la que no surge de contrato previo. Su aplicación en el campo médico es excepcional, por ejemplo, asistencia médica, interconsulta por su estado de inconsciencia (TEC, shock), o por alienación mental. (3)

### **OTROS CONCEPTOS JURIDICOS QUE SE USAN EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA.**

- **Causalidad:** Para ser incriminado judicialmente debe existir una relación causa-efecto (médico-daño/muerte) que debe ser directa, próxima y principal del resultado.
- **Culpa médica:** La culpa es un defecto de la conducta debida, de la voluntad o del intelecto, positiva o negativa (comisión u omisión), para evitar o prever un daño; incumpléndose obligaciones y deberes preexistentes que causan un daño a otro y que la ley ordena la reparación, se considera a la culpa médica como una infracción a una obligación preexistente, fijada por la ley o el contrato.  
Falta necesariamente la intención de dañar, pero hay una falta de idoneidad, negligencia, desidia, impericia, falta de precaución o de diligencia, descuido o imprudencia, que produce perjuicio a otro o que frustra el incumplimiento de una obligación, y debe ser imputada a quien la causa. El acto médico no se hizo con intención de daño, pero éste se produjo por falta de previsión para evitar el daño: negligencia, impericia o imprudencia, iatrogenia o mala conducta profesional.
- **Dolo:** Hay intención deliberada, es decir, cuando la previsión del resultado como seguro, no detiene al autor.

- **Caso Fortuito:** Los hechos son extraños al hombre, ocurren por azar, es decir, es una consecuencia extraordinaria o excepcional de la acción. El médico no ha previsto el resultado porque éste no era previsible, por lo tanto, no puede serle imputado. (3)

## **EVENTOS QUE EXONERAN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA AUN CON DAÑO EXISTENTE.**

- Por estado de necesidad: cuando se causa un mal menor tratando de evitar un mal mayor.
- Por "con causa": respuestas anormales a un tratamiento ligadas a factores del propio paciente.
- Por falibilidad o por error médico: surge por el riesgo de equivocarse como ser humano ("errare humanum est"). Imponderables que surgen a pesar del cuidado médico.
- Pseudoiatrogenia: aquellas que procuran obtener un beneficio secundario a costa del acto médico y/o del propio médico. (3)

## **FORMAS DE CULPA MÉDICA**

El ordenamiento jurídico impone al médico la obligación de responder por las consecuencias dañosas de su actividad profesional. Se refiere al comportamiento (actuación) profesional del Médico y Paramédico. Comprende:

- **Impericia:** Es la falta total o parcial, de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en el ejercicio de la medicina. La impericia puede ser: a) De origen: Es cuando nunca lo aprendió, b) De olvido: es cuando se aprendió, se aplicó y luego se olvidó y c) De practica: es cuando solo se sabe la teoría. En síntesis, la impericia es: incompetencia, ineptitud, inhabilidad, inexperiencia, insuficiencia, falta de conocimientos, falta de experiencia. (3)

- **Imprudencia:** 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; es o implica una conducta peligrosa. Es enfrentar un riesgo o peligro sin necesidad. El sujeto obra precipitadamente, sin prever las consecuencias en las que podía desembocar el obrar irreflexivo. Se hace más de lo que se debe (Sobre medicación, Sobredosificación). (3)
  
- **Negligencia:** Se define como el incumplimiento de los principios de la profesión. Lo que se debe hacer no se hace o sabiendo lo que no se debe hacer lo hace, 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. (3)
  
- **Iatrogenia:** Es el daño en el cuerpo o en la salud del paciente, causado por el médico a través de sus acciones profesionales, conductas o medios diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, psicoterapéuticos, etc., y que este daño o resultado indeseado no le es imputable jurídicamente, es decir, la iatrogenia es el resultado nocivo que no deriva de la voluntad o culpa del médico en la producción del daño, sino es producto de un hecho imprevisto (o mejor imprevisible) que escapa a toda posibilidad de ser evitado por los medios habituales o normales de cuidado individual o colectivo.
  
- La iatrogenia con algún perjuicio para el paciente es frecuente y lamentablemente inevitable. Pretender que no ocurre es olvidar la condición humana del médico siempre expuesto, en virtud de diversos factores, a la falibilidad de sus acciones. (3)

- **Inobservancia de reglamentos:** Es la omisión al cumplimiento de los principios éticos y preceptos legales de observancia obligatoria en el ejercicio profesional. (3)

## **FINALIDAD E IMPORTANCIA MÉDICO LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA**

El ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias, tanto en la medicina institucionalizada como en la privada, está basada en la relación médico-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos. (3)

Dentro del contexto médico legal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, etc., convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones públicas. La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la atención médica. (3)

## **CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

- **Confidencialidad:** El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. (3)
- **Disponibilidad:** Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.
- **Única:** La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión.

- Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente legible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.
- Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.
- Coetaneidad de registros: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.
- Completa: Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial; así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.
- Identificación del profesional: Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.(3)

## **CAMBIOS POLÍTICOS Y CULTURALES EN EL ÁREA DE SALUD**

Históricamente, se han realizado mejoras para el bienestar de la salud en relación con la práctica médica, alguien se preguntó ¿qué médicos necesitamos, para qué? Por lo tanto, se ha sufrido diferentes cambios políticos, sociales, económicos y culturales a través del tiempo, muchos de los cuales han quedado inconclusos debido a que el nuevo cambio había sido superpuesto sin dar tiempo a nada ni a nadie a adaptarse y evolucionar. (4-5)

Por su parte, los elementos sustantivos de los sistemas de salud y las modificaciones requeridas según la intencionalidad que se patentizó con la renovación de la atención primaria de salud (APS) y que muy probablemente lo

previó también Colombia al introducir esta estrategia, de nuevo, en la última legislación de la reforma sectorial (Ley 1438 de 2011). (6)

Al respecto se propone en la Organización Panamericana de la Salud, para la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles de salud para toda la población (7-8). En concordancia, los profesionales de la salud deberían en todo caso estar proclives con su práctica sanitaria a establecer sinergias que puedan contribuir al logro de este propósito.

Es necesario que los médicos cumplan sus funciones, asuman el rol que les corresponde y reciban la capacitación para ejercer dicha práctica. También se parte de las numerosas interpretaciones que se han dado de la atención primaria de salud, concluyendo que cada país decide en última instancia cuál será la modalidad que más le conviene para proporcionar los servicios de salud a la población. (9-10)

Por otro lado, para fortalecer la atención del ciudadano, se hace necesario que, en el campo del talento humano, las soluciones estén enfocadas en la capacitación del equipo de salud de forma pertinente y oportuna, visionando más allá del bienestar, para lograr la universalidad con equidad (propósito innegable del sistema). Es imprescindible contar con personal de salud suficiente, distribuido equitativamente, calificado y motivado. “Resolver esta ecuación es uno de los mayores desafíos para lograr los objetivos de universalidad y equidad en salud”. (11)

En líneas generales, la salud pública es un problema estructural que va más allá de la capacitación y del imperio de las leyes del mercado, es decir, las relaciones oferta y demanda de recursos. Por lo tanto, las anteriores afirmaciones no se distancian mucho del marco general que se ha propuesto en la normativa del sistema de salud colombiano. (12)

Al respecto, se argumenta a partir de algunas preguntas, sobre cuál es el papel de los profesionales de la salud en el sistema y cuál es el rol que deben jugar en la atención primaria y en la organización de los servicios de salud. Se particulariza en el sistema de salud colombiano y se hace énfasis en el cambio que se requiere del médico general, históricamente más ligado a la clínica y al hegemonismo del modelo biomédico. (12-13)

Finalmente, se expone que la medicina es una de las profesiones fundamentales para la supervivencia de todas las sociedades civilizadas. Sin duda, en el ejercicio de la acción médica, algunas veces los procedimientos no resultan según lo previsto, ocasionando sucesos desventurados en la salud del paciente. (14)

### 32 Marco Legal

Lo que da origen a la medicina que hoy conocemos, de fuertes raíces religiosas, era la visión de la España católica aun con rezagos medievales importantes. Los indígenas tenían costumbres curativas y hacían tratamientos quirúrgicos empíricos, de cierto grado de complejidad, sin embargo, había en todas ellas la limitación del conocimiento.

En la cultura indígena, el bienestar y el malestar eran el resultado de la lucha entre poderes que sólo serían percibidos por el chamán, quien contaría con capacidades innatas, sumadas a conocimientos adquiridos. El chamán actuaba dentro de un estado alterado de conciencia, bajo el efecto de plantas alucinógenas con el propósito de controlar el mundo; pero si fallaba, era sancionado por la comunidad, que juzgaba que el problema era suyo.

En el período posterior a la independencia, la medicina en Colombia vive un marcado retraso a recibir los vientos de la ilustración europea desde el punto de vista técnico, pero sin perder la marcada influencia de la iglesia católica, puesto que, pese a la creciente secularización de la sociedad y el Estado, se consideró que los médicos respondían únicamente ante los juramentos éticos en su comportamiento.

A partir de la década de 1870 se gradúan los primeros médicos formados en Colombia, lo cual generó un debate sobre el ejercicio libre de la medicina a personas sin educación formal que había dominado el panorama nacional hasta la fecha. En la medida que los claustros universitarios en Colombia empiezan a formar médicos, las normas empiezan a aparecer en función de regular el ejercicio legal de la Medicina, a eso nos referimos a continuación (15):

### **Antecedentes normativos que regulan el ejercicio de la medicina en Colombia**

**Ley 19 de 1890:** Hace referencia amplia y específica de los delitos dónde los médicos y cirujanos aparecen como sujetos activos determinados, ubicados en el “Título sexto delitos contra la salud pública, capítulo primero de los médicos y cirujanos”:

“Art. 294. Si por impericia manifiesta, descuido o falta de la debida acuciosidad, causare algún mal grave, sufrirá prisión por uno a doce meses, sin perjuicio de cualquiera otra pena, si incurriere en caso que la tenga señalada”.

Este artículo es muy importante pues es la primera norma penal en Colombia que plantea de forma explícita la responsabilidad médica, reprochando el acto médico en los casos en que el profesional actúa con impericia, imprudencia y negligencia. (15)

**Decreto 592 de 1905:** Reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina en Colombia, plantea las condiciones de este ejercicio legal y establece las sanciones a quien sin cumplir las condiciones ejerzan la profesión. (15)

**Ley 83 de 1914:** Esta ley deroga el decreto 592 de 1905 y reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas, su texto es esencialmente el mismo para el caso de los médicos. (15)

**Ley 67 de 1935:** Se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina y cirugía. Se destaca en el artículo primero:

“El ejercicio de la profesión de médico, abogado, ingeniero y sus semejantes, constituye una función social. Los profesionales serán responsables civil y

penalmente, no solo por sus actos sino también por sus omisiones en el ejercicio profesional.” (Diario Oficial. Año. LXV. N. 21253. 28, noviembre, 1929. Pág. 1)

Conviene subrayar que con este artículo se ratifica que los médicos deben responder penalmente tanto por sus actos como por sus omisiones en el ejercicio profesional. (15)

**Decreto 2831 de 1954:** Primera norma regulatoria de la ética médica en Colombia, también denominado el “Código de Moral Médica”. La redacción del Código fue realizada y aprobada por la Asociación Nacional de Médicos Católicos Colombianos, tomando como base el Código Internacional de Ética Médica adoptado en la Tercera Asamblea de la Asociación Médica Mundial.

Además de la influencia católica, ya se encuentran planteamientos relacionados con los actos de impericia e imprudencia, elementos importantes en el análisis de los casos de judicialización del acto médico. (15)

**Ley 14 de 1962:** Modificó la competencia en materia de sanciones, respecto a la suspensión temporal y definitiva del ejercicio profesional de la medicina, asignándosela al Consejo Nacional de Profesionales Médicos y Auxiliares del Ministerio de Salud Pública. Adicionalmente es ésta la primera norma que impone el título universitario como requisito, aceptando a los que en el momento de la norma tenían licencias obtenidas mediante las normas anteriores, pese a que no hayan estudiado formalmente. (15)

**Ley 23 de 1981:** Deroga el “Código de Moral Médica”. Se dictan normas en materia de ética médica que deben regir el ejercicio de la medicina en Colombia. (15)

**Ley 10 de 1990:** Reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. (16)

**Ley 100 de 1993:** Se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. La finalidad es regular el servicio público y crear condiciones para acceder a todos los servicios de salud. (16)

**Resolución 5261 de 1994:** Se establece el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (16)

**Ley 1164 de 2007:** Se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud. (15)

**Ley 1122 de 2007:** Se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad mejorar la atención a los usuarios.

**Ley 1438 de 2011:** Reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene como objeto fortalecer al SGSSS en el marco de la estrategia de atención primaria, donde se brinden servicios de salud de mayor calidad, incluyente y equitativa. (16)

**Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud):** Regula el derecho fundamental a la Salud, basada en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población. (17)

**Resolución 0429 de 2016:** Por la cual se adopta la Política de atención Integral en Salud (PAIS). (16)

**Decreto 780 de 2016 o Decreto reglamentario único del sector salud y protección social:** En Colombia se han creado a través de los años diferentes normas que complementan y modifican el sistema de seguridad social y salud en Colombia, dada la extensión y cantidad de éstas, el presidente de la república a través del ministerio de salud y protección social crea el 06 de mayo de 2016 el decreto 780 de 2016 o decreto único en salud, con el fin de tener un instrumento jurídico simple y de consulta unificada, dicha norma ha sufrido múltiples modificaciones desde su creación, con 44 cambios hasta mayo del 2020. Estas son las principales características del decreto:

- El Decreto 780 de 2016 compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, con el objetivo de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único. (18)
- Este Decreto cuenta con un capítulo completo sobre las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, traslado y movilidad de EPS, portabilidad, e implementación de Sistema de Información Transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados. (18)
- Por otro lado, relaciona sobre aportes patronales, los planes de atención complementarios en el contributivo, los convenios entre EPS y Cajas de Compensación Familiar en la administración de los recursos del Régimen Subsidiado y su obligación en la contratación con Empresas Sociales del Estado. (18)
- Se concentra en el flujo financiero de los recursos en el Régimen Subsidiado, desde el origen de cada una de las fuentes que los financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población al servicio de salud. (18)
- Recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, orientado a mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. (18)

Las normas descritas, tanto precursoras como las actualmente vigentes, han establecido un marco ético y jurídico para el ejercicio de la medicina en Colombia,

sancionado a quienes realicen actividades ilegales y asegurando una regulación ética y jurídica clara.

### 3.3 Marco Histórico

La historia del daño corporal puede remontarse a la época antes de Cristo, donde numerosos autores consideran que esta historia se inicia con ley de Ur Nammu o tablas de Nippur (sumerias) considerada como el baremo o tabla de incapacidades más antiguo del mundo, siendo la reparación proporcional al valor perdido.

Uno de sus grandes logros fue la creación de un código de leyes, el Código de Ur-Nammu, basado en la reparación económica de los daños, que tenía como fin aunar los criterios legales de todo su territorio, y garantizar el buen funcionamiento de la economía. (20)

También existió en la antigua Mesopotamia el Rey Hammurabi quien escribe un código de leyes donde contempla temas tales como robos, saqueos, homicidios, lesiones corporales, raptos, problemas comerciales y esclavitud.

El código de Hammurabi establecido en el año 1760 AC, representa uno de los conjuntos de leyes más antiguos que se han encontrado y uno de los mejor conservados, que se originaron en la antigua Mesopotamia. Entre sus artículos se pueden encontrar sanciones al acto médico como: Artículo 210. Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia a un señor con una lanceta de bronce y ha causado la muerte del señor o la destrucción del ojo, se le amputará la mano. (20)

También existe registro en la religión con el antiguo testamento contemplado en la biblia, libro segundo de moisés, éxodo capítulo XXI donde contempla leyes para actos de violencia, particularmente en estos documentos existe el primer registro de resarcimiento del daño estético dada la necesidad de presentarse ante Dios con belleza espiritual. (20)

En todas estas culturas imperaba la Ley del Talión (“ojo por ojo, diente por diente”) como sistema para establecer la responsabilidad del culpable del daño. Hasta

aproximadamente el año 1000 a. C. no se contempló la indemnización como forma de resarcimiento del daño.(20) (21)

Masekhet Nezikin ("tratado de daños y perjuicios") donde se trataba la ley civil y criminal judaica, se escribió durante el Cautiverio de Babilonia, período que comenzó en el 607 a.C., y termina en el 537 a.C, importante destacar de este tratado que es el primer antecedente de una norma jurídica que trata sobre el "daño psíquico", ello es, lo que denomina "daño afectivo". Asimismo, también es el primer antecedente de la importancia del dolor y del desempleo. (20)

En la cultura griega hay un abandono progresivo de la Ley del Tali3n, se empieza a distinguir entre el da1o voluntario e involuntario y aparece la idea de indemnizar el da1o estético. En la 3poca romana se produce un importante desarrollo legislativo, destacando la Ley de las XII Tablas, la Lex Aquilea de Damno y el *Corpus Iuris Civilis* del emperador Justiniano.

La valoraci3n m3dica del da1o corporal aparece como tal en la historia en el siglo XVI. En esta 3poca, en Espa1a, aparecieron numerosos textos, c3digos o fueros, estableciendo normas para la reparaci3n del da1o, en muchos de los cuales se empieza a requerir de forma expl3cita la participaci3n pericial m3dica en los procedimientos jur3dicos (Fuero de Le3n 1017, Fuero de Sahag3n 1085, *Els Utsages* de Barcelona 1050, etc.).

En el Fuero Viejo de Castilla (1250) se crea el primer baremo espa1ol de indemnizaciones basado en el Fuero Juzgo (s. XIII). Durante la Edad Moderna, per3odo que abarca desde los Reyes Cat3licos hasta la Guerra de la Independencia, se actualizan, modernizan y recopilan numerosas normas jur3dicas. La *Constitutio Criminalis Carolina* del emperador Carlos V (1532) marca un hito hist3rico al situar EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL M3DICO EN LOS ASUNTOS JUR3DICOS. (21)

### 34 Marco contextual

Hay instituciones en Colombia que han recopilado datos y estudios, que demuestran que el área de salud más demandada es el servicio de medicina general, entre éstas tenemos el Centro de Estudios en Derecho y Salud CENDES, donde se describe el número de casos y porcentaje de demandas realizadas a los servicios de salud en el periodo comprendido entre el año 2005 y 2009 y se evidencia que los médicos generales obtuvieron 42 casos, equivalentes al 26% de todas las demandas registradas en este periodo, siendo este el mayor porcentaje. (1)

No obstante, comparado con el periodo del 2010 al 2014 con un número de casos de 135 que corresponden al 36.20%, se desataca una proyección sobre el aumento significativo de las demandas en el área de medicina general, donde las causales más frecuentes son: negligencia, impericia, imprudencia, violación de normas y fallas en el servicio. (1) (19).

Los tipos de lesión corporal encontrados en el periodo 2005 al 2009 fueron:

<b>Tipo de Lesión</b>	<b>Porcentaje</b>
MUERTE	44%
PERTURBACION FUNCIONAL	23%
INFECCION	9%
SECUELAS NEUROLOGICAS	8%
SECUELAS ESTETICAS	5%
SECUELAS MENTALES	3%
OTRAS	2%
AMPUTACION	2%
FRACTURAS	1%

Tabla 1. Tipos de lesión corporal 2005-2009

Los daños jurídicos derivados de estos daños corporales en el periodo del 2005 al 2009 en el CENDES fueron: Perjuicios morales, perjuicios materiales, alteración a la vida en relación y pérdida de la oportunidad.

Los tipos de lesión corporal encontrados durante el periodo 2010 al 2014 fueron:

<b>Tipo de Lesión</b>	<b>Porcentaje</b>
MUERTE	19%
PERTURBACION FUNCIONAL	43,5%
SECUELAS NEUROLOGICAS	11,5%
SECUELAS ESTETICAS	16,1%
SECUELAS MENTALES	4,5%

Tabla 2. Tipos de lesión corporal 2010 al 2014

Los daños jurídicos derivados de estos daños corporales en el periodo del 2010 al 2014 en el CENDES fueron: Perjuicios morales, lucro cesante, daño emergente, alteración a la vida en relación y pérdida de la oportunidad.

Estos datos reflejan una relación equilibrada que indican los derechos más resarcidos en los litigios de la responsabilidad médica, además las áreas de medicina general más comprometidas en estos estudios son los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa. (19)

## **4. OBJETIVOS**

---

### **4.1** Objetivo general

Evidenciar probables fallas médicas en los casos radicados en el CENDES asociados a la valoración del daño corporal en el ejercicio de la medicina general en Colombia en el periodo de tiempo comprendido entre 2015 y 2019

## 4.2 Objetivos específicos

- Realizar una revisión documental de las demandas en responsabilidad médica en el ejercicio de la medicina general en Colombia desde el año 2015 al 2019.
- Definir conceptos jurídicos en responsabilidad médica.
- Examinar la ley de ética médica como pilar fundamental en el acto médico.
- Describir las características de los litigios en demandas de atención en medicina general.
- Explicar el concepto de daño corporal en el ejercicio de la medicina general.

## 5. METODOLOGÍA

---

### 5.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, a través de una monografía descriptiva con método observacional, donde se realiza una revisión de casos y demandas asociadas a la valoración del daño corporal en el ejercicio de la medicina general en Colombia, tomados del CENDES

La investigación bibliográfica es una revisión documental y se relaciona con la búsqueda de información, recopilación, organización, valoración, y crítica sobre un tema específico, evitando así la dispersión de publicaciones o permitiendo la visión panorámica de un problema. (22)

### 5.2 Variables de estudio

Las variables que se tuvieron en cuenta para este estudio fueron las siguientes:

Año de presentación de la demanda, departamento, jurisdicción, tipo de aseguramiento, edad del demandante, género, nivel de complejidad en la atención, servicio de salud prestado, tipo de lesión, perjuicios y causal de culpa.

### 5.3 Fuente de Datos

En términos generales, los datos de investigación son recolectados, observados o creados para ser analizados y producir resultados de investigación originales.

En efecto, para este estudio se realiza una revisión de los expedientes contenidos en el Centro de Estudios en Derecho y Salud CENDES de la universidad CES, en el periodo de tiempo comprendido entre el año 2015 al 2019, que permitan analizar las variables contenidas en las demandas por responsabilidad médica en medicina general.

Adicional a esto se hace una revisión documental de fuentes secundarias de información a través de artículos relacionados con la temática sobre los casos y demandas por valoración del daño corporal en el ejercicio de la medicina en Colombia, utilizando fuentes confiables de información tales como; PubMed, Web of Science, Cochrane y Google Scholar, scielo, redalyc entre los principales a través del buscador de Google, además del uso de la herramienta de los operadores booleanos: AND, y OR.

### **Criterio de Elegibilidad de los Artículos.**

Teniendo en cuenta los casos y demandas asociadas a la valoración del daño corporal en el ejercicio de la medicina general en Colombia, se hace necesario realizar un análisis documental que permita describir de manera detallada los eventos de interés en torno al tema y se realizará mediante la revisión bibliográfica de la literatura de publicaciones originales.

### **Criterio de inclusión**

Los estudios y documentos considerados para esta revisión deben contener temas relacionados con los casos de demandas por responsabilidad médica en Colombia, proyectando así una extensión a los trabajos de investigación realizados por estudiantes egresados de la especialización de valoración de daño corporal, que actualmente se encuentran en los repositorios digitales de la Universidad CES y están avalados por el CENDES en materia académica.

Para la elección de los casos se tuvieron en cuenta todos los expedientes contenidos en el CENDES con solicitud de peritaje por responsabilidad médica en

el área de medicina general entre el año 2015 y 2019 y que albergaran todas las variables de estudio.

### **Criterio de exclusión**

Temáticas que no estén relacionadas con el tema de investigación.

### **5.3 Recolección de datos**

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

## **6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

---

El CENDES como auxiliar de la justicia puede realizar dictámenes periciales en ciencias de la salud: medicina, odontología, psicología, fisioterapia, enfermería, entre otras.

Las autoridades judiciales, los abogados litigantes, fiscales, las IPS, las EPS, las aseguradoras, y cualquier interesado, persona natural o jurídica, acuden al CENDES para solicitar servicios periciales en daño corporal y mental, pérdida de la capacidad laboral e invalidez, y conceptos en las distintas áreas clínicas.

Estos dictámenes periciales hacen referencia a los estados de salud como consecuencia de lesiones por causa externa o por supuestas actuaciones u omisiones en la atención de pacientes, así como las consecuencias de la afectación a la salud mental, tanto de la víctima directa como de sus familiares, que están involucrados como partes dentro de un proceso jurisdiccional. (23)

Para este trabajo se evaluaron 19 casos del CENDES que hacían referencia a las solicitudes de dictámenes de demandas ya establecidas únicamente en el área de medicina general en el periodo comprendido entre el año 2015 al 2019. Las variables analizadas se presentan a continuación:

## AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA DEMANDA

Se observa una tendencia variable en la presentación de las demandas instauradas por responsabilidad médica en el ámbito de la medicina general en los últimos 5 años, mostrando estabilidad en la presentación de las solicitudes en los años 2015 y 2016, un descenso en los años 2017 y 2019 y un aumento importante de casos en el año 2018. Ver tabla 1 y figura 1.

AÑO DE PRESENTACIÓN	FRECUENCIA
2015	4
2016	5
2017	1
2018	7
2019	2
<b>TOTAL</b>	19

Tabla 1. Año de presentación



Figura 1. Tendencia en la presentación de las demandas por responsabilidad médica en medicina general.

## DEPARTAMENTO

Las demandas en medicina general provienen principalmente del departamento de Antioquia con 13 casos, seguido de Risaralda con 4 casos y los Llanos y Norte de Santander con 1 caso respectivamente. Ver figura 2.

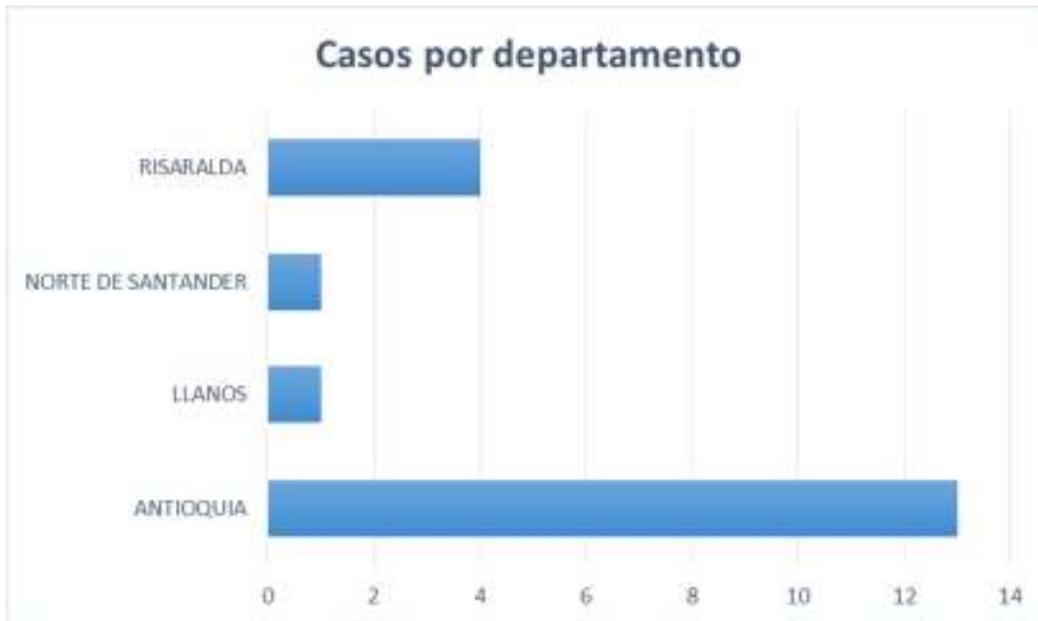


Figura 2. Casos por departamento

## JURISDICCIÓN

Se evidencia que la mayor proporción de las demandas en medicina general hacen parte de la jurisdicción de lo contencioso administrativo con un 79% para un total de 15 casos, seguida de la jurisdicción civil con un 21% correspondiente a 4 casos. En el periodo comprendido entre el año 2015 y 2019 no se presentaron procesos en la jurisdicción penal. Ver figura 3.



Figura 3. Jurisdicción

### ASEGURAMIENTO

El 53% de los demandantes hacen parte del régimen subsidiado, seguido por el régimen contributivo con un 37% y un 10% con afiliación particular. Ver figura 4.



Figura 4. Aseguramiento

## EDAD

Los demandantes son principalmente mayores de 60 años, seguidos por adultos entre 19 y 59 años y los menos afectados son niños y adolescentes. Ver figura 5.

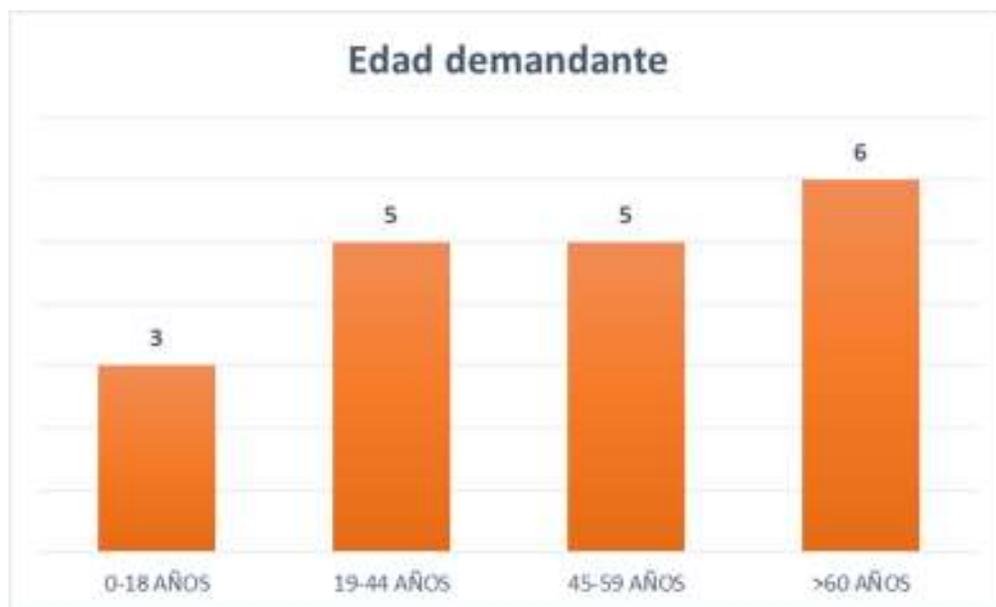


Figura 5. Edad del demandante

## GÉNERO

Se observa que los hombres tuvieron un mayor porcentaje de participación en las demandas con un 74% correspondiente a 14 casos y las mujeres ocupan un 26% con 5 casos. Ver figura 6.

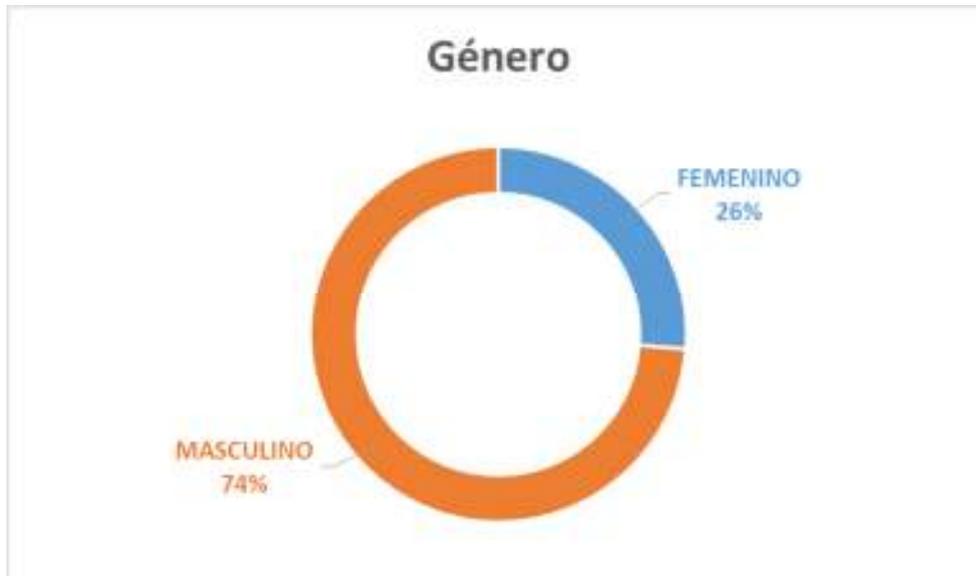


Figura 6. Género

### NIVEL DE COMPLEJIDAD

Se evidencia que la mayor cantidad de demandas se presentaron en el tercer nivel de atención para un total de 9 casos, correspondientes al 47%, seguido por el segundo nivel de atención con 6 casos correspondientes al 32%. Ver figura 7.

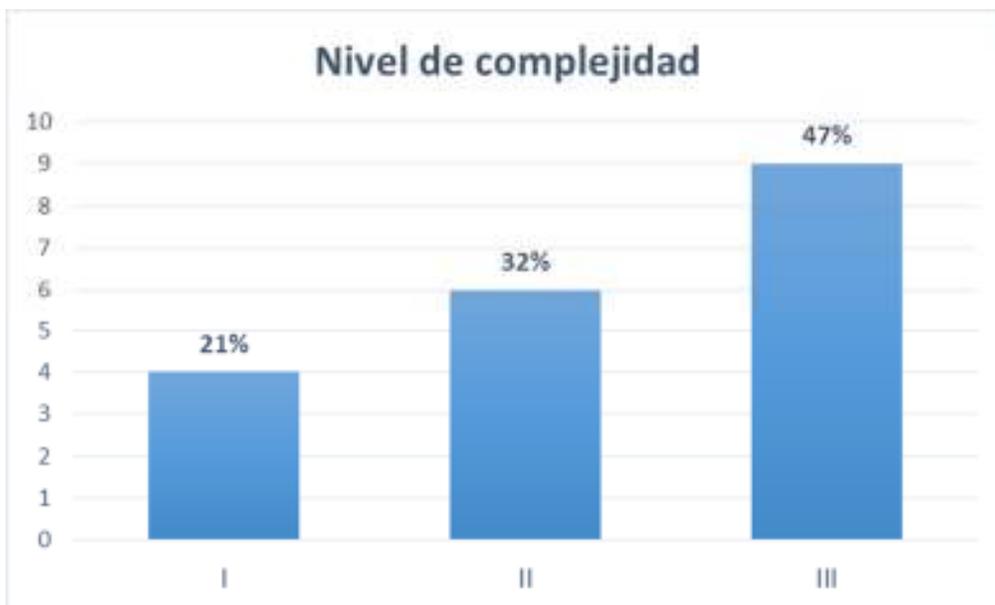


Figura 7. Nivel de complejidad

## SERVICIO

El servicio más demandado en el área de medicina general fue urgencias con 14 casos, correspondientes a un 74%, seguido por las unidades de cuidado intensivo con 4 casos correspondientes al 21% y hospitalización con 1 caso correspondiente al 5%. Ver figura 8.

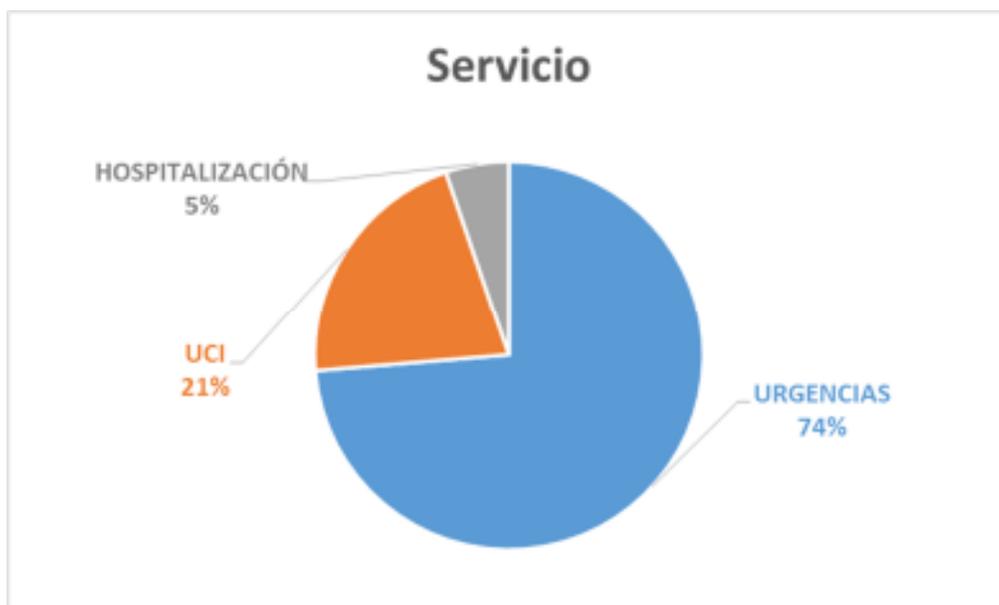


Figura 8. Servicio

## TIPO DE LESIÓN

Respecto al tipo de lesión, se encontró que la muerte es el evento que más genera demandas con un 68.5% en un total de 13 casos, seguido por la perturbación funcional en 6 casos con un 31.5%, las secuelas neurológicas en 4 casos con un 21%, las secuelas mentales en 2 casos con un 10.5% y las lesiones menos frecuentes son las estéticas presentadas en 1 caso que corresponde al 5%. Ver tabla 2 y figura 9.

TIPO DE LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUERTE	13	68.5%
PERTURBACIÓN FUNCIONAL	6	31.5%
SECUELA NEUROLÓGICA	4	21%
SECUELA MENTAL	2	10.5%
SECUELA ESTÉTICA	1	5%
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>19</b>	

Tabla 2. Tipo de lesión



Figura 9. Tipo de lesión

## PERJUICIOS

Se demandaron daños morales en el 100% de los casos, seguido por el lucro cesante en un 95%, el daño emergente en un 42%, la alteración de la vida en relación en un 21% y la pérdida de oportunidad en un 16%. Ver tabla 3 y figura 10.

PERJUICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MORALES	19	100%
LUCRO CESANTE	18	95%
DAÑO EMERGENTE	8	42%
ALTERACIÓN DE LA VIDA EN RELACIÓN	4	21%
PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD	3	16%
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>19</b>	

Tabla 3. Perjuicios

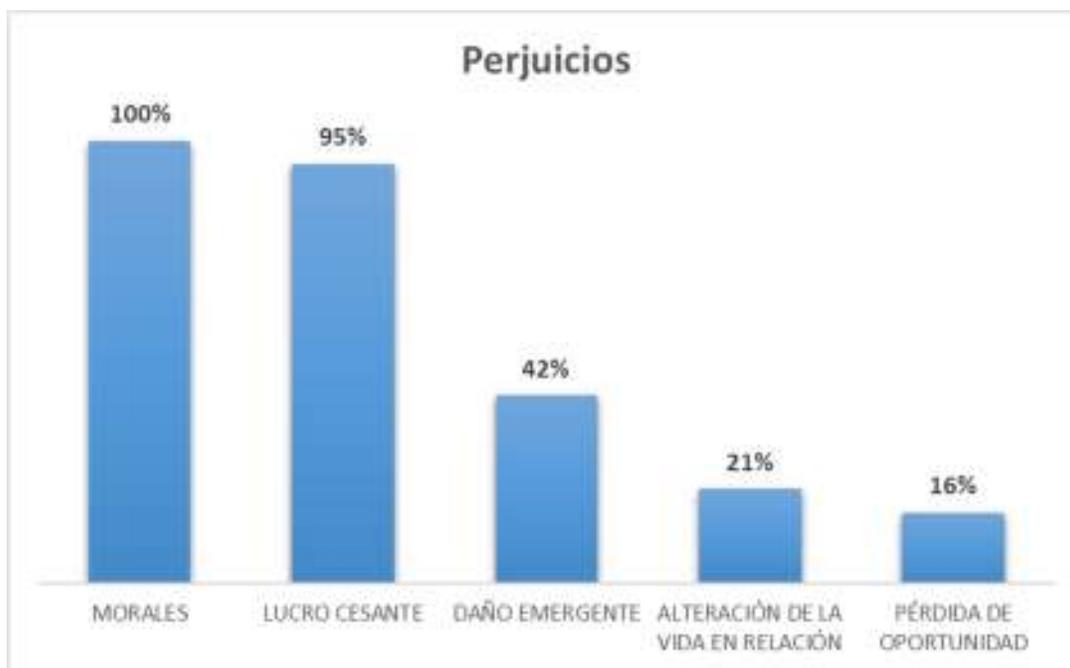


Figura 10. Perjuicios

### MODALIDAD DE CULPA

La modalidad más demandada fue la negligencia, presentada en 18 casos que corresponden a un 95%, seguida por la impericia en 5 casos correspondientes a un 26%. Ver tabla 4 y figura 11.

MODALIDAD DE CULPA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEGLIGENCIA	18	95%
IMPERICIA	5	26%
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>19</b>	

Tabla 4. Modalidad de culpa

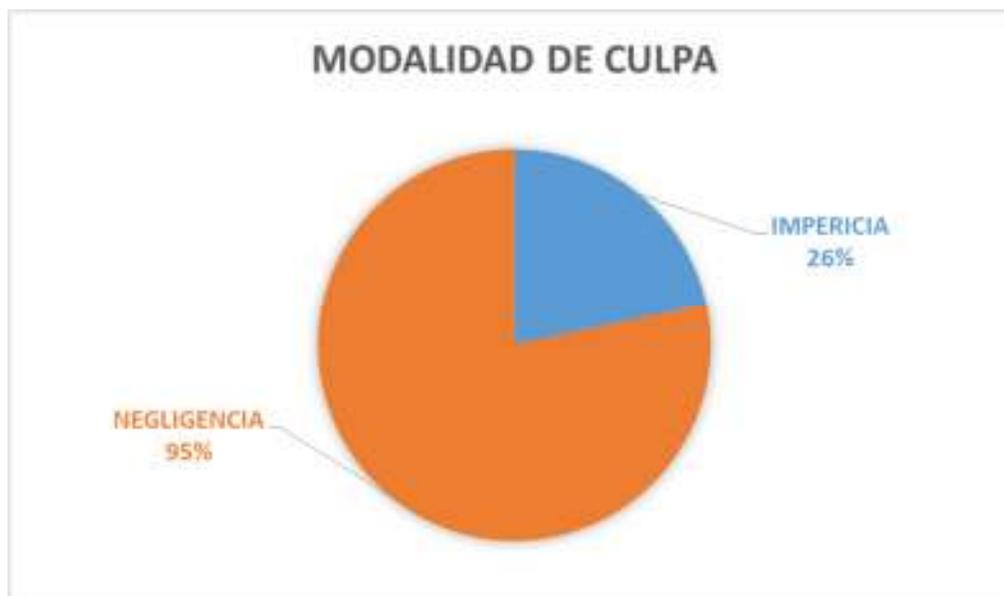


Figura 11. Modalidad de culpa

## 7. CONCLUSIONES

---

- En este trabajo se han revisado aspectos históricos de la evolución de la medicina en Colombia, en el cual se evidencia cómo la sociedad a través de los años ha establecido control sobre las acciones del médico en el ejercicio de su profesión y cómo estas acciones se cuestionan cuando se consideran ilícitas o causantes de daño.
- Se han descrito los elementos relevantes del acto médico, la evolución de la relación médico-pacientes y las condiciones para la prestación del servicio de salud en Colombia.
- Se muestra que las demandas en salud por responsabilidad médica son una realidad y se hallan con una tendencia aumentada en la última década.
- Todos los profesionales de la salud o las instituciones prestadoras están en riesgo de ser demandados por ser presuntamente responsables de los perjuicios que puedan generar daños físicos, económicos, mentales, morales e incluso ocasionar la muerte en cualquiera de los implicados.
- Los médicos generales en especial, son una población con gran riesgo de demandas, principalmente en el servicio de urgencias donde son altamente cuestionados por sus acciones y procedimientos.
- El avance en la tecnología posibilita mayor acceso a la información, lo cual permite realizar una vigilancia más estricta del acto médico, por lo tanto, se hace indispensable contar con profesionales preparados, actualizados y que sigan cuidadosamente las guías y protocolos de atención con el fin de minimizar los errores y así prevenir eventos adversos que los puedan llevar a enfrentar un proceso legal.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Arango, J., Avendaño, F., & Martínez I. Demandas por responsabilidad médica atendidas en el Centro de Estudios en Derecho y Salud -CENDES- de la Universidad CES, Medellín 2005 a 2009. Universidad CES. Medellín 2012. Disponible en: [https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2574/1/Demandas\\_responsabilidades\\_medicas.pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2574/1/Demandas_responsabilidades_medicas.pdf)
2. Dragy. Manual del Perito Médico. Cuad Med Forense. 2013;(3-4):140.
3. Vera Carrasco O. Aspectos Éticos Y Legales En El Acto Médico. Rev Médica Paz. 2013;(2):73.
4. Segovia, E. ¿Qué médicos necesitamos, para qué? Disponible en: <http://www.cumbremedicinafamiliar.com/cumbre/index.php/dr-edgar-leon-segovia>. [Fecha de consulta Julio 12 de 2020].
5. Valencia, G. "La lex artis". Médico-legal. Septiembre-diciembre 2001. Vol 7. No. 3. 21-25.
6. Manrique, J. y López, M. La historia clínica en las demandas. Rev. Col. Neumol. 2002. Vol. 14 No. 1.
7. Organización Panamericana de la Salud, Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización. Washington: OPS/OMS; 2007.
8. Aristizabal, H. "La historia clínica y sus implicaciones legales". Médico legal. 1996. Volumen 2.No. 2. 24-26.
9. Garret, E. Funciones del médico en la atención primaria de salud. Educ Méd Salud 1981;15 (3): 249-257.
10. Díaz, E. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas: dossier monográfico XIII congreso mundial IAB. Rev. Bioética y Derecho no.40 Barcelona 2017. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872017000200010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200010)

11. Suárez, J. Desafíos para alcanzar la universalidad y la equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública* 2010; 36 (3): 248 - 254.
  
12. López, M, Manrique, I, & García C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 19(1), 37-43. 2004. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572004000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572004000100008)
  
13. Franco, A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015; 33(3): 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
  
14. Vélez, L. *Ética Médica. Interrogantes acerca de la Medicina, La vida y la Muerte. Segunda Edición.*1996. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín-Colombia.
  
15. Beltrán, J, Torres, D. La responsabilidad penal médica en Colombia: antecedentes y debates actuales. Universidad Cooperativa de Colombia, Ibagué. 2020. Disponible en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20174/4/2020\\_responsabilidad\\_penal\\_medica.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20174/4/2020_responsabilidad_penal_medica.pdf)
  
16. Médicos generales colombianos. *Leyes y normas en salud, normas generales en salud.* Disponible en: [https://medicosgeneralescolombianos.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21:normas-generales-en-salud&catid=33&Itemid=22](https://medicosgeneralescolombianos.com/index.php?option=com_content&view=article&id=21:normas-generales-en-salud&catid=33&Itemid=22)
  
17. Ramírez A., Rocha D., Durango L., & Rodríguez S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *Revista CES Derecho*, Volumen 7 No.2, 14-41. 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a03.pdf>
  
18. Decreto 780 de 2016 - Decreto Único del Sector Salud. *Así vamos en salud.* Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-decretos/gobernanza/decreto-780-de-2016-decreto-unico-del-sector>
  
19. Restrepo, N. Tendencia de las demandas por responsabilidad médica radicadas en el CENDES entre el 2010 y el 2014. Universidad CES 2015. Medellín.

Disponible en:  
[https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2586/1/Tendencia\\_Demanda\\_Responsabilidad.pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2586/1/Tendencia_Demanda_Responsabilidad.pdf)

20. Kvitko, L. Antecedentes históricos de la valoración del daño corporal y baremos. *Medicina Legal de Costa Rica*, 2015: 32 (1), 57-84. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152015000100008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100008&lng=en&tlng=es).
21. Borrego, R, Barquero, MT., Domínguez, E., Aumesquet, A. (2008) Concepto de daño corporal y antecedentes históricos. Daño a las personas en derecho penal, civil y laboral y en el ámbito de las compañías de seguros. Valoración médica del daño, tablas y baremos de valoración. *Revista de la sociedad española de rehabilitación y medicina física*. Volumen 7 No.2, 315-324. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-concepto-dano-corporal-antecedentes-historicos--13129774>
22. Hernández, R., Fernández, C. Baptista, P. Metodología de la investigación, 6ta. Edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2016.
23. Centro de estudios en Derecho y Salud – CENDES. Universidad CES 2020. Disponible en: <https://www.ces.edu.co/centros-de-servicio/centro-de-estudios-en-derecho-y-salud-cendes/>