

RESPONSABILIDAD MÉDICA DERIVADA DEL
INCUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981.

FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA



**RESPONSABILIDAD MÉDICA DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA LEY 23
DE 1981.**

LUZ EVENIDE GONZÁLEZ CUADROS
ASESOR DR. ALEJANDRO GAVIRIA CARDONA
2021
FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

Dedicatoria.

La presente construcción académica está elaborada en virtud de la motivación que encarnan personas muy importantes en mi vida y proceso de formación. Mi hijo Santiago, quien puede evidenciar la dedicación y esfuerzo de su madre, lo que conducirá a perpetuar el buen ejemplo; mi esposo, a quien le profeso un gran respeto y admiración, además de un profundo agradecimiento por el apoyo en tantas jornadas de investigación y estudio. Mi sobrina Manuela (QEPD), quien fuese víctima de un insuceso relacionado con la Responsabilidad Médica, gran artífice de mi encauzamiento hacia la carrera de Derecho y la temática de este trabajo.

Agradecimientos.

Guardo un profundo sentimiento de gratitud hacia el Dr. Alejandro Gaviria Cardona, de una intachable labor como asesor, atento y coherente con su apoyo en este emprendimiento académico. Igualmente a mi hijo y mi esposo, porque de una u otra forma su voz de aliento siempre estuvo presente a lo largo de mi quehacer investigativo. A la Facultad de Derecho y a la Universidad Autónoma Latinoamericana por abrir sus puertas, por poner a disposición su idóneo personal y selecta planta docente, por permitirme el acceso al vasto conocimiento que habita entre sus muros, fruto de una histórica trayectoria en la Educación Superior.

Al profesor Mauricio Quiroz Hoyos, Comunicador, por su valiosa colaboración en temas de recolección de los datos y su debido procesamiento, lo que permitió otorgarle confiabilidad al contenido del trabajo.

RESUMEN

El siguiente abordaje académico reúne criterios fundamentales, una ampliación del panorama con relación a la responsabilidad médica, y si existe un vínculo directo con el incumplimiento de la Ley 23 de 1981. Partiendo de una revisión histórica, de conceptos de gran relevancia, se resalta la profesión galénica y su influencia en el desarrollo de una sociedad, de acuerdo a la buena o mala Praxis Médica.

Se introducen argumentos que circunscriben la Responsabilidad Médica en el ámbito de la Responsabilidad Civil, y una serie de componentes que ilustran los posibles desenlaces a los que conlleva el mal ejercicio de una profesión de tanta prestancia, tan crucial para el tratamiento de enfermedades originadas en los cambios del ritmo de vida.

En virtud de una amplia revisión bibliográfica y jurisprudencial, apoyada en una herramienta estadística básica como es la encuesta, será posible reunir aspectos puntuales que informen sobre los motivos por los cuales se aborda el tema. Tan valiosa es la visión de los autores en la bibliografía, como la perspectiva de los médicos, estudiantes de medicina y funcionarios de entidades que prestan servicios de salud; para profundizar en los elementos que orientan hacia un mejor ejercicio de la profesión galénica en Colombia.

Palabras clave: Responsabilidad civil, Mala Praxis Médica, hecho dañoso, nexo causal, imputación, culpa, hecho propio, hecho ajeno.

ABSTRACT

The following academic approach gathers fundamental criteria, a broadening of the panorama in relation to medical liability, and if there is a direct link with the non-compliance of Law 23 of 1981. Starting from a historical review, of concepts of great relevance, it highlights the galenic profession and its influence in the development of a society, according to the good or bad medical practice.

Arguments are introduced that circumscribe Medical Liability within the scope of civil Liability, and a series of components that illustrate the possible outcomes of the bad practice of a profession of such prestige, so crucial for the treatment of diseases caused by changes in the rhythm of life.

By virtue of a broad bibliographic and jurisprudential review, supported by a basic statistical tool such as the survey, it will be possible to gather specific aspects that inform on the reasons why the subject is approached. As valuable is the vision of the authors in the bibliography, as the perspective of physicians, medical students and officials of entities that provide health services; to deepen in the elements that guide towards a better exercise of the galenic profession in Colombia.

Key words: Civil liability, Medical Malpractice, harmful event, causal link, imputation, fault, own fault, other's fault.

Prólogo.

A raíz de experiencias personales negativas relacionadas con la *Responsabilidad Médica*, que es el tópico principal de este abordaje académico, se marcaron grandes expectativas de formación profesional, específicamente para elegir estudiar Derecho. Igualmente, se consolida un gran aliciente para el legado y el aporte que se desea estructurar como fruto de la incursión en esta tarea investigativa, que abarca una temática en la que se pueden evidenciar grandes vacíos.

Una sociedad anhelante de equidad y justicia debe contar con individuos dotados de integralidad, y la salud, en todas sus esferas, no puede escapar a esa consideración. Un individuo enfermo se va tornando en un elemento pasivo, anquilosado, le resta fluidez a la cadena de productividad y desarrollo, se convierte en un lastre hacia el cual hay que destinar recursos que podrían aprovecharse en otros rubros.

Cuando la enfermedad se deriva de una mala *Praxis Médica*, se pierde la credibilidad en aquellos que en algún momento hicieron un juramento para salvaguardar la vida, y se genera una problemática de búsqueda de soluciones alternas que sólo empeoran el curso de los hechos. Desde la perspectiva de insistir en el alivio de la dolencia, algunos acuden a resignarse a permanecer con sus aquejos reduciendo la calidad de vida, automedicación, medicina alternativa, entre otros; desde la óptica del castigo al infractor, pueden suceder procesos de demandas e incluso retaliaciones y agresiones. Ampliando el bagaje conceptual alrededor de la Responsabilidad Médica, se hace un aporte sin precedentes, se trazan horizontes hacia una construcción de tejido social y una sana convivencia en comunidad.

Tabla de Contenidos

Introducción.....	1
Capítulo 1. Ley 23 de 1981 y Conceptos relacionados con la Responsabilidad Médica.....	6
1. Ley 23 de 1981.....	6
2. Responsabilidad Médica.....	13
2.1. El Acto Médico.....	15
2.1.1. Características del Acto Médico.....	16
- La Profesionalidad.....	16
- La Ejecución Típica.....	16
- El establecer como norte la curación o rehabilitación del paciente.....	16
- La licitud.....	16
2.1.2. Tipos de Actos Médicos.....	17
- Acto Médico Directo.....	17
- Acto Médico Documental.....	17
- Acto Médico vs Acto Jurídico.....	17
2.1.3. Obligaciones y Deberes del Médico.....	17
2.1.3.1. Secreto Profesional.....	17
- Secreto Natural.....	17
- Secreto Prometido.....	18
- Secreto Confiado.....	18
o Confidencial.....	18
o Profesional.....	18
• Absoluto.....	18
• Relativo.....	18
2.1.3.2. Información Adecuada y Consentimiento.....	18
<i>Condiciones Mínimas del Acto Médico</i>	19
- Capacidad.....	19
- Posesión del Derecho.....	19
- Libertad.....	19
- Información Adecuada.....	19
- Causa o Motivo del Acto.....	19
- Documento.....	19
- Reversibilidad.....	20
2.1.3.3. Obligación de Conocimiento.....	20
2.1.3.4. Obligación de Diligencia y Técnica.....	20
2.1.3.5. Obligación de Continuidad en el Tratamiento.....	20
2.1.3.6. Obligación de Asistencia y Consejo.....	21
2.1.4. Acto Médico Privado.....	21
2.1.5. Acto Médico Institucional.....	21
2.2. Praxis Médica.....	21
<i>Elementos de la Praxis Médica</i>	22
- El Diagnóstico Médico.....	22
- La Terapéutica.....	22
- Ética Médica.....	23
<i>Requisitos de la Praxis Médica</i>	23

- Prudencia.....	23
- Pericia.....	23
- Diligencia.....	23
- Recta Intención y Recta Consciencia.....	23
2.2.1. Malpraxis o Mala Praxis Médica.....	23
- <i>Causas de la Mala Praxis Médica</i>	23
- <i>Formas ocultas de la Mala Praxis Médica</i>	23
- <i>Elementos principales para determinar una Mala Praxis Médica</i>	24
2.2.2. Error Médico.....	24
<i>Los factores causales de riesgo detectables</i>	26
Capítulo 2. Elementos estructurantes de la Responsabilidad Civil y su influencia en la Responsabilidad Médica.....	27
1. Concepto de Responsabilidad Civil.....	27
2. Elementos de la Responsabilidad Civil Extracontractual.....	28
2.1.El hecho.....	28
2.2.El Daño.....	28
✚ <u>El daño debe ser directo</u>	29
✚ <u>El daño debe ser personal</u>	29
✚ <u>El daño debe ser cierto</u>	29
✚ <u>El daño no debe haber sido reparado</u>	29
2.3.El Nexo Causal o Nexo de Causalidad.....	29
2.4.Juicio de Imputación o Atribución Jurídica.....	31
2.4.1. Culpa.....	31
2.4.2. Imputabilidad.....	31
✚ <u>Juicio de Previsibilidad</u>	31
✚ <u>Juicio de Evitabilidad</u>	32
2.4.3. Vías o Tipos de Mala Praxis Médica como detonantes de la Culpa.....	32
2.4.3.1. <u>Negligencia</u>	32
2.4.3.2. <u>Impericia</u>	33
2.4.3.3. <u>Imprudencia</u>	33
2.4.3.4. <u>Violación de reglamentos o inobservancia</u>	34
2.4.3.5. <u>Faltas de gestión, coordinación, administración o decisión</u>	34
2.5.Particularidades de los hechos generadores de la Responsabilidad Civil Extracontractual.....	34
2.5.1. <u>Aplicable a personas naturales y jurídicas</u>	34
2.5.2. <u>De un evento dañoso pueden originarse varias fuentes o tipos de Responsabilidad Civil Extracontractual</u>	35
2.5.3. <u>Los hechos son el sustento de la causa de pretensión</u>	35
2.5.4. <u>Varias fuentes o tipos de Responsabilidad Civil Extracontractual y problemas procesales</u>	35
2.5.5. <u>Responsable</u>	36
✚ <i>Responsabilidad por hecho propio</i>	36
✚ <i>Responsabilidad por hecho ajeno</i>	36
2.5.6. <u>Prescripción</u>	36
2.5.7. <u>Criterio de imputación</u>	37

2.5.8. <u>Carga de la prueba</u>	37
2.5.9. <u>Determinación de la existencia del Nexo Causal</u>	37
2.5.10. <u>Fundamento para la imputación del daño</u>	37
2.5.11. <u>Responsabilidad Subjetiva y objetiva</u>	38
3. Responsabilidad Civil Contractual.....	38
4. Diferencias entre los regímenes de Responsabilidad Civil Extracontractual y Contractual.....	39
5. Responsabilidad Civil e implicaciones del ejercicio del ejercicio de la Medicina en una sociedad.....	40
Capítulo 3. Diseño Metodológico y análisis de los datos obtenidos con el instrumento de medición de Encuesta.....	43
1. Diseño Metodológico.....	43
Modelo de autorización informada para participantes en la aplicación del instrumento de medición.....	44
2. Recolección de los datos.....	49
3. Elementos adversos.....	59
4. Aspectos de análisis y discusión.....	59
5. Sesgos del estudio.....	61
5.1. Evitables.....	61
5.2. No evitables.....	61
Conclusiones.....	63
Recomendaciones.....	64
Glosario.....	65
Bibliografía.....	68

Lista de Tablas

Tabla 1: Tipos de Errores que conducen a la Mala Praxis.....	25
Tabla 2: Encuesta a profesionales de la salud (Médico).....	46
Tabla 3: Encuesta a estudiantes de Medicina.....	47
Tabla 4: Encuesta a Entidades Prestadoras de Salud.....	48

Lista de figuras.

Figura 1: Historia de la Medicina y Médicos en Mesopotamia.....	2
Figura 2: Pregunta 1. Profesional de la Salud (PS).....	49
Figura 3: Pregunta 2. PS.....	49
Figura 4: Pregunta 3. PS.....	51
Figura 5: Pregunta 5. PS.....	51
Figura 6: Pregunta 6. PS.....	51
Figura 7: Pregunta 7. PS.....	52
Figura 8: Pregunta 8. PS.....	52
Figura 9: Pregunta 9. PS.....	52
Figura 10: Pregunta 10. PS.....	53
Figura 11: Pregunta 1. Estudiante de Medicina (EM).....	54
Figura 12: Pregunta 2. EM.....	54
Figura 13: Pregunta 3. EM.....	54
Figura 14: Pregunta 4. EM.....	55
Figura 15: Pregunta 5. EM.....	55
Figura 16: Pregunta 6. EM.....	56
Figura 17: Pregunta 7. EM.....	56
Figura 18: Pregunta 8. EM.....	56
Figura 19: Pregunta 9. EM.....	57
Figura 20: Pregunta 10. EM.....	57

Introducción.

Asumir este abordaje académico implica recopilar elementos de orden conceptual e investigativo en torno a la *Responsabilidad Médica*, que atañe tanto a las instituciones reguladoras en salud como a las instancias jurídicas, dado que los incumplimientos a las normativas establecidas generan situaciones de riesgo, específicamente para las personas que hacen uso de los servicios en salud, sobrevienen procesos de reclamación debido a perjuicios físicos, psicológicos y, en casos extremos, decesos.

Particularmente en Colombia, lo referente a casos de una *Mala Praxis* médica se encuentra reflejado en la ley 23 de 1981 (Congreso de la República de Colombia, 1981), a partir de la que se derivan las directrices de un correcto proceder por parte del personal médico. De lo consignado en el Título I, sobre las disposiciones generales, capítulo I, artículos 1 y 2, que hacen referencia a las declaraciones de principios se puede corroborar:

“Art.1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de la vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político o religiosos. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.” (Congreso de la República de Colombia, Art. 1, 1981).

“Art.2. El hombre es una unidad psíquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición.” (Congreso de la República de Colombia, Art.2, 1981).

En consonancia con lo anterior, se debe tener claridad en que el proceso de auscultación debe propender por un estudio del paciente conservando el norte de la relación que guarda con su entorno, para establecer un diagnóstico de la patología o dolencia y la trascendencia de esta afección, que genera impacto a nivel individual y en el colectivo social, y poder en última instancia determinar las medidas curativas, profilácticas o de rehabilitación requeridas (Congreso de la República de Colombia, 1981, Art. 2).

Como se deduce de las anteriores consideraciones, el incumplimiento al Código de Ética Médica se circunscribe como una problemática de orden social y jurídico, y esta coyuntura trae consigo el cuestionamiento sobre la eficiencia del instrumento que encarna la normatividad, y, por consiguiente, de las autoridades responsables de la aplicación del mismo. Existen muchos organismos que ejercen vigilancia y control a la actividad médica, e incluso, los profesionales del área han constituido sus propios Tribunales de Ética Médica. A nivel local, departamental y nacional, existen diferentes entidades encargadas de regular y verificar el cumplimiento de la normativa ética relativa al servicio médico. En el ámbito nacional se encuentra la Superintendencia de Salud; y a nivel departamental las Secretarías Departamentales de Salud y los Tribunales de Ética Médica.

Pero esta problemática sobre *Responsabilidad Médica* y lo que gira en torno a ella no es nueva. Desde tiempos remotos, transcurriendo el siglo XVIII a. C., en Babilonia, se gesta uno de los primeros manuscritos de los que se haya tenido conocimiento con respecto a leyes, el Código Hammurabi. En éste, dentro de muchos tópicos, se dio trato a los potenciales castigos a los que se hacía acreedor quien manifestara conductas consideradas como ilícitas.

Figura 1: Historia de la Medicina y Médicos en Mesopotamia



“Clay tablets of ancient Mesopotamia tell the story of medicine 5000 years ago. Under the code of Hammurabi, physicians' fees were set, and patients and physicians might appeal their grievances to the King's court”. (Las ilustraciones de Clay de la Antigua Mesopotamia cuentan la historia de la medicina hace 5000 años. Bajo el código Hammurabi, se establece la tarifa de los médicos, los médicos y los pacientes podrían apelar sus quejas en la corte del Rey).

Tomado de: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101651456-img>

En el caso específico de los médicos, existen registros de una medida punitiva a raíz de un mal proceder que correspondía a la amputación de las manos, además de la obligación de compensar con un esclavo al paciente afectado a raíz del perjuicio acaecido (Hammurabi, 1728, p. 24, ley 218). Con el paso del tiempo, el progreso en la ciencia de la *Praxis Médica* fue cada vez más sustancial, la técnica y la humanística fueron cobrando relevancia, y en las sociedades se establecieron normas y alternativas de sanción al mal ejercicio médico. En Colombia el gremio de los galenos impulsó la conformación de los tribunales de ética médica a través de la Federación Médica Colombiana (FMC), de donde se motivó la creación de la Ley 23 de 1981. La FMC asume la tarea de generar mecanismos de regulación, vigilancia y control de dicha labor profesional en el país, y en las capitales ese rol lo desempeñan los Tribunales de Ética Médica (Restrepo M., 2012, p. 5).

El Sistema de Salud Colombiano se erige sobre una estructura compleja en la que se ven involucradas muchas instituciones, lo cual puede dar pie a discrepancias con respecto a las funciones, facultades y obligaciones de cada entidad en la supervisión y gestión al momento de brindar servicios relacionados con salud. Sin embargo, es posible identificar aquellos organismos de control que sobresalen en el escenario local, departamental y nacional de manera relevante,

para tener claridad en los compromisos, funciones de vigilancia y control sobre los servicios de salud, y así permitir el análisis del nivel de impacto de las estrategias que están llamados a consolidar frente a no acatar lo consignado en la Ley 23 de 1981.

Se procede a incursionar en el desarrollo de un marco conceptual esencialmente normativo, pues además de la existencia en Colombia de elementos para la regulación específica en lo referente a la ética médica en la Ley 23 de 1981 (Congreso de la República de Colombia, 1981), es de gran relevancia un marco jurídico matriz (Gómez S., 1991, p.82) cuyos principios, deberes, obligaciones y méritos influyen en todo el ordenamiento jurídico, dentro de lo que se destaca el vínculo entre el profesional de la salud y el auscultado. Esto posibilita materializar los derechos de éste último, pero primordialmente aquellos Derechos Fundamentales puestos en juego al establecerse el *Acto Médico*; el más destacable, el derecho a disfrutar una existencia coherente y plena. En concordancia con lo estipulado al interior de la Convención Americana de Derechos Humanos (Ley 16 de 1972, p. 2), el poder disfrutar la vida es crucial y faculta para poder gozar de cualquier otro derecho.

Son frecuentes los casos en donde se desconoce y se evade la norma, y esto contribuye a que se presenten situaciones de afectación y en muchas ocasiones no reciben solución oportuna. El adentrarse y escudriñar los elementos determinantes de la problemática, requiere acceder a una amplia gama de bibliografía, quedando incluidas áreas del conocimiento que complementan de manera relevante el análisis de elementos de fondo. Con respecto a la doctrina existente en materia de ética y *Responsabilidad Médica*, si bien no se cuenta con un gran volumen de referencia, se posibilita acceder al existente para establecer aclaraciones y evitar desviar el curso de la propuesta de análisis crítico. En este abordaje académico se incursiona en elementos de juicio con respecto a la eficacia de la normatividad respecto al tema en cuestión, es manifiesta una dependencia del material bibliográfico relativo a la Ética Médica, los Tribunales Médicos, la función pública que se ejerce mediante la sanción disciplinaria, y temas afines. Las circunstancias alusivas a la Responsabilidad Civil del médico en virtud de *Mala Praxis* es, en definitiva, un terreno muy amplio y complejo, lo cual se refleja en la siguiente pregunta: ¿Existe responsabilidad médica por el incumplimiento de las obligaciones consagradas en la Ley 23 de 1981?

Conforme a Yepes R. (2020, p. 51), ciertas conductas (*Mala Praxis*) podrían originar la ejecución de un proceso disciplinario a través de organismos reguladores competentes, dentro de los que se destaca la Procuraduría General de la Nación. En referencia a la Ley 734 de 2002 (derogada por la Ley 1952 del 28 de Enero de 2019, art. 265; que a su vez se prorroga su entrada en vigencia hasta el 1 de Julio de 2021 en virtud del art. 140 de la Ley 1955 de 2019), son precisamente los regímenes disciplinarios internos los que deben plasmar el actuar o dejar de hacer lo que está vedado, y así posibilitar desarrollar un proceso en condiciones de garantías, en la etapa instructiva y también en la de formación de cargos, práctica de las pruebas e interposición de los recursos. Hay sanciones que pueden escalar hasta la imposición de multas, suspensiones y destitución (Yepes, 2004). En los últimos años se ha promovido y motivado que los galenos desarrollen su profesión en un ambiente de responsabilidad, que realicen una buena praxis, especialmente en el área de las cirugías estéticas (Congreso de la República de Colombia, 2002).

Es posible expresar que se conciben los entes legisladores como el epicentro de los dictámenes respectivos al ejercicio de la medicina, y la premisa fundamental está dirigida hacia

el respeto por la vida, y ello sólo es viable en la medida que se proceda de manera responsable, integral, eficiente y ética en cualquier servicio que involucra personas que buscan soluciones oportunas a un quebranto de salud. Sin embargo, a través de los medios de comunicación como revista semana, la *web*, redes sociales como *twitter* y la televisión, diariamente se evidencian casos en los que es cuestionable la *Praxis Médica*, sucesos en los que se irrumpe en la integridad moral y social del individuo, básicamente en virtud de procedimientos e intervenciones que dejan en duda si existe o no un buen proceder médico, que pueden traducirse en lesiones crónicas, discapacidades físicas, mutilaciones e incluso la muerte (Editorial Revista Semana, 2021). Recuperado de: <https://www.semana.com/nacion/articulo/condenado-en-medellin-por-homicidio-culposo-el-cirujano-de-las-barbies/202106/>.

Como se menciona unas líneas atrás, la escasez de bibliografía en esta temática permite que algunos autores establezcan argumentos de gran relevancia. Restrepo M. (2012, p. 5 - 7) por su parte, le da cabida al concepto de *Responsabilidad Médica*, el *Acto Médico* y la función disciplinaria de los tribunales médicos. Martínez (2011) y Ruiz (2004) en Beltrán y Torres (2020, p. 49), abren aún más el panorama sobre la *Responsabilidad Médica*, aunque ciertamente este ejercicio se propone como la interpretación de la norma, los programas y políticas públicas sobre la materia y su contrastación con la experiencia de los funcionarios de vigilancia y control y, enfáticamente, los profesionales médicos.

En virtud de éste y muchos aportes, se hace necesario establecer un derrotero para dilucidar elementos cruciales, tales como identificar los elementos fundamentales ligados a la *Responsabilidad Médica* en el marco de la Ley 23 de 1981. Además, se debe esclarecer si existen elementos normativos en Colombia referentes a la *Responsabilidad Médica*, así como sobre las autoridades encargadas de ejercer vigilancia y control sobre la *Praxis Médica*. Una estrategia de gran ayuda es analizar la visión de los profesionales médicos, estudiantes de medicina y funcionarios de vigilancia y control acerca de la eficacia de la normatividad respecto a la *Praxis Médica*, lo cual es posible en virtud de unas encuestas diseñadas específicamente para cada grupo mencionado. Esto permitirá, también, analizar las medidas preventivas y correctivas que proponen las autoridades competentes frente al incumplimiento de la normatividad relacionada con la *Responsabilidad Médica*.

En virtud de lo anterior, es necesario darle cabida al análisis de la *Responsabilidad Civil* de los Médicos, que como se menciona en párrafos anteriores, en Colombia tiene su regulación específica en la Ley 23 de 1981; soportada en la teoría general de la *Responsabilidad Civil* y en sus elementos estructurantes, los cuales son: el hecho, el nexo causal, el daño, la culpa (Restrepo, 2006, p. 8). Estos, aunados a múltiples factores jurídicos como la omisión, negligencia, imprudencia e impericia (Artilles, 2013, p. 138), son aquellos a los que apunta un fallador al momento de dictar sentencias declarativas sobre la responsabilidad o ausencia de la responsabilidad civil de un profesional médico. La sentencia judicial no ofrece ningún insumo para responder a la pregunta por la eficacia de la norma en la práctica médica, a menos que se someta a un cómputo estadístico el número de sentencias a las que se declara responsable civilmente a un profesional médico por una *Mala Praxis*.

Hay instituciones de índole privada a las cuales la legislación puede atribuir funciones públicas, y se les delega conocer sobre procesos ético – profesionales, como ejemplo, el Tribunal Nacional de Ética Médica, que tiene a su cargo adelantar diferentes trámites alusivos al ejercicio de la medicina. Se entiende, por tanto, como una función administrativa de orden regulatorio,

regida por los principios inherentes al debido proceso administrativo, consignados en la Carta Política en el artículo 29, y es de suma importancia abordar el impacto de esas funciones en el ámbito de la Responsabilidad Médica (Gómez S., 2012, p. 53).

La Constitución Política no sólo pugna por defender la vida como un bien preciado entre los individuos, la salud (Ley Estatutaria 1751, 2015, p. 1), la integridad personal, entre otros, sino que, aunado a eso, determina los principios y axiomas que le brindan un norte a la existencia del Estado Social de Derecho, y se establece que para un funcionamiento acorde a lo esperado, se ha de acudir a las instituciones de vigilancia y control sobre la actividad médica. Es la carta fundamental la que ratifica y le da consistencia a una estructura institucional en referencia a la *Praxis* y la *Ética Profesional Médica*, la cual es tratada en el documento central de la Ley 23 de 1981 (Congreso de la República de Colombia, 1981), posibilitando el surgimiento del Tribunal Nacional de Ética Médica y los Tribunales Seccionales Ético – Profesional, los cuales fueron analizados en su idoneidad por la Corte Constitucional, quien concluyó que la atribución de control disciplinario, determinada mediante las normas que se examinan, tiene su norte hacia garantizar que el ejercicio médico sea desarrollado siguiendo criterios éticos de utilidad; para aplicar censura a los comportamientos no deseables o merecedores de reproche estipulados en la ley en beneficio de los pacientes, del personal subalterno y paramédico, de los colegas médicos, de las entidades e instituciones vinculadas a la prestación de los servicios de salud, por consiguiente, en favor del interés general representado por el entorno social. En otros términos, trasciende el mero hecho de hacer una contribución a salvaguardar el buen nombre, el prestigio de la profesión y de la responsabilidad de quienes laboran como galenos. (Corte Constitucional de Colombia, Magistrada Ponente Vargas, 2008, p. 5).

Estas premisas conducen a reflexionar sobre el rol que ocupan los organismos de regulación, pero más allá de pensarlos como encargados de la adopción de conductas punitivas, sería más trascendental que ocupasen un papel preventivo mediante la implementación de estrategias para erradicar la *Mala Praxis Médica* y todo lo relacionado con el incumplimiento del Estatuto de Ética Médica (Congreso de la República de Colombia, 1981).

El foco de atención del presente escrito es corroborar cuáles fuentes de la responsabilidad médica se vinculan con el incumplimiento de la ley 23 de 1981, y cómo algunos encargados de brindar los servicios en salud le dan cumplimiento o no a esa norma. Es un ejercicio investigativo y crítico que guarda una firme convicción, y es que desde la experiencia académica se pueden gestar propuestas de control social sobre las normas y las instituciones, y propiciar el debate público acerca de esta problemática que es un flagelo a nivel nacional, del cual no se percibe intervención efectiva por parte del estado, pero probablemente sea en sí mismo el reflejo de la escasez de trabajos relacionados con el tema. Es una gran oportunidad para hacer un sólido aporte argumental y analítico en materia de Responsabilidad Médica.

Capítulo 1.

La Ley 23 de 1981 y conceptos relacionados con la Responsabilidad Médica.

1. Ley 23 de 1981.

Es el documento emitido por el Congreso de la República de Colombia, en el que se consagran los aspectos fundamentales de la normatividad alusiva a la Ética Médica. Dentro de varias modificaciones de las que ha sido objeto, se pueden nombrar la que se estipula en la propuesta de reforma en virtud del Decreto 131 de 2010, por lo cual se gesta el Sistema Técnico Científico en Salud, se le brinda regulación a la autonomía profesional y se establecen elementos inherentes al Plan Obligatorio de Salud, aunado a otras disposiciones. Este último decreto fue emitido en condiciones de declaratoria de Estado de Emergencia Social, y fue declarado inexecutable por medio de la Sentencia C-289 de 21 de Abril de 2010 (Magistrado Ponente Pinilla, 2010); como consecuencia de la inexecutable del Estado de Emergencia Social consignado en el Decreto 4975 de Diciembre 23 de 2009 (Corte Constitucional de Colombia, 2009), mediante sentencia C-252 de 2010 (Corte Constitucional de Colombia, 2010). Otra propuesta de reforma es la dictaminada por el Decreto Ley 0019 de 2012, para reducir los trámites innecesarios, que en su Capítulo VIII, en los artículos 110 – 132 habla de los trámites que serán viables en salud y protección social (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012).

En este conglomerado de normas, la Ley 23 de 1981 queda reforzada por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se concibe como autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo. Además ilustra sobre el acceso a los servicios en salud en condiciones de oportunidad, igualdad, eficacia y calidad, con miras a preservar, mejorar y promover la salud. Además, esta Ley guarda concordancia con el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, que refiere que la prestación del servicio en salud se considerará como esencial y obligatorio y recibirá la supervisión, dirección, organización, regulación, coordinación y control por parte entes estatales (Congreso de la República de Colombia, art. 1 y 2, 2015). La Ley 1751 de 2015 establece, en el artículo 17, que existirán garantías para que los profesionales del área puedan tener autonomía para tomar decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes que estén bajo su cuidado (Prieto, 2019, p. 2).

Cabe resaltar que, dentro de los proyectos que han buscado modificar la Ley 23 de 1981, uno de los más relevantes y con múltiples radicaciones en el Congreso de la República, es el proyecto de Ley 24 de 2015 que apuntaba a crear el nuevo código de ética médica en Colombia. El 27 de diciembre de 2016, dicho proyecto ascendió a la instancia de Secretaría General de Cámara y es una ponencia considerada positiva (Publicada el 1° de Junio de 2017 – Proyecto de Ley 2016 de 2016). En la sesión de la Comisión Séptima de Cámara de Representantes del 30 de Mayo de 2017, el proyecto es objeto de debate y no registró cambios. En la misma sesión se designó su ponente para el debate final en la Plenaria de la Cámara de Representantes, que tuvo lugar el 16 de Junio de 2017, fecha en que, similar a las sesiones anteriores, pasa por un proceso de votación y aprobación por unanimidad sin cambios. Infortunadamente se archiva el proyecto, a razón de tránsito de legislatura. Tiempo después, vendría una nueva radicación del proyecto en Cámara de Representantes, el día 26 de Julio de 2017, con sus respectivos ponentes para primer debate, el cual fue aprobado. Se designan los ponentes para segundo debate, pero con fundamento en el artículo 190 de la Ley 5 de 1992, el proyecto de ley fue archivado

(<http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/periodo-legislativo-2014-2018/2015-2016/article/24-por-medio-del-cual-se-crea-el-nuevo-codigo-de-etica-medica>).

Tiempo después, en la legislatura 2018 – 2019 fue presentado nuevamente por otros representantes a la Cámara, pero lamentablemente no alcanzó a cursar su trámite en el primer debate (<https://scare.org.co/observatorio-legislativo/proyectos-de-ley/>).

El 30 de Julio de 2019 se radica en la Cámara de Representantes un informe de ponencia para el primer debate al Proyecto de Ley 104 de 2019c (Cuyo antecedente legislativo es el proyecto de Ley 24 de 2015), por medio del cual se busca que la Ley 23 de 1981 adopte cambios, además de otras disposiciones. Hasta el momento, los avances del mismo sólo informan que es un trámite en comisión, y hasta lo investigado, no hay observaciones (<https://www.camara.gov.co/etica-medica-0>).

Diferentes agremiaciones médicas, entre ellas la Federación Médica Colombiana con el doctor Sergio Isaza a la cabeza, se pronunciaron ante el hecho de que no se les consideró en la construcción del proyecto, tal como había ocurrido a través de la historia. Esa actitud fue justificada al resaltar que los gremios del país estuvieron a cargo de elaborar 16 de los postulados que fueron insumo para la redacción y sanción de la Ley Estatutaria 1752 del 15 de Febrero de 2015. Además de tener presente que la Ley 1164 de Octubre 3 de 2007, sobre el Talento humano en Salud, fue construida en virtud del esfuerzo de la Federación Médica y el Colegio Médico Colombiano (Jaimés, 2019). Hasta la fecha, la bibliografía y los medios consultados no han arrojado más luces sobre el avance del proyecto de Ley 104 de 2019.

Otra de las propuestas por resaltar orientada a la modificación de la Ley 23 de 1981, es el Proyecto de Ley 173 de 2020c (cuyo antecedente legislativo es el proyecto de Ley 24 de 2015), radicado el 20 de Julio de 2020, que busca generar cambios y aunar algunos artículos al Código de Ética Médica. Hay entidades de gran reconocimiento en el ámbito médico involucradas en el análisis, tales como la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, en conjunto con la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, las cuales suman esfuerzos para proponer modificaciones que conduzcan al mejoramiento de las condiciones de ejercicio del Talento Humano en Salud y de los pacientes. (<https://scare.org.co/observatorio-legislativo/proyectos-de-ley/>). Las fuentes investigadas dan cuenta que este proyecto se encuentra en segundo debate con trámite en plenaria y sin observaciones (<https://www.camara.gov.co/etica-medica-1>).

La ley 23 de 1981, en lo referente al contexto médico, se pronuncia en el territorio nacional por medio de códigos de ética profesional, detallando una serie de deberes a tener en cuenta para desempeñar adecuadamente la labor, de la mano del comienzo del funcionamiento de tribunales para el tratamiento de dichos procesos en casos de infracción a los mismos (Yepes, 2020, p. 48). Desde el mismo proceso de formación académica en la Medicina, la Ley 23 de 1981 hace hincapié en la importancia de la función de los galenos en la sociedad. El documento arguye que incluso hay obligación de transmitir el conocimiento en la figura de cátedra docente, y que el facultativo se encuentra dotado de competencias para orientar instituciones llamadas a la enseñanza de la Medicina, todo en el marco de los argumentos científicos, principios de orden pedagógico y la ética profesional (Congreso de la República de Colombia, Tít. I, Cap. I, Art. 1º, Numeral 5, 1981).

La ley 23 de 1981 abarca elementos sumamente importantes que se replican en el desarrollo socio - económico de una sociedad. Trasciende el mero asunto clínico y se proyecta

hacia la sostenibilidad de la vida en comunidad, tal como se ilustra en uno de sus apartes donde se expresa:

“La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico – social, racial, político y religioso”. (Congreso de la República de Colombia, Tít. I, Cap. I, Art. 1º, Numeral 1, 1981).

Es interesante analizar las afirmaciones “*el perfeccionamiento de la especie humana*” y “*el mejoramiento de los patrones de vida en colectividad*”, que hacen alusión específicamente a labores de estudios científicos, las cuales son decisivas para hallar posibles soluciones o tratamientos a patologías, enfermedades, epidemias o, como es el caso de lo que se vive en la actualidad, pandemias que afectan a una sociedad en todas sus esferas. Se genera un cuestionamiento de la proyección de estas consideraciones en nuestro país, dado que cada vez se reduce más el presupuesto para instituciones como Colciencias, que tienen a su cargo estudios e investigaciones en torno a enfermedades tropicales y de diversa índole, y este acto de supresión de recursos es una de las razones de las dificultades en el manejo de brotes epidémicos en ciertas regiones. Las instancias reguladoras de esos procesos están integradas también por médicos, los cuales no deberían priorizar dictámenes gubernamentales de inversión, donde aprueben o participen en estudios pasando por alto sus principios, yendo en contra del Numeral de la Ley 23 de 1981:

“Tanto en la sencilla investigación científica antes señalada como en las que se lleve a cabo con fines específicos y propósitos deliberados, por más compleja que ella sea, el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad”. (Congreso de la República de Colombia, Tít. I, Cap. I, Art. 1º, Numeral 3, 1981)

El Numeral 6, Tít. I, Cap. I, Art. 1º es claro en expresar que el Médico complementa la labor de la justicia en los términos legales, y es competente para desempeñarse como funcionario público y como perito en las circunstancias que se requiera, pero sin abandonar el precepto de la idoneidad profesional:

“En una u otra condición, el Médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y sólo la verdad”. (Congreso de la República de Colombia, Tít. I, Cap. I, Art. 1º, Numeral 6, 1981).

Este numeral 6, Tít. I, Cap. I, Art. 1º (Ley 23 de 1981) está en concordancia con los artículos 6º y 123º de la Constitución Política de Colombia, en donde se afirma:

“Art. 6º. - Los particulares sólo son responsables ante las autoridades por infringir la Constitución y las leyes. Los servidores públicos lo son por la misma

causa y por omisión o extralimitación en el ejercicio de sus funciones”. (Gómez S., 2012, p. 11)

“Art. 123°. - Son servidores públicos los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de las entidades descentralizadas territorialmente y por servicios. Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la comunidad; ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento. La ley determinará el régimen aplicable a los particulares que temporalmente desempeñen funciones públicas y regulará su ejercicio”. (Gómez S., 2012, p. 226).

De ahí que la proyección del galeno a la sociedad no sea sólo en términos de lo clínico, la Responsabilidad Médica abarcaría, en ciertas instancias de orden administrativo, asuntos que podrían impactar positiva o negativamente un conglomerado de personas en una comunidad. Este hecho se puede corroborar en la invaluable gestión en medio de la pandemia del Ministro de Salud, el doctor Fernando Ruiz Gómez, quien ostenta su título de Médico Cirujano de la Universidad Javeriana, y que ha demostrado gran dedicación y diligencia durante el desarrollo de la pandemia, que es un fenómeno de salud pública que ha retado la logística en salubridad de las naciones de todo el mundo (Editorial Consultor Salud, 2020).

En casos corroborados de infracciones a la Ética Profesional del Médico, la imagen que queda afectada en primera instancia es la de todos los profesionales del área (Antúnez, 2016), acto seguido, las instituciones involucradas en el desempeño del facultativo (Leal, 2016). A partir del juramento que se hace al recibir el grado, se sientan las bases para que el galeno esté dotado de la suficiente consciencia de lo que le sobreviene en su devenir profesional:

“Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad;”

“Enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética;

“Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas”. (Congreso de la República de Colombia, Tít. I, Cap. II, Art. 2°, 1981 – Último Enmendado Asociación Médica Mundial, 2017).

El documento insiste permanentemente en la relevancia que cobra el ceñirse a las buenas prácticas, el respeto por la salud y la vida, que puede interpretarse como la esencia misma del ejercicio facultativo. No obstante, surge el interrogante del porqué algunos Médicos se alejan de esas disposiciones, a sabiendas que en un acto público y ante autoridades en la materia, se pronuncian frente a lo que reflejará su desempeño en una comunidad. Tal como expresa el Art. 6°, Tít. 2, Cap. 1, se deberá declinar el servicio en situaciones que impliquen ir contra la moral, y cuando no hay posibilidad de un libre desarrollo de la profesión (Congreso de la República de Colombia, Tít. II, Cap. I, Art. 6°, 1981).

Esta consideración genera grandes divergencias entre los que pertenecen a la comunidad médica, porque ha estado de por medio la dicotomía entre la ciencia y la creencia. En muchos casos, escudarse en el concepto de la ciencia pudiese parecer el argumento perfecto para obviar cosas que no son tangibles o comprobables, y eso genera polémica a muchos niveles. Desde el trabajo de Cortés Gallo (2005), se afirma que en la connotación de las acepciones “correcto o equivocado”, “bueno o malo” debe resaltarse la existencia de juicios de valor ético, y se debe tener claridad entre lo que ilustran los enunciados evaluativos y no evaluativos. El enunciado evaluativo es más prevalente en la medicina de lo que parece. Es impensable la más cotidiana decisión médica sin un proceso de valoración, el punto crucial es establecer el lenguaje evaluativo cuando se requiere, y se da en virtud de palabras como: tener que, deber, preferir, desear, entre otros, e incluye términos de caracterización como: preferible, deseable, bueno y malo, al igual que correcto o equivocado. (Cortés G., 2005, p. 13). El autor hace una anotación importante con respecto a la moral:

“También es necesario diferenciar las valoraciones morales de las que no lo son. Esto puede ser más difícil, puesto que esta separación no surge comúnmente del propio lenguaje. Decir que el aborto en un embarazo resultado de una violación es correcto, puede corresponder a una inmoralidad o a una legalidad; o que los narcóticos son deseables, que puede ser que su uso médico sea moral, o que simplemente producen placer y son posiblemente inmorales. La tarea principal consiste en discernir la dimensión de los valores, y separarlos de otros hechos fisiológicos o psicológicos”. (Cortés G., 2005, p. 13).

Cuando se evidencian casos de personas que sufren lesiones, mutilaciones o incluso que fallecen a raíz de intervenciones o tratamientos médicos, generalmente existe premura en la búsqueda de culpables, y en quien primero recaen las acusaciones es en el Médico (Corte Suprema de Justicia, Magistrado ponente García, 2021). Pero es necesario escudriñar todo lo referente al proceso de incursión en dicho procedimiento o tratamiento, que haya de por medio un consentimiento informado con su diligenciamiento en regla, la historia clínica debidamente elaborada y monitoreada, de modo que el galeno pueda reflejar diligencia y prudencia. Eso se ratifica en el siguiente aparte:

“Art. 15°. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente” (Congreso de la República de Colombia, Tít. II, Cap. I, Art. 15°, 1981).

Esta anotación reúne aspectos comunes con la Resolución 4796 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, Art. 6°, en donde se ilustra:

“Art. 6°. – Para realizar procedimientos quirúrgicos en brigadas o jornadas de salud en la modalidad intramural, es necesario que al paciente se le haya informado en qué consiste esta modalidad de servicio, incluyendo los riesgos y

beneficios de este tipo de atención. Para tal efecto, se dejará constancia en la historia clínica del paciente, quien con su firma autógrafa o huella dactilar declarará que comprendió la información entregada y que aceptó ser atendido bajo esa modalidad. En los casos en los cuales la condición médica o mental del paciente no le permita expresar su consentimiento, éste podrá ser dado por los padres legítimos o adoptivos, el conyugue o compañero (a) permanente, los parientes consanguíneos en línea directa o colateral hasta el tercer grado de consanguinidad o su representante legal”. (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2008, p. 3).

El consentimiento informado en medicina guarda similitud con los que se aplican en otras áreas. En el caso de la investigación en salud, la norma que respalda y sustenta la ejecución de la misma es la Resolución 8430 de 1993 (Muñoz, 2019), que trata en los artículos 14 y 15 sobre la naturaleza del documento en cuestión, los alcances de los procedimientos, los objetivos y la justificación, los riesgos y beneficios, la libertad de dejar de participar en cualquier momento, entre otros aspectos. El artículo 16 de esta resolución le da cabida a aspectos que imprimen un carácter de rigor bastante marcado, donde se destaca que el consentimiento deba ser revisado por el Comité de Ética de la institución en donde se realiza el estudio (Art. 16, Num. b); o que se firme el documento por parte de dos testigos y el individuo auscultado o el representante legal, como se refleja en el artículo 16, numeral d. (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 1993).

Si los procesos de investigación son desarrollados en un ambiente de transparencia, bajo el amparo de toda la normatividad específica, serán de gran relevancia para que en casos extremos, el médico pueda retomar los hallazgos de esa labor científica y acudir a procedimientos experimentales si fuere la única alternativa de preservación de una vida, acorde con la previa autorización del paciente o sus acudientes, o incluso por consenso en *staff* médico. (Congreso de la República de Colombia, Tít. II, Cap. I, Parágrafo, 1981) El *staff* médico también es de gran importancia para que el profesional pueda acudir al criterio de sus colegas sobre la evolución de una enfermedad, y los miembros de ese *staff* serán elegidos por los responsables del paciente y el Médico tratante (Congreso de la República de Colombia, Tít. II, Cap. I, Art. 19°, 1981).

Como se viene analizando, el rol del médico no se restringe a la atención en un consultorio, un quirófano o una sala de urgencias; también es llamado a realizar aportes en el campo investigativo y académico. El evento mismo de culminación de los estudios profesionales marca para el médico un hito en su desempeño en la sociedad. Por esa razón, no es sólo desde el Ministerio de Salud que se expide el aval para acreditar al profesional, también el Ministerio de Educación Nacional da el visto bueno para que el facultativo pueda desarrollar su labor. (Congreso de la República de Colombia, Tít. II, Cap. V, Art. 46°, Num. a., b., parágrafo, 1981). Expresamente se indica:

“Constituye falta grave contra la ética, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles o penales a que haya lugar, la presentación de documentos

alterados o el empleo de recursos irregulares para el registro del título o para la inscripción del médico". (Congreso de la República de Colombia, Tít. II, Cap. V, Art. 49°, 1981).

Lo anterior apunta a una concordancia con el artículo 289 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal), que expresa lo que implica la falsedad en documento privado y la pena de prisión a la que conlleva. Pero desde el código de ética médica, independiente de las sanciones administrativas, civiles o penales a que haya lugar, se resalta la importancia de la transparencia cuando se registra el título y se inscribe el facultativo, lo cual requiere de una supervisión eficaz y oportuna (Montoya V., 2018, p. 92).

Se establece una relación directa del quehacer galénico con el rol que cumplen sus auscultados en diferentes sectores socio-económicos, dado que un individuo limitado a nivel físico por una patología o enfermedad deja claros vacíos en la cadena de productividad. Una situación de incapacidad o discapacidad debe ser determinada en virtud de un certificado médico, que, como es de esperarse, debe albergar la veracidad y confiabilidad necesaria, sin alteraciones o conveniencias de ninguna índole (Congreso de la República de Colombia, Tít. II, Cap. V, Art. 50, 51 y 52°, 1981) Y el asunto no se restringe a la emisión de un documento, deberá ceñirse a un dictamen que sea fiel a las circunstancias que está atravesando el paciente, para que en caso de reacciones adversas al momento o *posteriori*, la responsabilidad del médico no trascienda el riesgo previsto. La gravedad que represente la dolencia manifestada por el individuo no planteará razón para no ser atendido por el profesional (Congreso de la República de Colombia, Tít. II, Cap. I, Art. 16 y 17°, 1981).

Para regular las múltiples situaciones de aplicación de autoridad o discernimiento por parte del médico, como se estipula en el Art. 63 de la Ley 23 de 1981 (Congreso de la República de Colombia, 1981, se crea el Tribunal de Ética Médica, que tiene su centro de actividades en la capital de la República, y se erige como el ente llamado a conocer sobre los procesos disciplinarios, ético – profesionales que involucran al galeno y el ejercicio de su profesión en Colombia. Se encuentra conformado por 5 médicos elegidos por el Ministerio de Salud de la República de Colombia de una lista de 10 elegibles, 4 que serán propuestos por la Federación Médica Colombiana que es el ente consultor y asesor del Gobierno Nacional (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 62), 3 que serán respaldados por la Academia Nacional de Medicina y 3 representantes propuestos desde las Facultades de Medicina legalmente aprobadas (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 64).

Los miembros de ese tribunal deben reunir la suficiente idoneidad, profesionalismo, y amplia experiencia laboral (No inferior a 15 años); o haber servido cátedra universitaria no menos de 5 años (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 65). Su nombramiento tendrá una vigencia de dos años, podrán ser objeto de reelección y su posesión será llevada a cabo con la presencia del Ministro de Salud (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 66 – Anotación mediante artículo 5° de la Ley 790 de 2002, el cual es declarado EXEQUIBLE mediante sentencia C-880 de 2003, que a su vez es derogado por el Art. 22 de la Ley 1444 de 2011).

A nivel departamental, de Intendencias o Comisarías se establecen los Tribunales Seccionales Ético – Profesionales (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 67). Como dicta el Art. 68 (Congreso de la República de Colombia, 1981), estarán conformados por 5 profesionales de la Medicina, seleccionados a través del Tribunal nacional de Ética Médica, conforme a lo consignado en el Art. 73 (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 73). Serán elegidos a partir de listados propuestos por los Colegios Médicos pertinentes, y no será una cifra inferior a 10 profesionales, exceptuando las situaciones en las que no se cuente con ese número debido al territorio objeto o la calidad de los candidatos (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 68).

Al igual que en el Tribunal Nacional, en los Tribunales Seccionales Ético - Profesionales los miembros deben contar con suma idoneidad y profesionalismo, lo cual se refleja en el ejercicio de la profesión en un periodo no inferior a 10 años, o en su defecto, haber servido cátedra universitaria en Facultades de Universidades altamente reconocidas por el Estado al menos durante 5 años (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 69). Su nombramiento podrá ser hasta por dos años, teniendo la oportunidad de acceder a reelección y se posesionarán ante la autoridad máxima de la región (Congreso de la República de Colombia, 1981, Tít. III, Cap. I, Art. 70).

2. Responsabilidad Médica.

Para dar cabida a esta temática, es prudente reflexionar desde la perspectiva etimológica y semántica sobre lo que es *responsabilidad*. Según el diccionario de la Real Academia Española –RAE-, la palabra hace alusión a “*cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado*”; y desde el área más específica del derecho, habla de “*capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente*”. (RAE, 2020, recuperado de: <https://dle.rae.es/responsabilidad>). El diccionario Panhispánico del Español Jurídico de la Real Academia Española –RAE-, por su parte, expresa que *Responsabilidad* obedece a “*una obligación de resarcir las consecuencias lesivas para los derechos o intereses de otra persona derivados de la actuación propia o ajena, bien se deriven aquellas del incumplimiento de contratos, o bien de daños producidos por simple culpa o negligencia*”. (DEJ Panhispánico RAE, 2020, recuperado de: <https://dpej.rae.es/lema/responsabilidad>). El diccionario Oxford expresa “*circunstancia de ser culpable de una cosa*”. (Lexico, 2021, recuperado de: <https://www.lexico.com/es/definicion/responsabilidad>). Leal P. (2011, p. 347) refiere un contexto de reparación o satisfacción por un perjuicio ocasionado a alguien, y ese resarcimiento puede ser por acción propia del causante o la de otro que entra a participar eventualmente.

Al percibir términos como obligación, reconocer, error, culpa, generalmente se establece una relación con el alcance de la profesión médica. Al tener a su cargo el individuo cuya integridad física se encuentra afectada por alguna dolencia, y que en determinada instancia acude a él en búsqueda de ayuda, se asume que en sus manos está la solución a ese aquejo, y de forma paralela, que cualquier anomalía será en virtud de su accionar. En épocas antiguas la función

médica representaba un rol de gran prestancia, como fue en el caso de Hipócrates y Galeno, pero en otras instancias fue tarea de esclavos y sirvientes. La mayoría de manejos iniciales de la curación y la sanación fue en base a fundamentos de botánica, poco a poco se acude al uso de recetarios que sirvieron para consolidar el ensayo – error como la fuente del conocimiento en el momento. (Jácome R., 2008, p. 8). En esos pasajes de la historia, cualquier percance en una intervención que tuviese de por medio la salud de una persona, se resarcía con retribuciones en monedas, propiedades, ganado, entre otros (Hammurabi, 1728, p. 24-25). Hoy en día, procedimientos de tipo experimental requieren de evidencia clara en virtud de consenso al interior de una comunidad científica; los sujetos, las intervenciones, materiales y métodos, el planteamiento de hallazgos y conclusiones son supervisados por comités de ética médica y si pasan los filtros respectivos, los resultados son publicados en revistas o medios de renombre. Hay una alta exigencia en el proceder de quienes están al frente de dicha labor, generalmente son científicos destacados y reconocidos en el medio, de ellos se espera que sus acciones den como fruto un desenlace alentador, que se pueda revertir posteriormente en acciones que permitan la creación de medicamentos o tratamientos que conlleven al alivio a una afección o una enfermedad.

En algunas culturas, el facultativo estaba libre de señalamiento frente a situaciones adversas, todo por representar una figura sagrada o un ser dotado de poderes sobrenaturales o mágicos (Ruiz, 2004, p. 4), pero esa “inmunidad” o exención, poco a poco, fue desapareciendo, dando paso a la adquisición de obligaciones frente a su accionar con aquellos que acusaban dolencias o sufrimientos (Artiles G., 2013, p. 3). Hubo sanciones de diversa índole para el médico que cumpliera de manera indeseada su labor, como la amputación de las manos, la crucifixión o la muerte, tanto en casos de abandono al paciente, causarle mutilación o muerte (Hammurabi, 1728, p. 24; Artiles G. et al, 2013, p.136).

Según Yepes R. (2020, p. 57), la Responsabilidad por Derecho Propio hace alusión a que:

“El principio general de la responsabilidad civil consiste en la obligación de indemnizar los perjuicios causados por nuestras propias acciones u omisiones. Es por ello que la mayoría de las acciones judiciales se instauran directamente contra el profesional de la salud que prestó un servicio, llámese médico general, especialista, bacteriólogo, enfermera, etc. El médico Podrá ejercer su profesión en un consultorio o en interior de una clínica privada, cooperativa u hospital público, pero aun así, su conducta individual puede ser sometida al análisis del juez, a raíz de la atención a un paciente”.

Para complementar el concepto central de este aparte, es menester definir la palabra *médico* o *médica*. La RAE establece que, como adjetivo, es lo “*perteneciente o relativo a la medicina*” y como sustantivo, “*persona legalmente autorizada para ejercer la medicina*” (RAE, 2020, recuperado de: <https://dle.rae.es/m%C3%A9dico?m=form>). Oxford reúne elementos similares expresando que es la “*persona que tiene la autorización académica y legal para ejercer la medicina*”. (Lexico, 2021, <https://www.lexico.com/es/definicion/medico>). Se visualizan elementos comunes como: persona, autorización, ejercer, legal.

A pesar que desde la connotación semántica se introducen las acepciones: obligación, error, respuesta o reparación, desde el ideal de una labor tan trascendental en la sociedad, se suscitan cosas distintas, y es precisamente una lucha por recuperar ese matiz deontológico que debe identificar a la profesión del médico, y no caer en un reduccionismo que la haga estar sujeta a un sistema jurídico de reglas que le impriman un carácter de obligatoriedad (Criado, 1999 en Cristancho, 2018, p. 5). Es crucial reivindicar la labor médica, para alejarla de connotaciones que limiten su alcance, para que no sea vista como en otros tiempos, cuando el médico se concebía como un ser intocable y el enfermo como alguien sujeto a una voluntad ajena. Es básicamente establecer un equilibrio entre el derecho que tiene el médico a ejercer su tarea sin presiones y el derecho que tiene el paciente a recibir una atención digna (Ruiz, 2004, p. 5).

Partiendo de una construcción crítica, y basado en los anteriores preceptos, es posible afirmar que la Responsabilidad Médica se orienta hacia los factores que debe considerar el facultativo para brindar una atención oportuna y eficaz, enmarcada en los lineamientos de la ética profesional, el vasto conocimiento en la materia y la legislación específica. Es transitar hacia la solución más adecuada a una dolencia o aquejo de una persona. Por su parte, el paciente, lejos de generar oposición a la actuación del médico, voluntariamente accede a ella, depositando suma confianza en el facultativo en virtud de su sapiencia, altruismo y certeza en su proceder, todo con un norte común: la sanación del paciente. No obstante, en casos en que el paciente se rehúse a la práctica de un procedimiento propuesto por el galeno, éste puede hacer uso de la información escrita como alternativa de persuasión, nunca de coacción (Farber y Blustein, 2015; en Cárdenas, 2018, p. 43). El desarrollo de esta labor no debe ir en contra de la integridad física, síquica ni moral, tanto del paciente como del médico, para que se propicie un desenvolvimiento en pleno estado de derecho.

2.1. El Acto Médico.

Si se pretende analizar el nivel de implicación que tiene un profesional de la salud frente a una eventual atención cuestionable hacia un auscultado, se hace necesario establecer hasta qué punto es a raíz de su accionar, y si ello dependiera netamente de factores ligados al nivel de conocimiento de las circunstancias psicosomáticas o a una simple toma de decisiones. El *Acto Médico* se enmarca en el contexto de la interacción del facultativo con su paciente, y es en virtud de unos preceptos ético-morales que en perspectiva deontológica, lo circunscriben en una sociedad (Restrepo, 2012, p. 7).

“La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional”. (Congreso de la República, 1981, Tít. I, Cap. I, Art. I, Num. 4°).

Aunque el fragmento de la Ley 23 de 1981 le otorga gran parte del compromiso al versado en los temas de salud, el *Acto Médico* es una forma particular de establecimiento de un vínculo entre dos personas, es propiamente un lazo afectivo que genera grandes expectativas en un desenlace alentador. El ser humano requiere ser cuidado desde la temprana infancia, y es la

madre quien, en primera instancia, se encarga de proveer todo lo que precisa el neonato, ocupando un rol de cuidador. En etapas posteriores del desarrollo y de la vida en sí misma, el sujeto se enfrenta a diversas eventualidades, a otros entornos, establece vínculos con otras personas. Dentro de esos ambientes que debe explorar, se encuentran las entidades de salud, cuando el individuo por una u otra razón debe ser internado; y las personas con las cuales debe relacionarse son el médico y el personal de la salud, quienes bajo condiciones favorables y de ejecución idónea de su labor, le brindan los respectivos cuidados ante el padecimiento (Yepes D. et al, 2018; p. 296). Ese vínculo funciona adecuadamente en virtud de las características actitudinales y del temperamento, tanto de parte del cuidador (galeno) como del paciente (Calavia M., 2012, p. 5). En el Acto Médico, uno de los individuos es el que presenta el padecimiento (el que requiere los cuidados), cuya motivación es precisamente esa afección en su integridad física, el cual asume que la única vía para dar fin a ese aquejo es acudir al galeno. Por esta razón, es notable el voto de confianza depositado por el paciente hacia el profesional clínico. El otro integrante de esa conexión es el facultativo (el cuidador), quien está en la capacidad y la potestad de brindar cura y sanación, todo fruto de la respectiva evaluación del estado de salud del doliente que se fundamenta en la experticia y experiencia. (Guzmán et al, 1994, p. 139; Guzmán, 2001, p. 8)

A través de su paso por las aulas universitarias, el futuro profesional clínico adquiere conocimientos, destrezas y competencias, que lo dotan de criterios sólidos para intervenir en determinados eventos o situaciones de su incumbencia. Pero las permanentes innovaciones y avances técnicos y tecnológicos demandan que esa sapiencia lograda escale a niveles subsiguientes. Generalmente, lo que se espera al acceder al ambiente académico y científico es que el profesional de la medicina se contagie del espíritu de progreso y avance, lo ideal es hacer lo propio para ir en la búsqueda de ser destacado en un gremio o un entorno determinado. En esa medida estará en la potestad de encarnar los principios éticos concernientes a su campo de acción, guiado principalmente por la voluntad y la inteligencia sin ser requerida la coacción (Restrepo, 2012, p. 7).

2.1.1. Características del Acto Médico.

- *La profesionalidad:* Valga la redundancia, el único con autonomía y criterio para hacer efectivo el Acto Médico es el facultativo, el profesional de la Medicina.
- *La ejecución típica:* El Acto Médico tiene su ejecución en conformidad con lo que se conoce como “*Lex Artis*”, o sea en referencia al “*conjunto de reglas técnicas a las que ha de ajustarse la acción de un profesional en ejercicio de su arte u oficio*” (<https://dpej.rae.es/lema/lex-artis#:~:text=Adm.,de%20su%20arte%20u%20oficio>), y en el marco de las normas de excelencia vigentes.
- *El establecer como norte la curación o rehabilitación del paciente.*
- *La licitud:* En otras palabras, el Acto Médico debe estar en congruencia con la normatividad legal.

(Guzmán et al, 1994, p. 139, Guzmán, 2001, p. 8; Guzmán y Arias, 2012, p. 15).

2.1.2. Tipos de Actos Médicos.

- Acto Médico Directo: Se conoce con esta denominación a aquellos que están orientados a lograr la curación o alivio del paciente. Pueden tener un carácter de prevención, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación.
- Acto Médico Documental: Es referente a ciertos trámites presentes en el proceso de atención al doliente, y es complementario de la auscultación presente y de otras que se hayan realizado. Su relevancia apunta a proporcionar pruebas en caso de reclamaciones o procesos, y aquí se detallan la fórmula donde figuran los medicamentos, el certificado elaborado por el galeno, y la historia clínica.
- Acto Médico vs Acto Jurídico: El Acto Médico es en sí una manipulación de técnicas y aprendizajes teórico-prácticos, que se dirigen a la obtención de un resultado específico. Estos logros tienen implicaciones legales, consecuencias jurídicas para el médico tratante y para el enfermo que ha estado sujeto a este accionar.

(Guzmán et al, 1994, p. 139-144; Guzmán, 2001, p. 8-11).

2.1.3. Obligaciones y Deberes del Médico: Guzmán et al (1994) y Guzmán (2001) establecen una clara y completa categorización de las obligaciones y deberes del Médico. Según los autores, son:

2.1.3.1. Secreto Profesional: El término “*secreto*” procede en su etimología de la raíz “*cerniere*”, que guarda relación con separar, segregar. Para la Real Academia Española, secreto es “*cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta*”. (RAE jurídico, 2020, <https://dle.rae.es/secreto>). De esa definición se desprenden 3 elementos importantes: *cosa* (todo, cualquier cosa, no solamente algo puntual), *cuidadosamente* (control, prudencia, alejado de peligro), *se tiene reservado y oculto* (alejado del conocimiento común). Traducido al ámbito profesional, se da origen a una variable específica, *Secreto Profesional*, entendido como “*la obligación, deber y derecho que tiene todo profesional de guardar silencio sobre las cuestiones de cuya existencia toma conocimiento en virtud o en ocasión del ejercicio lícito de su profesión*”. (Foyo, 2010, p. 2).

También se ha dicho que “*El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales*”. (Guzmán et al (1994, p. 144).

Según Foyo (2010, p. 3), por ser disímiles las maneras de lograr el conocimiento referente a asuntos personales sobre el paciente, surgirán igualmente diferentes variantes que toman como base el origen del secreto y sus consecuencias legales. Así, es posible identificar las siguientes modalidades de secreto: **Secreto Natural**, independiente de todo contrato, que surge por azar y se

apoya en el precedente moral de no causar perjuicio (“*primun non nocere*”); **Secreto Prometido**, promesa realizada posterior a tener conocimiento de la cosa, distante del marco profesional y más arraigado en una relación personal; **Secreto Confiado**, promesa manifiesta que se da antes de haber interiorizado el conocimiento de la cosa, puede ser **Confidencial** (ayuda o consejo sin relación con el ámbito profesional) o **Profesional** (asistencia profesional con admoniciones y precauciones). El Profesional puede ser: **Absoluto** (supone callar siempre como negativa que no se quebranta) o **Relativo** (asume el hablar cuando haya causa justa y callar cuando no exista) (Foyo, 2010, p. 3).

Esta última consideración coincide en algunos elementos con Uribe Cualla, en donde se sustenta que el secreto del profesional de la salud puede ser: **Absoluto**, todo debe ser reservado por parte del médico, ya sea ante la justicia o en privado; **Relativo**, no debe ocultarse a la justicia, para poder contribuir con el hallazgo de la verdad; **De Consciencia**, el galeno debe hacer la divulgación de la verdad. Además, Uribe C. argumenta que, para considerar violación al secreto del profesional, son necesarias unas condiciones: a) que el infractor encarne una profesión u oficio; b) que el asunto haya sido revelado en ejercicio de la profesión, aunque no sea propiamente confidencial; c) que el hecho de revelar el secreto ocasione un perjuicio o que permita que sea posible consolidarlo; d) que sea concebido en plenitud de consciencia (delito) o que pase inadvertido (falta moral) (Uribe Cualla en Guzmán, 2001, p. 11; Guzmán y Arias, 2012, p. 19).

Es necesario analizar el Secreto Profesional desde tres perspectivas: **Legal**, definida por las disposiciones que refieren sanciones por incumplimiento, excepciones, alcances de la obligación de conservar reserva de la cosa; **Ética**, que está ligada a los Códigos de Ética y por instancias en las que el profesional ejerce respetando preceptos morales y de consciencia; **Médico – Asistencial**, que habla de la importancia del aporte del paciente para garantizar un vínculo más eficaz y fortalecer la relación médico – paciente. (Foyo, 2010, p. 4).

2.1.3.2. Información Adecuada y Consentimiento: Etimológicamente, la expresión consentimiento se deriva del latín “*consensus*”, derivada al igual de “*cum con*” y “*sentire*”, que hace alusión a el acuerdo de dos o más voluntades con respecto a un asunto común. Para la Real Academia Española, consentimiento es “*expresión de la voluntad de un sujeto de derecho internacional en asumir una obligación o en eximir de su cumplimiento. Su formación irregular puede hacerlo nulo*”. (RAE jurídico, 2020, <https://dpej.rae.es/lema/consentimiento>). En un sistema jurídico para darle cabida a los actos de manera efectiva, debe estar de por medio un consentimiento, el cual debe estar libre de vicio: error (Discordancia entre la voluntad declarada y la voluntad afectiva de las partes), fuerza (Coacción física) o dolo (fraude, engaño). (González, 2011, Art. 1508, p. 497-498)

De acuerdo con Guzmán et al (1994) y Guzmán y Arias (2012), en los Actos Médicos el consentimiento debe cumplir unas condiciones mínimas, las cuales son:

Capacidad: contar con las suficientes facultades intelectuales y el criterio necesario para determinar las alternativas y riesgos;

Poseión del derecho: es la titularidad del derecho, bien o interés sobre el que el individuo da su consentimiento en el acto médico;

Libertad: se contraponen a esta condición cualquier tipo de coacción (física, moral, intelectual, económica, etc.), información falsa o engañosa de parte de los individuos;

Información adecuada: los argumentos presentados al doliente deben guardar suma veracidad, deben ser explícitos y disertados con él. Cualquier irregularidad, error o engaño atenta contra el principio ético del médico y vulnera la posibilidad del paciente para decidir (Guzmán et al, 1994, p. 144-145; Guzmán y Arias, 2012, p. 23).

Para otorgar el visto bueno al Acto Médico y así imprimirle legitimidad, es necesario que el paciente haya recibido y asimilado la información, pudiendo tener a la mano elementos de juicio en qué soportar su libertad de decidir (Fernández M., 2015, p. 156). La Ley 23 de 1981 hace referencia a la Responsabilidad en caso de riesgo previsto: *“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 al paciente o a sus familiares o allegados”*. (Congreso de la República, 1981, Tít. II, Cap. I, Art. XVI). A pesar que el facultativo tiene la premisa de generar esperanza a su paciente, las circunstancias reales pueden requerir otro accionar, y es ofrecer información veraz y transparente. Esto es posible en virtud del consentimiento informado, que puede ser útil por un lado, como elemento de apoyo a la función del médico; por otro, refuerzo a la ilustración sobre los riesgos y beneficios para el paciente. En caso opuesto, se transgrede el derecho de la persona a tener conocimiento claro y concreto de su situación, para proceder según sus necesidades (Guzmán, 2001, p. 12).

Causa o motivo del Acto: Corresponde a la sintomatología del paciente, que es la que lo conduce a buscar ayuda profesional; y a la experticia del Médico, su interés como ser humano, y su formación científica y académica (Guzmán et al, 1994, p. 146).

Documento: Debe quedar una constancia del Acto Médico, muy pertinente cuando se habla de casos o tratamientos de riesgo o procedimientos invasivos. En situaciones de urgencia, el documento se puede pasar por alto debido a la premura de la atención, pero se debe realizar la respectiva anotación en la historia. Debe haber claridad en la medida que el documento no libera de responsabilidad al galeno, es una constancia que ilustra sobre un accionar de acuerdo con la voluntad

del paciente y se hacen tangibles las circunstancias en las que se presta el servicio. Al igual, la Historia Clínica pasa a ser un soporte fundamental en el Acto Médico, pues de la veracidad, exactitud y confiabilidad de los registros que en ella se consignen depende, en gran medida, la consecución de uno de los objetivos centrales, que es ver la evolución del estado de la persona para promover la curación de sus dolencias (Guzmán y Arias, 2012, p.15; Yepes, 2020, p. 146-147).

Reversibilidad: Siempre existe la posibilidad de revocarse el consentimiento por parte del enfermo. Y no sólo hay alternativa de arrepentirse de recibir el tratamiento, sino también de solicitar cambio del profesional encargado de practicarlo. Se interpreta como una culminación de manera unilateral del Contrato de Prestación de Servicios Médicos (Guzmán et al, 1994, p. 146);

2.1.3.3. Obligación de Conocimiento: Hace referencia a que los aprendizajes y herramientas conceptuales del médico sean adecuados y de vanguardia, lo cual requiere de muchos años de interacción teórico – práctica en los claustros académicos donde la Medicina sea una carrera aprobada por el gobierno. Y, en este cúmulo de experiencias, no se aceptan actitudes pasivas o basadas en creencias o preceptos sin fundamento, demanda una postura creativa, disciplinada y coherente con la realidad (Guzmán et al, 1994, p. 146; Guzmán, 2001, p. 11).

2.1.3.4. Obligación de Diligencia y Técnica: Este elemento guarda íntima relación con el anterior, y es en virtud de éste que el galeno debe poner a tope sus habilidades, su experticia y su voluntad para brindar el mejor cuidado a su paciente, debe velar por modificar o eliminar la enfermedad, para preservar la vida y mejorar la calidad de la misma. El médico debe tener claros sus propósitos, adoptar juicios coherentes, encarnar un nivel superlativo de compasión y gran sentido de responsabilidad humana. Esta consideración implica ser un maestro en el conocimiento y manejo de instrumentos, equipos y herramientas pertinentes a su oficio. Si en determinado momento fuese menester acudir a artefactos con los que se cuente en el país, se debe hacer la gestión correspondiente para que el paciente se pueda beneficiar de ese recurso cuando la vida depende de ello, independientemente de la capacidad económica del prestador del servicio, quien está llamado a garantizar la atención en salud (Guzmán et al, 1994, p. 146; Guzmán, 2001, p. 11).

2.1.3.5. Obligación de Continuidad en el Tratamiento: Un vez establecido el Acto Médico en toda su esencia, la terapéutica será el paso a seguir, la sanación del paciente pasa a ser el común denominador, a excepción que el enfermo decida cambiar de médico o deba ser remitido a otro especialista. Sin embargo, hay dictámenes institucionales y de orden burocrático que estipulan que la atención estará a cargo del médico de turno, lo cual trae consigo la alteración del Acto

Médico y las consecuencias que ello deriva (Guzmán et al, 1994, p. 147; Guzmán, 2001, p. 11).

2.1.3.6. Obligación de Asistencia y Consejo: El galeno se constituirá en consejero, siempre en búsqueda de las decisiones más trascendentales para su auscultado. Esta afirmación es en virtud que la medicina es, en esencia, un área del conocimiento de connotación humanística y, por ende, debe ir en pro del apoyo constante hacia el paciente (Guzmán et al, 1994, p. 147; Guzmán, 2001, p. 11).

2.1.4. Acto Médico Privado: Se refiere a un vínculo directo establecido entre el enfermo y el galeno elegido por él mismo, ya sea por recomendación, voluntad propia o por remisión a una especialidad. Es, básicamente, el establecimiento de un contrato consensual, en el que el médico, desde su labor, hace uso de todas las alternativas que estén a su alcance para curar o mantener el nivel de salud del enfermo, y éste se compromete a responder por los honorarios del facultativo (Guzmán et al, 1994, p. 147; Guzmán, 2001, p. 11).

2.1.5. Acto Médico Institucional: Es una relación expresa que el paciente se somete a ser atendido por personal que él no elige, como lo que ocurre en instituciones públicas, Entidades Promotoras de Salud, entre otras. Esta situación no deja de lado la relación contractual entre galeno y paciente, de hecho, queda inmerso un tercero que es la institución que presta el servicio, que es la proveedora de la remuneración al médico por la labor desempeñada y garantiza al enfermo la atención más pertinente del caso (Guzmán et al, 1994, p. 147; Guzmán, 2001, p. 11).

2.2. Praxis Médica.

Para abordar este punto, es prudente analizar el término “*Praxis*” desde su etimología y semántica. La Real Academia Española y el Diccionario Oxford coinciden en la siguiente definición: “*Práctica, en oposición a teoría o teórica*” (<https://dle.rae.es/praxis> - <https://www.lexico.com/es/definicion/praxis>). Según el Pequeño Larousse ilustrado (2005) proviene del Griego, y significa “*práctica*” o “*acción*” (Diccionario Larousse, 2005, p. 820).

Como se pudo corroborar, la palabra “*praxis*” tiene su origen en el lenguaje Griego, se traduce como “*acción*” o “*práctica*”, y es un vocablo que suele ser usado en el ámbito profesional y académico para hacer alusión al “*paso de la especulación a la práctica*”, o a la relación dialéctica entre ambos conceptos, respectivamente. Es, de esta forma, como el término “*praxis*” establece vínculo con el término “*teoría*”, en oposición o como principio de complemento. Dependiendo del ámbito del conocimiento en que se use, *praxis* puede ser comprendida desde dos perspectivas: a) Como la materialización de la especulación teórica, como ejemplo, la *praxis* profesional; b) Como la práctica concreta de la vida histórica, representada en acciones, decisiones o movimientos a partir de los cuales se establecen teorías, en otros términos, entornos en los que se interprete la realidad que posibiliten su renovación. En el primer caso, la *praxis* le da validez al conocimiento; en el segundo, la *praxis* origina el

conocimiento, toda vez que se atribuye una acción de cambio en la vida del hombre y su entorno social (Sánchez V., 1977, recuperado de <https://www.significados.com/praxis/>, 2021).

Retomando los anteriores elementos, la *Praxis Médica* sólo es viable para el individuo que se formó idóneamente como Médico (Praxis Profesional), y se puede conceptualizar como aquel conjunto de acciones en las que el Médico aplica los conocimientos adquiridos en su proceso de formación académica en la universidad, en su paso por las salas de urgencias y de consulta general en su periodo de residencia, y esos aprendizajes se orientan a la curación, mejoramiento o mantenimiento de la dolencia que presenta su paciente. Para Anaya P. et al (2013) el concepto se orienta así:

“La Praxis Médica consiste en anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y / o tratamiento de las enfermedades de las personas o la recuperación, conservación, y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado, así como las pericias que practican los médicos”.

Estos autores introducen un elemento de gran relevancia, y es que la *Praxis Médica* trasciende el umbral de lo clínico, del quirófano, del consultorio; en determinada instancia, cuando el galeno se desempeña en otros terrenos, dígame asesoramiento a instituciones de diversa índole, la cátedra universitaria, entre otros, también debe considerar los principios que identifican la profesión médica, debe encarnar la ética y la idoneidad que demanda una profesión de tanta relevancia en la sociedad. Según Duret C., M. et al (2013, p. 72), la *Praxis Médica* va de la mano con un *Acto Médico* consolidado y auténtico, dado que mantener ese vínculo entre cuidador y enfermo facilita la comunicación, el desarrollo de los procedimientos y la interacción entre las partes.

De acuerdo con Anaya P. et al (2013, p. 165), en la actualidad continúan vigentes elementos de la *Praxis Médica* que vienen ejerciendo influencia desde la antigua Grecia, los cuales son:

- **El diagnóstico Médico:** “Diagnosticar” se origina en un vocablo griego, *diagignóskein*, que significa “*conocer acabadamente*”. La tarea del diagnóstico abarca tres puntos básicos: a) El médico debe asegurarse si el sujeto atendido realmente presenta una patología, y si ésta es incurable o mortal, para saber si es pertinente su intervención y si hay una alternativa eficaz; b) Hay otra connotación de orden social, y es la obtención de aprobación por parte del enfermo y sus allegados cuando el diagnóstico es acertado; c) Y otra consideración es tendiente a lo técnico – profesional, dado que la eficacia de los procedimientos está ligada a la precisión en el diagnóstico.
- **La Terapéutica:** Palabra relacionada con tratamiento, aplicación de sustancias o cambios de hábitos, que están encaminados a influir positivamente sobre la dolencia. Son tres las orientaciones cardinales de la terapéutica: a) Farmacoterapia, que hace referencia a la dosificación de medicamentos y productos, ya sean píldoras, ungüentos, entre otros; b) Dietética, porque una alimentación adecuada puede aportar no sólo a la curación del aquejo, sino también al mejoramiento de la salud en general; c) La cirugía, que es la última instancia en un gran número de situaciones cuando otras alternativas no arrojan los resultados esperados.

- **Ética Médica:** En su esencia misma, el *Acto Médico* es un *Acto Ético*. Y no se hace referencia a ceñirse mecánicamente a unas directrices o a un documento como el de *Promesa Médica*, se trata que el facultativo interiorice y se apropie de los elementos constitutivos de la *Ética* (Profesionalismo / Respeto / Fiabilidad / Dedicación / Determinación / Rendición de cuentas / Humildad – Whitmore, J.; 2021, recuperado de: <https://www.entrepreneur.com/article/268892>). Pasar por alto estos elementos es atentar contra los principios de la *Profesión Médica*, por consiguiente, será precipitarse, el accionar nunca trascenderá la especulación y la suposición.

Para que sea perceptible y manifiesta una buena *Praxis Médica*, deben cumplirse los siguientes requisitos:

- **Prudencia:** Virtud de tomar determinaciones de orden médico, sean de comisión u omisión y que estén en consonancia con la *Lex Artis* (Remitirse al Glosario), que se ajusten a las circunstancias del *Acto Médico* de manera oportuna y haciendo el mejor uso de medios y recursos. Si la Prudencia se ausenta, se habla de *Imprudencia*.
- **Pericia:** Es encarnar la *Lex Artis* (Remitirse al Glosario), estar dotado de todos los elementos y criterios necesarios, tanto teóricos como prácticos para intervenir de manera idónea en el *Acto Médico*. La falta de Pericia es *Impericia*.
- **Diligencia:** Hace referencia a todos los cuidados, atención, dedicación y prontitud en el *Acto Médico*. La Falta de Diligencia es *Negligencia*.
- **Recta Intención y Recta Consciencia Médica:** Es desligarse en el *Acto Médico* de cualquier interés personal o institucional, es una actitud *Ética – Médica* de valoración, que requiere hacer un ajuste de la voluntad a la *Lex Artis* (Remitirse al Glosario).

2.2.1. Malpraxis o Mala Praxis Médica: Habiendo analizado las características de lo que es *Praxis Médica*, es interesante revisar el concepto inverso. Es consecuencia de un accionar profesional ejecutado con *Imprudencia, Negligencia, Impericia o Inobservancia* de los deberes y reglamentos del cargo. La *Mala Praxis* se evoca constantemente en las demandas, y conduce a los profesionales de la salud a adquirir pólizas que les ayuden a solventar los perjuicios que corresponda resarcir al paciente o los familiares a cargo, de ser necesario (Anaya, P. et al, 2013, p. 165; Fuente del C., A., 2018, p. 123).

Las causas de la *Mala Praxis Médica* pueden tener su origen en las siguientes circunstancias, entre otras, (Fuente del C., 2018, p. 125):

- Mala elaboración de la Historia Clínica (Muy frecuente).
- Profesional con formación de bajos estándares académicos y científicos.
- Profesionales con malos hábitos (Mal descanso, mala alimentación).
- Métodos deficientes de entrevista, débil capacidad de escucha al paciente.
- Mal establecimiento del *Acto Médico*.

Además de las anteriores anotaciones, Fuente del C. (2018, p. 126) hace un aporte sumamente valioso, describiendo lo que se conoce como las *Formas*

Ocultas de la Mala Praxis Médica, las cuales pueden tener su origen en las siguientes eventualidades:

- Trato inadecuado al paciente por escasez de equipos o equipamiento en mal estado.
- Trato inadecuado al paciente porque el profesional no demuestra honestidad.
- El paciente, los familiares o responsables no demuestran honestidad.
- Trato inadecuado por reducción del tiempo de atención al paciente.
- Ausencia de registros o tergiversación de los mismos en la historia clínica.
- Trato inadecuado a la persona que se hace cargo del paciente.
- Trato inadecuado al paciente cuando incumple con las prescripciones médicas.
- Falsificación de drogas y medicamentos.

Para complementar lo abordado en este aparte, y con la intención de establecer la mayor claridad posible, es necesario analizar los elementos principales para determinar una *Mala Praxis* en casos específicos:

- Sometimiento al enfermo a riesgo sin necesidad.
- Aceleración de la gravedad o deceso del paciente debido a una atención de escasa calidad.
- Aparición de traumas sin justificación.
- Ser remunerado de manera fraudulenta.
- Llevar a cabo prácticas o suministro de insumos notablemente no apropiados.
- Comisión de actos de violencia moral y / o física.
- Cuando no se cumplen las obligaciones, de seguridad, de medios, y en su caso, de resultados.
- Consolidación de Actos Médicos sin haber validado con antelación comisiones y / o comités de investigación y / o ética.
- Transgresión a normativas prohibitivas (Ejemplo: aborto o eutanasia no permitidos por la ley) (Fuente del C., 2018, p. 126).

2.2.2. Error Médico: El *Error Médico* es el factor causal más predominante de los eventos indeseados en el proceso de atención médica, superando los catalogados como *Mala Praxis*. En algunos casos, la teoría hace referencia al *Error Médico* considerándolo un *Evento Adverso*, comprendido como lesión o daño ocasionado en el proceso de atención médica, el cual se puede prevenir por medio de los conocimientos en medicina con los que se cuenta hasta el momento del suceso. El Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina de Estados Unidos, hace una clasificación de las causas del Error Médico, dentro de las que destaca el *Inapropiado Diagnóstico* o el *Error en el Diagnóstico*. Sustenta que en este grupo se encuentran la mayoría de las causas del Error Médico. La base de este argumento tiene sus raíces en lo relacionado con la *Semiología Clínica*, que es el sistema de conocimientos que posibilita identificar los signos o manifestaciones clínicas objetivas y los síntomas y percepciones subjetivas de una enfermedad; desde la perspectiva de cómo buscar estas manifestaciones (semiotecnia), cómo interpretarlas y jerarquizarlas, y dado

el caso, cómo reunir las para catalogarlas como síndromes (clínica semiológica o propedéutica). Esta información se obtiene mediante la aplicación del método clínico, que es de gran relevancia para la confección de la historia clínica (Knight y Héctor, 2016).

Lo anterior conduce a ratificar que, el *Error Médico* guarda íntima relación con la inadecuada aplicación de fundamentos técnicos y científicos en el proceso de auscultación del paciente, lo que puede conllevar a afectaciones y perjuicios de diversa índole en virtud, primordialmente, de un mal diagnóstico. Por su parte, la *Mala Praxis* se circunscribe en una acción de dañar total o parcialmente, temporal o de manera permanente la salud del paciente, en el marco de un Acto Médico opacado por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia, lo que refleja un alejamiento de los reglamentos y deberes que se exigen a los profesionales de la salud. La *Responsabilidad Médica* propiamente dicha, es calificada como una variedad de la *Responsabilidad Profesional*, por lo cual adquiere naturaleza culposa, o sea, actuación sin intención de hacer daño (Momblanc, 2020; p. 505).

Se introduce el término “*Iatrogenia*”, para evidenciar el daño que sufre el enfermo y que es producido por un médico (Artilles et al, 2013, p. 137). *Iatrogenia* proviene del griego “*iatros*” que hace alusión a *médico* y “*génesis*” que expresa *generado por*, y corresponde a esas lesiones o enfermedades que en su correcto ejercicio profesional, y sin culpa, produce el médico, en las cuales no se debe incluir la acción dolosa del galeno, pues “*iatros*” es referente al *médico* y no al *mal médico*. Estas situaciones tienen su origen en predisposición del paciente (Constitución individual, alergias, intolerancia), estados patológicos previos o circunstancias posteriores a la atención médica (Orrego P., 2004, p. 1). Lo que propone Fuente del C. (2018) es que hay *Errores* que pueden desencadenar una *Mala Praxis*. El autor los resume en la siguiente tabla:

Tabla 1: Tipos de *Errores* que conducen a la *Mala Praxis*.

Diagnósticos	Error o retardo en el diagnóstico
	Fallo en la indicación de pruebas pertinentes
	Fallo al actuar en base a los resultados de las pruebas realizadas
	Indicación de pruebas terapéuticas inadecuadas
Terapéuticos	Cuidado inapropiado o no indicado
	Error en el método de dosis de administración de medicamentos
	Error en la administración del tratamiento
	Realización errónea de cirugía, procedimientos o pruebas
	Retraso evitable en tratamiento o respuesta a pruebas anormales
Preventivos	Fallo por no indicar tratamiento profiláctico
	Indicaciones profilácticas inadecuadas
	Inadecuado seguimiento del tratamiento
Otros	Fallo en el equipo
	Fallo en la comunicación
	Fallo en otros sistemas

Fuente: Fuente del C., 2018, p. 125

Aunque los anteriores son factores causales de riesgo que pueden conducir a desenlaces no deseados, algunos pueden ser previsibles con una adecuada supervisión (Fuente del C, 2018), y es una labor efectiva a través de lo que se denomina *Auditoría Médica* (Artiles et al, 2013, p. 137). Los factores causales de riesgo detectables son:

- Exceso de confianza, indecisión, timidez, rutina.
- Retardos en la atención.
- Inapropiada relación médico – paciente.
- Inapropiadas condiciones o herramientas de trabajo.
- Falta de organización, disciplina y supervisión del cuerpo médico.
- Ausencia de reglas para el monitoreo de la calidad en la prestación del servicio.
- Anomalías con la elaboración, custodia, conservación de las historias clínicas.
- Falta de reglamentos que rijan el ejercicio básico de la especialidad (Fuente del C, 2018, p. 125).

Tomando como punto de partida que el *Error* es obra humana, si bien no justificada, la seguridad del paciente estará determinada por las premisas que se adopten para la detección y prevención del evento no deseado. Como se mencionara unas líneas antes, una medida fundamental es la *Auditoría Médica*, que se establece como alternativa de control de calidad en la atención, evaluación de procesos, diligenciamiento de documentos y otras actividades, tomando como base indicadores y requisitos convenidos. Su concepción debería tomar un carácter más educativo que punitivo o sancionador, debido a que se analizan las incidencias en episodios adversos o accidentes, y así se contribuye al mejoramiento de los procesos de atención en salud (Artiles et al, 2013, p. 137).

Es importante reconocer que en ocasiones el paciente también es fuente de *Errores*, y esto es fundamental, porque por lo general los señalamientos recaen exclusivamente sobre el galeno. Esos errores por parte del enfermo pueden ser *involuntarios* (Confunde los síntomas, ubica de manera incorrecta la zona del cuerpo afectada, no tiene claridad al expresarse, se equivoca por compromiso de consciencia o falsa consciencia, incompetencia); y/o *voluntarios* (Mentiras, engaños, fabulaciones sobre signos, síntomas o historia clínica; no cumplimiento de las prescripciones médicas) (Fuente del C., 2018, p. 166).

En virtud de lo anterior, es manifiesto que la *Praxis Médica* requiere de *aptitud* y *actitud*, lo cual permitirá tomar decisiones acertadas, mejorar la interpretación de las circunstancias, orientarse hacia la intención clínica deseada para que, en la medida de las posibilidades, no se presenten *Errores Médicos*, y que así las acciones realizadas vayan en procura de proteger al paciente y al galeno (Anaya P. et al, 2013, p. 164).

Capítulo 2.

Elementos que conforman la estructura de la Responsabilidad Civil - Influencia en la Responsabilidad Médica.

1. Concepto de Responsabilidad Civil.

En términos generales, la *Responsabilidad Civil* hace alusión a satisfacer un *daño* o perjuicio determinado, de modo que al referirse a ella se está apuntando a la calidad que se le atribuye a un sujeto responsable; que por estas afectaciones debe rendir cuentas, sea que hayan sido ocasionadas por sus propias acciones, por los actos de otros, por sus bienes o pertenencias (Restrepo, 2006; p. 7). Hay aspectos comunes con la visión clásica de Savatier, que habla de “*la obligación que le incumbe a una persona de reparar el daño causado a otro por su hecho, o por el hecho de personas o cosas que dependen de ella*” (Savatier, 1939; en Yepes, 2020, p. 47).

En virtud de ésta última consideración, se establece que la responsabilidad en sí misma no es un concepto aislado, sino un término que complementa una visión más global, y es la de *deber*, entendido en la Constitución como un patrón que es referente para la consolidación de la voluntad legislativa, y de ser fundamento para la conformación en el marco de la ley de *obligaciones* específicas que reflejan la esencia de la Constitución. Estas directrices pueden trascender y dar justificación a limitaciones razonables de los derechos constitucionales, y pueden servir como referencia objetiva para la interpretación constitucional elaborada por los jueces para la resolución de un caso en el marco de la integridad de la Constitución (Corte Constitucional de Colombia, 2005). A su vez, ese argumento define que un individuo se vea obligado a reparar los perjuicios o daños ocasionados; afirmando que la responsabilidad carece de sentido sin un sujeto a quien atribuirle la misma. Ésta se orienta hacia el establecimiento de un vínculo directo o indirecto entre los dos actores, el que ocasiona el *daño* o el que está llamado a responder por él; y el que ha salido afectado por el perjuicio. La Responsabilidad Civil guarda una connotación reparadora, busca primordialmente equiparar los intereses patrimoniales entre los protagonistas del suceso (Restrepo, 2006; p. 7).

Se hace necesario categorizar la naturaleza de la afectación, para establecer parámetros de diferenciación de la Responsabilidad. Cuando el *daño* surge de un obrar inadecuado u opuesto a lo estipulado, se relaciona con el concepto de “*Responsabilidad subjetiva*”; y cuando es resultante del uso de instrumentación, mecanismos, equipos o sustancias potencialmente peligrosas permitidos por la ley, se relaciona con el concepto de “*Responsabilidad objetiva*” o de “*Responsabilidad de riesgo creado*” (Fuente del C., 2018; p. 124).

Además, también es prudente anotar que existe un debate en la doctrina mundial, y es con respecto a la naturaleza dual o unitaria de la responsabilidad civil. La corriente dualista expresa que tanto la responsabilidad civil contractual como extracontractual son sistemas de responsabilidad diferentes, y por consiguiente, su estudio y tratamiento debe llevarse a cabo por separado. A su vez, la tesis unitaria sostiene que la responsabilidad civil corresponde a un solo sistema, y que el carácter contractual o extracontractual no requiere un tratamiento de manera aislada. Pero Viney (2007, p. 332) arroja evidencia de una tesis intermedia entre las dos anteriores, que básicamente habla de una dualidad moderada, que concibe un solo tipo de responsabilidad civil, pero que se compone de dos regímenes, el contractual y extracontractual, los cuales conservan zonas comunes y otras independientes, y que en conclusión requieren un análisis diferenciado (Agudelo V., 2020; p. 15).

2. Elementos de la Responsabilidad Civil Extracontractual.

La configuración de la *Responsabilidad Civil Extracontractual* se ha establecido en el marco de dos grandes bloques: El primero de ellos denominado *Elementos de la Responsabilidad*; y el segundo *fuentes, hechos, clases o tipos de Responsabilidad*. Aunque desde algunas bibliografías se puede corroborar que se abordan hasta tres elementos de la Responsabilidad Civil, el derecho administrativo colombiano ha sufrido una particular evolución en el tema, el cual está a cargo de la jurisprudencia del Consejo de Estado de Colombia que, a través de sus dictámenes, ha logrado la interpretación con respecto a que no son tres los elementos de la responsabilidad, sino que son tan sólo el *Daño Antijurídico* y la *Imputación*. Se podría afirmar que la causalidad queda relegada, desconociendo su importancia; pero se tiene claro que no existe sentencia de unificación al respecto (Arenas, 2020). Para fines de análisis práctico y detallado, se abordarán los elementos que se han referenciado en la literatura de Uribe G. (2020).

2.1. El hecho:

El término *hecho* se interpreta desde la óptica de la transformación de una realidad anterior, la cual puede tener su origen en un proceder, tanto por *acción* como por *omisión*, del individuo o por el empleo o posesión de cosas animadas o inanimadas; que a raíz de la intervención de ese individuo o por ellas mismas, han transmutado esa realidad precedente y han tomado forma en un efecto dañoso. El hecho en sí mismo no adquiere suficiencia para referir Responsabilidad Civil, por esa razón se debe relacionar con el desenlace dañoso para que sea relevante en la instancia jurídica (Restrepo, 2006, p. 8).

Ese vínculo que se establece entre el hecho y el daño está conectado a las circunstancias de tiempo, modo, lugar, forma y autoría en que se presentó el daño. De éste modo, cuando se manifiesta el daño, se debe analizar la manera en como ocurre, para lo cual se debe considerar el aspecto fáctico, no exclusivamente el coetáneo con el resultado dañoso, y se requiere también considerar el anterior y posterior, porque en cualquiera de los momentos puede repercutir en la estructura de la Responsabilidad Civil (Uribe G., 2020).

Desde lo impartido en la doctrina por parte de los expertos, se hace necesario categorizar el hecho dañoso como *ilícito*, ya que desde ahí nace propiamente la Responsabilidad Civil; y considérese hecho ilícito “*cuando una persona con su acción u omisión realiza conductas que están previamente prohibidas por el orden jurídico*” (Tamayo, 1999; en Restrepo, 2006, p. 9).

Pero el carácter de ilícito no debe ser una cualidad única en el hecho, lo primordial es comprobar que el hecho consolidado en un efecto dañoso no sea opuesto al ordenamiento jurídico, y esto no necesariamente requiere una prohibición manifiesta del mismo; es posible hallar hechos que, sin ser prohibidos de manera expresa, repercuten en un desenlace dañoso cuyo responsable no está obligado a asumir sus consecuencias (Restrepo, 2006; p. 9).

2.2. El Daño:

Algunas corrientes del Derecho Civil catalogan el *daño* como el más relevante de los presupuestos para determinar la reparación en un caso dado. Si hubo daño, habrá por consiguiente la obligación de reparar, por lo menos a modo estimativo y con un valor que apunte a resarcir la afectación (Foyo, 2010, p. 12). En todo caso, frente a un supuesto de Responsabilidad Civil, la consecuencia será la indemnización de perjuicios, que abarca, como

norma general todas las consecuencias perjudiciales originadas en el acto dañoso, incluyendo factores asociados o subsiguientes. El resarcimiento busca restaurar y equilibrar, no puede extenderse porque excedería la función reparatoria (Gaviria, 2018).

Se han detallado en la bibliografía (Herrera, 2016; p. 19) unos requisitos para que sea posible hablar de la existencia del daño:

- ✚ El daño debe ser directo: Hace referencia a la relación establecida entre el daño y su atribución jurídica o imputación. En otros términos, el daño debe ser consecuencia directa de la acción u omisión del agente al cual pretende imputarse.
- ✚ El daño debe ser personal: El daño debe ser sufrido por el sujeto de derechos que reclama su retribución, de manera que, este requisito determina para efectos procesales, la legitimación en la causa por activa a fin de exigir la indemnización respectiva. Específicamente, sólo la víctima del daño, o sus herederos, tiene derecho a demandar la reparación.
- ✚ El daño debe ser cierto: El daño cierto es específicamente, el que estando en un escenario actual o futuro, crea oposición al eventual o hipotético. Es menester destacar que el daño puede llegar a *consolidarse* o *no*. En el primer tipo, se hace alusión a aquel efectivamente realizado; mientras que el segundo tipo no ha logrado concretarse al momento de la sentencia que hace el reconocimiento a la indemnización. Este último adquiere proyección muy cierta hacia el futuro, como ocurre en casos de traumas en el cuerpo que requieren de por vida ingerir medicamentos para atenuar las dolencias. Pero se tiene conocimiento que, para el perjuicio ser considerado existente, es indiferente que corresponda a un suceso pasado o futuro, dado que el problema corresponderá a lo mismo, demostrando que el perjuicio es cierto; bien sea probando de manera efectiva que ya se ha presentado, logrando que el perjuicio aparezca como la postergación cierta y directa de un cúmulo de cosas actual.
- ✚ El daño no debe haber sido reparado: Hace referencia a una situación que habilita para hacer la reclamación de la indemnización correspondiente, dado que si ya se fue beneficiado de un resarcimiento, la demanda que se interpuso no trascenderá a consolidarse, en la medida que ser indemnizado dos veces equivale a obtener riqueza sin causa alguna.

Tomando como punto de partida el orden cronológico, el daño es el elemento que emerge en último momento como resultado del hecho dañoso. Pero, un análisis del daño a partir de la perspectiva metodológica, es el primer elemento en aparecer; en virtud que la problemática que atañe a la Responsabilidad Civil Extracontractual apenas comienza a plantearse para el individuo llamado a responder cuando existe un daño causado. No hay lugar a reclamar por concepto de perjuicios si no existe daño, aunque se corroboren los demás elementos de la Responsabilidad Civil Extracontractual (Restrepo, 2006; p. 12).

2.3. El Nexo Causal o Nexa de Causalidad:

Un resultado dañoso es producto manifiesto de una causa, que es el precedente lógico a través del cual se genera un efecto. El *Nexo Causal* es el vínculo principal - como sucede con la

causa y su efecto – que debe consolidarse entre el hecho y el daño; el cual puede tener origen en uno o varios hechos dañosos, según sea el caso (Restrepo, 2006; p. 9).

Desde la perspectiva del comportamiento, es posible afirmar que el Nexo Causal es el vínculo de unión que enlaza, por un lado, el proceder del agente causante; y por otro, el daño. Este rasgo es de gran relevancia con respecto a que, como se ha afirmado con suficiente criterio, “*en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios [...]*”, por lo cual se exige expresamente la corroboración del vínculo causal haciendo uso de las reglas de la experiencia científica, objetiva y estadística (Niño, 2016; p. 10).

En este punto es necesario introducir el término *causalidad*, que gran parte de la doctrina tiende a considerarla como el discernimiento de caracterización del daño de mayor relevancia. No obstante, la causalidad comprendida como la *causalidad de hecho*, es apenas uno de los múltiples criterios que usa la ley para determinar la responsabilidad por el daño ocasionado a alguien. Se concibe causalidad en la medida que el daño no hubiese ocurrido de no haberse materializado la conducta, por acción u omisión del que ocasiona el hecho dañoso (Salvador y Fernández, 2006; p. 5).

Es posible evidenciar una diferenciación a la que es necesario hacer referencia, y es entre *causalidad jurídica* y la *causalidad física*; y se debe aclarar que puede presentarse una sin manifestarse la otra. La causalidad física es la que posibilita establecer un enlace o relación material que obedece a la ley natural, que intenta determinar si un daño es producto de un hecho ocurrido en otro momento (Restrepo, 2006; p. 10; Gaviria, 2020). En otros términos, desde la perspectiva civil, se ha asignado el rótulo de causalidad física a la situación en la que el agente a quien se adjudica el hecho dañoso, haya causado efectiva y físicamente con su accionar el daño (Moreno R. A., 2009; p. 9). La causalidad jurídica, considerada como no siendo dependiente de la causalidad física, hace alusión a la causa del daño que es relevante en el ámbito jurídico, y se origina al momento en que la ley asimila el vínculo que existe entre el hecho y el daño. Así, será viable establecer el vínculo, directo o no, entre el individuo al que se atribuye el daño y el hecho dañoso. Para erigir el Nexo Causal en materia de responsabilidad civil es suficiente la causalidad jurídica, porque es la que permite establecer esa relación fundamental entre el hecho y el daño; a todas esas, la causalidad física pasa a ser un elemento secundario y en los eventos que se le requiera, tendrá validez si va de la mano con la causalidad jurídica (Restrepo, 2006, p. 10).

El Nexo Causal puede denominarse *simple* o *complejo*. La categoría de nexo simple, hace referencia a un solo vínculo o relación entre el hecho y el daño. Se considera complejo, cuando está de por medio más de una relación entre el hecho y el daño, y se pueden suscitar varias hipótesis, dentro de las que se destacan:

- ✚ Puede ocurrir que un solo hecho sea detonante de múltiples daños consecuenciales unos de otros.
- ✚ Un hecho específico puede originar otro hecho, y ese otro hecho será el que dé lugar, en primera instancia, al desenlace dañoso.
- ✚ Múltiples hechos, que vienen unos seguidos de otros, pueden conducir a un solo desenlace dañoso.

Como se puede corroborar, la intención de algunos sectores al interior del Consejo de Estado de no considerar el Nexo de Causalidad como elemento de la Responsabilidad Civil, sería un desacierto en virtud de lo extractado de diversos debates en este cuerpo judicial colegiado. En el trabajo de Arenas (2020) se analizaron los apartados jurisprudenciales emitidos desde varias dependencias, labor encabezada por nueve magistrados; tres de cada Subsección (A, B, C), y se le da cuerpo a los siguientes criterios:

- ✚ Los nueve magistrados encargados refieren a la relación de Causalidad como elemento esencial.
- ✚ La exoneración de responsabilidad puede tener lugar en virtud de la ruptura del Nexo Causal.
- ✚ La Causalidad debe ser demostrada, en los casos de acción y, por supuesto, en los de omisión.
- ✚ El Nexo Causal, en ocasiones es abordado como elemento de relevancia y en otras como el que complementa la imputación.

2.4. Juicio de Imputación o Atribución Jurídica:

2.4.1. Culpa: Expresarse en términos de culpa requiere un juicio de reproche a raíz del proceder de un sujeto, y este se corresponde con un elemento subjetivo a través del cual se determina el nexo causal entre el hecho y la conducta de aquel al que fue atribuido el hecho. Es propiamente una manera de categorizar la conducta o el hecho a través del cual se ha modificado una realidad de otro momento, y ello permite extraer la conclusión que se trata de un agregado psicológico que implica una relación interna del sujeto autor del hecho dañoso.

Es necesario establecer claridad en que la culpa tiene tendencia a no ser concebida como elemento de la responsabilidad civil, y la posibilidad de ser aceptada o no, adquiere correspondencia más con la teoría que se aplique; enfáticamente como consideran los subjetivistas, la culpa es un insumo primordial para tratar el tema de responsabilidad civil, en tanto que para aquellos que se resguardan en la objetividad como doctrina, la culpa en algunos casos podrá ser considerada como factor constitutivo de la responsabilidad, pero no condición imprescindible para su configuración (Restrepo, 2006; p. 15).

2.4.2. Imputabilidad: Hace referencia a la viabilidad de aludir un acto cualquiera a la actividad de un individuo, y que con base en ello puede establecerse un juicio de reproche sobre su proceder. Es ahí donde se da cabida a la acomodación de los elementos de *previsibilidad* y *evitabilidad* del daño. Entendido de esta manera, el juicio de reproche se subdivide en:

- ✚ Juicio de Previsibilidad: Corresponde a una prueba que tiene por objeto vislumbrar si el sujeto causante del daño pudo considerar con antelación o no las consecuencias de su proceder activo u omisivo. Pero requiere dar precisión que existirá culpa no exclusivamente cuando el sujeto debió considerar previamente el desenlace dañoso que podría originarse de cierta actividad, sino además en virtud de las reglas de la experiencia o cuando era razonable la previsibilidad en situaciones específicas.

- ✚ **Juicio de Evitabilidad:** Es un procedimiento que viene luego del juicio de previsibilidad, según el cual, no existe culpa si la previsión no se acompaña de la posibilidad de evitar el desenlace dañoso, ni que sobre el individuo confluya un deber de evitarlo, en el caso particular, a través de adoptar medidas requeridas para ello. Es decir, se construye partiendo de la corroboración de que se contaba con los medios esenciales para evitar el desenlace dañoso y no obstante, el individuo cuyo proceder es cuestionado no lo hizo, o bien porque converge sobre el sujeto un deber especial, y es impedir el desenlace en virtud de adoptar medidas requeridas para ello.

En otros términos, a una persona se le puede imputar solamente aquello que es su obra y que es la materialización de su conducta en el mundo exterior, pero de ningún modo algo que sea resultado de hechos ajenos a su conducta (Beltrán y Torres, 2020).

2.4.3. Vías o Tipos de Mala Praxis Médica como detonantes de la culpa:

2.4.3.1. Negligencia: Puede entenderse como un acto mal realizado por parte de un médico, el cual se desvía de los estándares acordados en la comunidad científica, que traen como efecto lesión, trauma o muerte del paciente. Es posible considerar que un facultativo es negligente cuando, habiendo recibido la formación y capacitación acreditada y respaldada por un título profesional, aplica de forma desacertada los conocimientos de los que está dotado, desconociendo los preceptos de la *Lex Artis ad Hoc*. Aunado a esto, la mala conducta puede estar asociada al desconocimiento de la importancia de actualizarse en el campo específico, puesto que el hecho de permanecer a la vanguardia puede permitir al galeno tener una mejor perspectiva en un caso de gran complejidad (Pedraza, 2020).

Cabe señalar que el médico debe tomar decisiones de acuerdo a un criterio científico y de buena fe, pero en determinadas circunstancias se suscitan limitaciones, ya sea por falta de información por parte del paciente u otros factores, dando origen a la posibilidad de considerar más de un camino en los procedimientos. Es en estas situaciones en las que la responsabilidad se deriva de la evidencia de una mala fe o la falta de postura científica, por desconocimiento de los fenómenos que causan la dolencia al paciente (Cristancho, 2018; p. 9).

Es posible que se presente el caso en que, a pesar que el procedimiento médico sea llevado a buen término, hay intervenciones simultáneas al desarrollo de éste, como ejemplo, la anestesia; momento durante el cual se pueden suscitar actuaciones equívocas, rotulación inadecuada de jeringas, mal manejo de los puntos decimales del medicamento, múltiples jeringas en la mesa de trabajo que pueden conducir a escoger la incorrecta, errores en la preparación de diluciones y bombas de infusión, fallas de comunicación entre quien prepara el medicamento y quien lo aplica, entre otros (Carrillo, 2011).

Si el profesional no revisa adecuadamente la historia clínica, las instrucciones de un equipo con el que no está familiarizado, no presta atención a las indicaciones de otro colega, no considera las contraindicaciones de un tratamiento, no se percata de la anormalidad de la instrumentación o la fecha de vencimiento de un medicamento, está incurriendo en una actitud negligente en medicina (Yepes, 2020; p. 83).

2.4.3.2. Impericia: El concepto, como su nombre lo señala, es la falta de habilidad, destreza o capacitación en determinada actividad profesional, técnica, arte u oficio, lo cual puede estar originado ya sea en dicha carencia de capacitación, o dado el caso, por escasa o nula experiencia. En la ejecución de la labor por parte de los profesionales de la salud, la impericia hace clara referencia a una *falta de pericia* del personal que presta los servicios, en pocas palabras, falta de sabiduría, experiencia y habilidad en sus acciones, lo que repercute directamente en la integridad física o psicológica del paciente (Pedraza, 2020; p. 41).

En términos más específicos de este abordaje, la impericia aplicada al campo de los servicios en salud es la falta de conocimiento o capacidad profesional para consolidar el *Acto Médico*, reflejado en la violación a los deberes que les competen a los profesionales de la salud. Aspectos como actualización constante, búsqueda de segundas opiniones, afianzar la experiencia y lo relacionado con los deberes que son ratificados en virtud de la normatividad existente, tanto a nivel institucional como por parte de la comunidad internacional, son un elemento imposterizable cuando se trata de atención a pacientes (Arias, 2014).

Al médico general que realiza un procedimiento de suma complejidad, tal como la que representa una neurocirugía, y comete un error por desconocimiento o inexperiencia, se la cataloga como imperito (Yepes, 2020; p. 82).

2.4.3.3. Imprudencia: Hace alusión a la carencia de templanza, cautela, prudencia y buen juicio. Se cataloga como acto de imprudencia, por ejemplo, cuando se somete a un paciente a un riesgo injustificado, que no corresponda a las condiciones que arrojó su diagnóstico; como cuando el médico, sin contar con el instrumental, los elementos médicos, la infraestructura adecuada, entre otros, adelanta un procedimiento sin tener la alternativa de manejar acertadamente una complicación. Pero es de aclarar que no habría responsabilidad cuando el médico, buscando preservar la vida o la integridad de un paciente, trata de ayudarlo sin contar con los medios disponibles en un evento de urgencia (Yepes, 2020; p. 82).

En el trabajo de Momblanc (2020, p. 510) se acuñan por vía jurisprudencial los conceptos de *Imprudencia del Profesional* e *Imprudencia Profesional*. La primera es definida como aquella que comete una persona en el ejercicio de su profesión, pero por infracción de normas de cuidado comunes, es decir, que no son propias del ejercicio profesional; y es catalogada como imprudencia común porque podría haber sido cometida por cualquiera. La segunda toma lugar cuando el profesional infringe normas técnicas propias de su esfera de actuación, y que tenía el deber de conocer y aplicar, pero para el profano resultarían de imposible cumplimiento.

Hay un gran debate a la hora de diferenciar entre *normas de cuidado comunes* y *normas de cuidado de la profesión*. De ahí se desprende el cuestionamiento de si existen acciones ejecutadas en el marco del ejercicio profesional, que no estén regidas también por normas de cuidado profesionales, aunque puedan hallar su réplica en actividades comunes del hombre (Extraprofesionales). En el caso de actividades que pueden ser desarrolladas tanto por profesionales como no profesionales, carecerían de justificación normas especiales de cuidado exigibles sólo a los primeros para la protección de los bienes jurídicos en riesgo. No cabría hacer referencia en su caso de un *“plus de injusticia”*, porque el cuidado objetivo que hayan infringido será exactamente el mismo que infrinjan los no profesionales: el necesario (Momblanc, 2020; p. 511).

2.4.3.4. Violación de reglamentos o inobservancia: Corresponde a la infracción de los principios científicos y las normas legales. Entre otros asuntos, en el campo médico se presenta cuando el profesional se aparta de la *Lex Artis* en el desarrollo de un procedimiento o una intervención. También incluye la violación de normas legales que consagran reglas precisas y de obligatorio cumplimiento, así como normas de ética médica, estudios profesionales y escuelas científicas. Se pone en discusión también los protocolos institucionales y la ciencia basada en la evidencia, para lo cual retoma importancia el principio de la libertad terapéutica con sustento científico y precedido de consentimiento informado. Desde hace mucho tiempo se vienen adoptando las consideraciones de los escritos referentes a la *Lex Artis*, denominados referentes, protocolos y guías de manejo, los cuales deben estar acorde con los medios diagnósticos y terapéuticos reconocidos por las ciencias de la salud (Yepes, 2020; p. 85).

2.4.3.5. Faltas de gestión, coordinación, administración o decisión: Hace alusión a acciones u omisiones de tipo administrativo por profesionales, sean médicos o no, que en una instancia específica pueden conducir a serias consecuencias en la salud de un paciente. El accionar de un director de una institución de servicios hospitalarios, empresa de medicina prepagada, de una entidad promotora de salud, e incluso de un auditor, puede desencadenar responsabilidades de tipo personal e institucional por los daños causados al paciente. Entre las fallas pueden encontrarse las limitaciones de tiempo, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos, las prohibiciones de ingreso y órdenes de alta, como también la suspensión de servicios por agotamiento de cobertura que atenten contra la vida y salud del paciente. El desacato a un dictamen judicial que expresa la ejecución de un Acto Médico, también da origen a una obligación de indemnizar, si se produce un daño a la vida o a la salud (Yepes, 2020; p. 86).

2.5. Particularidades de los hechos generadores de la Responsabilidad Civil Extracontractual:

Los hechos se convierten en el sustento primordial de la responsabilidad civil, de tal modo que pasan a ser elemento de orientación de toda la estructura, pero en muchas instancias pasan inadvertidos. Los hechos generadores de la responsabilidad civil extracontractual son los que dan origen al daño, afirmación enmarcada en términos de tiempo, modo, lugar y forma de manifestación. Al considerar las fuentes, tipos o clases de responsabilidad civil, se deben analizar las generalidades:

2.5.1. Aplicable a personas naturales y jurídicas: La clasificación entre personas naturales y jurídicas es de orden legal, y hace referencia a una categorización de los sujetos de derechos con capacidad para contraer derechos y obligaciones, tal como se refleja en el Código Civil (Art. 633 y 1502); y en el Código de Comercio (Art. 12 y 99). La categoría de persona natural la ocupan todos los individuos de la especie humana, y la persona jurídica es una ficción legal. Entre otras cosas, la persona jurídica tiene su origen, directa o indirectamente, en la capacidad legal que la ley les otorga a las personas naturales para conformar entes jurídicos (Agudelo V., 2020; P. 16).

Independiente de la fuente de responsabilidad civil, y de acuerdo al modo en cómo se manifestó el hecho que originó el daño, la atribución de éste último la puede asumir tanto una persona natural como jurídica. Ejemplo: Un obstetra al servicio de una institución hospitalaria le genera un daño a la madre atendiendo su caso de preclamsia; es posible demandar a la clínica en

el papel de persona jurídica y al obstetra como persona natural, pero la fuente del daño sigue siendo una, que es por hecho propio (Uribe G., 2020).

2.5.2. De un evento dañoso pueden originarse varias fuentes o tipos de Responsabilidad Civil Extracontractual: Según Uribe G. (2020), por regla general, de un hecho dañoso se deriva una fuente de responsabilidad, pero en algunas instancias confluyen dos o más fuentes o tipos de responsabilidad. Los casos más frecuentes están relacionados con supuestos en donde quedan en medio más de una persona, que por lo regular son empleado, por hecho propio; y empleador, por hecho ajeno si es persona natural y por hecho propio si es persona jurídica.

En el ámbito de la medicina pueden presentarse diversas situaciones alusivas a esta particularidad. El caso de la enfermera que, bajo indicaciones por parte del médico en cuanto a horas y dosis de aplicación de un medicamento, descuida al paciente y se tarda más tiempo en aplicar el fármaco y con una dosis superior a la indicada. Aquí se puede analizar responsabilidad por hecho propio de la enfermera, lo cual puede derivarse de impericia o imprudencia; hay responsabilidad por el hecho ajeno, que la asume el médico, y estaría sujeto a un análisis del porqué delegó funciones en una funcionaria que probablemente no estaba preparada para la tarea encomendada.

2.5.3. Los hechos son el sustento de la causa de pretensión: Desde la óptica sustancial, el hecho le da cuerpo a la fuente de responsabilidad civil; desde la perspectiva procesal, se determina la causa de pretensión. La parte que da pie a la reclamación debe guardar fidelidad a los hechos generadores del daño, y, por consiguiente, al tipo de responsabilidad, de lo contrario, la pretensión no será exitosa. La causa de la pretensión debe estar constituida por el cúmulo de hechos que se consideren jurídicamente relevantes, y en los que el actor ha enfocado la pretensión, factor esencial en la demanda. Si se hallaran hechos tergiversados o acomodados, o hechos no probados, el desenlace procesal es predecible: absolución (Uribe G., 2020). Este puede ser el caso de cuando se utilizan testimonios de dudosa confiabilidad, alteración de documentos (historia clínica), plantación de evidencia (envases, empaquetaduras, ampollitas de medicamentos).

2.5.4. Varias fuentes o tipos de Responsabilidad Civil Extracontractual y problemas procesales: Esta clasificación es de suma importancia cuando hay problemas procesales que están relacionados con la fuente o tipo de responsabilidad civil, y se pueden presentar los siguientes casos:

- ✚ El afectado por el hecho dañoso invoca una fuente o tipo de responsabilidad, pero no es la correcta (Un médico causa daño a un paciente en ejercicio de su labor, se atribuye la responsabilidad a la clínica y la parte afectada invoca hecho ajeno cuando lo adecuado es hecho propio).
- ✚ Habiendo varias fuentes de responsabilidad, el afectado invoca un tipo de fuente de forma explícita (El médico causa un perjuicio a un paciente, la parte afectada busca atribuir a la clínica la responsabilidad por hecho ajeno, pero podría hallarse hecho propio involucrando al médico).

- ✚ El afectado no invoca de manera específica ninguna fuente, así se presente una o varias de ellas.
- ✚ Surge el interrogante sobre qué puede hacer el afectado frente al caso que se presenten varias fuentes o tipos de responsabilidad.
- ✚ El afectado por el hecho dañoso invoca, dado el caso, hecho propio y el juez otorga la absolución al causante del daño. ¿Es posible entablar reclamación invocando otro tipo de fuente?

Es manifiesto que el juez puede aplicar la institución del tipo de responsabilidad que considere correcta. Ante el evento de absolución al agente causante del daño, se puede hacer una nueva reclamación, y el juez la considerará con base en el sustento fáctico, en otras palabras, que los hechos puestos en evidencia posibiliten determinar el tipo de responsabilidad civil (Uribe G., 2020).

2.5.5. Responsable: Es propiamente la fuente o tipo de responsabilidad la que define quién es el que responde en términos de responsabilidad civil extracontractual. Se da por sentado que quien comete un delito que ha generado un daño a alguien, está llamado a la indemnización, pero será la fuente o tipo de responsabilidad civil extracontractual la que dicte quién asume la culpa, siempre tomando como base los hechos.

Según Yepes (2020, p. 56), la legislación colombiana estipula, en lo referente a responsabilidad civil, una clasificación atendiendo a la persona a la cual se le imputa el hecho dañoso, bien sea directamente o de otro individuo del cual se es responsable; de la misma manera, se consagra la responsabilidad por el hecho de las cosas. Esta construcción se encuentra consignada en el Código Civil, y en él se establece la siguiente categorización, que, con referencia a los hechos, posibilita ubicar la clase o fuente de Responsabilidad Civil:

- ✚ **Responsabilidad por hecho propio** (Concordancia con el artículo 2341): El principio general de la responsabilidad civil hace alusión a la obligación de indemnizar los perjuicios derivados de nuestras acciones u omisiones. Por ese motivo es que se instauran la mayoría de acciones judiciales hacia muchos profesionales de la salud que prestan servicios (Yepes, 2020; p. 57). En este tipo de responsabilidad el responsable es quien haya ocasionado el hecho dañoso, primordialmente cuando al responsable se le deba probar la culpa (Uribe G., 2020).
- ✚ **Responsabilidad por hecho ajeno** (Concordancia con los artículos 2346, 2347, 2348, 2349): Los daños causados por terceros que estén bajo la responsabilidad de una persona también están consagrados en la legislación. Aquí el responsable es quien tiene a otro individuo bajo su dependencia o cargo, que es quien causa el daño (Yepes, 2020 y Uribe G., 2020).

2.5.6 Prescripción: La directriz para la prescripción en la responsabilidad civil extracontractual es de 10 años, a excepción de cuando se presenta una situación de responsabilidad por hecho ajeno, en donde se establece que es de 3 años. En asuntos de responsabilidad del estado, la caducidad de la reparación directa es de 2 años (Uribe G., 2020).

2.5.7. Criterio de imputación: Este elemento está determinado, igualmente, por el tipo de responsabilidad. En los elementos de la responsabilidad civil extracontractual, además del hecho (Sin estar enmarcado en las fuentes), del nexo de causalidad o imputación fáctica o normativa, y del daño, se circunscribe la *imputación jurídica*. Esta se corresponde con el juicio de atribución o imputación, por medio del cual se establece que acciones conducen a una persona a responder. Este juicio se da en virtud de unos criterios subjetivos como el dolo o la culpa, con probación o presunción; y objetivos, como el riesgo. Cada tipo de responsabilidad concuerda con un criterio de imputación, pero aclarando que no de manera definitiva:

- ✚ Hecho propio, concuerda con la culpa probada.
- ✚ Hecho ajeno, concuerda con la culpa presunta.

Uribe G. (2020).

2.5.8. Carga de la prueba: En una situación de fuente o tipo de responsabilidad por hecho propio, el que reclama debe probar la culpa o el dolo del responsable, y en caso de no lograrlo, el desenlace es la absolución. Al responsable le quedan dos alternativas: que el demandante no tenga chance de probar la culpa o demostrar diligencia y cuidado.

En la fuente o tipo de responsabilidad por el hecho ajeno, el que reclama debe probar la culpa del directamente responsable, y una vez demostrada, se presume la culpa del civilmente responsable, y el demandado se exonera probando diligencia y cuidado (Uribe G., 2020).

2.5.9. Determinación de la existencia del Nexo Causal: Los hechos que se utilizan como sustento para establecer la fuente o tipo de responsabilidad son la base para determinar la existencia del *Nexo de Causalidad*. La Corte Suprema de Justicia, en una crucial sentencia, dejó por sentado que el análisis del Nexo de Causalidad es un asunto de hecho y con soporte en los hechos; además que la causalidad puede ser física o jurídica, pero siempre jurídica. La determinación del nexo de causalidad, es el rol del juez que posibilita identificar los hechos que realmente trascienden en términos normativos, que posteriormente conformarán la premisa menor del silogismo jurídico; por tanto, su estudio exige analizar circunstancias de facto, en otras palabras, rehacer históricamente los supuestos de hecho que emergen del caudal probatorio compilado en la actuación (Sentencia del 14 de diciembre de 2012. M. P. Ariel Salazar Ramírez). Para consolidar el nexo de causalidad, se requiere apegarse a las reglas de la experiencia, a los juicios de probabilidad y al sentido de razonabilidad, pues sólo así es posible aislar, partiendo de una lista de regularidades previas, el hecho que es realmente importante desde la perspectiva jurídica, que pueda ser considerado de manera razonable como el epicentro del hecho dañoso de responsabilidad civil (Uribe G., 2020).

2.5.10. Fundamento para la imputación del daño: Corriendo el año 2016, la Corte Suprema de Justicia renovó el planteamiento sobre los elementos de la responsabilidad civil, destacando el nexo causal como un ítem fundamental. Esta directriz posibilita tener claro que la atribución del daño a un individuo se lleva a cabo desde el plano normativo, y no desde una concepción naturalística. Cuando se manifiesta la causalidad física no es suficiente, y cuando no se presenta, no es necesaria, siempre es primordial la atribución normativa y la Corte marca las pautas para atribuir normativamente el daño (Uribe G., 2020).

2.5.11. Responsabilidad subjetiva y objetiva. *La Responsabilidad Civil*

Extracontractual Subjetiva es la que retoma como base la culpa como elemento de atribución de responsabilidad. De acuerdo con este parámetro, sólo le sería imputable la obligación de reparación de daños causados a un individuo, cuando se cuenta con pruebas de que su accionar refleja tendencia imprudente o negligente. La Responsabilidad Civil ha sido instituida desde sus orígenes, primordialmente desde una visión subjetiva, y el punto de referencia ha sido la culpa (Baena, 2010, p. 8). Hablando de responsabilidad subjetiva, en caso de hecho propio, el que reclama debe probar la culpa y el responsable se puede exonerar si prueba diligencia y prudencia. Desde la perspectiva de hecho ajeno, el demandante debe probar la culpa de aquel que estaba bajo indicaciones del responsable, y entre otras cosas, se presume la culpa del que imparte las directrices al que causó el hecho dañoso. Igualmente, el responsable puede ser exonerado ante pruebas de haber sido diligente y prudente (Uribe G., 2020).

Aunado a los regímenes de Responsabilidad Civil Extracontractual Subjetiva, se evidencian los sistemas de responsabilidad desprovistos de culpa, que son denominados *Responsabilidad Civil Extracontractual Objetiva*, los cuales pasan por alto el análisis del actuar del individuo para practicarle la imputación de la responsabilidad por el hecho dañoso. En esta instancia, aunque el accionar del agente que causa el perjuicio haya estado dentro de los lineamientos de la prudencia y diligencia, éste será considerado responsable, salvo que justifique una causa extraña que disuelva el nexo causal entre el hecho y el daño. Si eventualmente, en un ordenamiento jurídico se evidencia la creación de sistemas de responsabilidad objetiva, que revierten la connotación de sistemas que se basaban en la culpa para convertirlos en sistemas objetivos de atribución de responsabilidad, es posible hablar en términos de *Objetivación de la Responsabilidad Civil*. Esta tendencia tiene sus fundamentos ante la complejidad histórica de caracterizar los riesgos en la sociedad y en la industria. En territorio colombiano, el riesgo ha sido de gran relevancia en la jurisprudencia como criterio para imputar el daño en lo que se refiere a actividades peligrosas, pero ha habido un marcado abandono de la medida, primordialmente por el recelo ante la contundencia condenatoria por el riesgo y la reducción de las alternativas de defensa del demandado. Se acoge de manera sustancial el criterio de *presunción de la culpa*, que aunque se cuestiona por ser una suposición no desvirtuable a raíz de una simple prueba de diligencia y cuidado, resulta de mayor facilidad de manejo en la instancia jurisprudencial. La mayoría de estos casos se reducen a la aplicación del artículo 2356 del Código Civil (CC) (*“Necesidad de imputación por malicia o negligencia”*), directriz que permanece con sutiles matices hasta el 24 de agosto de 2009, que es el momento en el que se discute la sentencia con expediente 11001-3103-038-2001-01054-01, primordialmente abordando la naturaleza, fundamento, criterio de imputación y si constituye hipótesis de responsabilidad por culpa *“probada o presunta”*, o sea, su régimen jurídico regulador. En ese orden de ideas, la Corte Suprema de Justicia se pronuncia, y determina que, no obstante el fundamento culpabilista del artículo 2356 del CC, la responsabilidad por actividades peligrosas está basada en el riesgo y es objetiva (Baena, 2010, p. 8). Uribe G. (2020) argumenta que la responsabilidad objetiva también aplica en casos de daño causado por animal fiero y por la práctica de actividades peligrosas.

3. Responsabilidad Civil Contractual: Actualmente, el sistema jurídico colombiano argumenta que son latentes múltiples disimilitudes entre los dos tipos de responsabilidades, debido a ese aspecto, no es sencillo darle solución en un mismo tránsito procesal a asuntos de Responsabilidad Civil Extracontractual y Contractual. Incluso, el afectado, tiene a su alcance la

potestad de invocar el tipo de responsabilidad que se deba cursar en un proceso, para que sus pretensiones lleguen a buen término, lo cual, podría traer consigo percances para él en la pugna por indemnización plena a causa de los perjuicios acaecidos. Se interpreta como una protección al “principio” de la no escogencia entre los dos regímenes. Pero ambos ordenamientos, aunque están dotados de características propias, tienen finalidades comunes: a) El resarcir al afectado ante un hecho dañoso que no está forzado a tolerar; b) una cualidad preventiva, orientada básicamente a evitar daños, entre otras (Restrepo y Londoño, 2015, p. 7).

La fuente de *Responsabilidad Civil Contractual* es el nexo de derecho que es preexistente al hecho dañoso entre el agente responsable y el afectado, en otras palabras, basado en la instauración de un contrato que no ha tenido cumplimiento, y por ende, más allá de dar origen a una obligación, está llamado a determinar sanción ante el no cumplimiento de una obligación previamente establecida. Es posible evidenciar posturas que se oponen a esta concepción, argumentando que el incumplimiento de la obligación contractual trae consigo el surgimiento de una nueva obligación, que reemplaza la que se pactó en primera instancia. Se debe tener presente que, la obligación derivada del no cumplimiento del contrato, sigue siendo la misma obligación originada en la instauración del mismo, sencillamente se modifica su objeto, y conserva los diversos pactos, tanto legales como convencionales (Restrepo y Londoño, 2015, p. 9).

4. Diferencias entre los regímenes de Responsabilidad Civil Extracontractual y Contractual: Las disimilitudes que sobresalen son las siguientes:

- ✚ Inicialmente, es necesario exponer la esencia de la tesis dualista de la responsabilidad, la cual expresa de manera enfática que la Responsabilidad Civil Contractual es en su totalidad diferente a la Responsabilidad Civil Extracontractual. El fundamento primordial que sustenta esta teoría, es una dualidad de culpas manifiesta, pues ambos regímenes de responsabilidad tienen como punto de partida un tipo de culpa específico. Por un lado, la *culpa contractual* refiere una obligación explícita, y que se originó de manera previa por la convención entre las partes y que una de ellas incumple con dicho acuerdo; la *culpa extracontractual* está aislada de una obligación preexistente y hace alusión a la violación no de una obligación concreta, sino de un deber genérico de no dañar, que está estipulado en una normatividad determinada (Restrepo y Londoño, 2015, p. 16).
- ✚ Las dos tipos de responsabilidad generan diferentes clases de deberes. La Responsabilidad Civil Contractual genera una obligación de resultado, en virtud de un despliegue de conductas en pro de la obtención de ese cometido. En la Responsabilidad Civil Extracontractual, sólo está presente un deber general de comportamiento o de diligencia y cuidado, incluso, en las situaciones de actividades peligrosas, dado que guardan tendencia a la presunción de culpa desvirtuable por medio de causa extraña (Restrepo y Londoño, 2015, p. 10).
- ✚ La Responsabilidad Civil Contractual dispone de plazos más amplios de prescripción, siendo por regla general la cifra de 10 años, a excepción de normas especiales civiles y mercantiles (Vicios ocultos 6 meses y el transporte 2 años). Con respecto a la Extracontractual, se tiene por sentado que ante hecho ajeno, la prescripción es de 3 años. Si el ilícito civil trasciende lo penal, se rige por la

prescripción aplicable a la acción penal. A manera de síntesis, en la Responsabilidad Civil Extracontractual correspondiente a los Artículos 2341 del CC “*Responsabilidad Común por los delitos y las culpas*” y 2359 “*Titularidad de la acción de reparación*”, la prescripción es de 10 años (Restrepo y Londoño, 2015, p. 11).

- ✚ La prueba del hecho ajeno en la Responsabilidad Civil Extracontractual libera al demandado de responsabilidad, lo que no ocurre en la Contractual (Restrepo y Londoño, 2015, p. 15).
- ✚ En la Responsabilidad Extracontractual, de manera concreta, es aplicable la indemnización integral de afectaciones, en otras palabras, se debe reparar la totalidad del daño, tanto perjuicios previsibles como imprevisibles. En el caso Contractual, sólo se indemniza los daños previsibles y directos; no obstante, si al interior del marco contractual las afectaciones tuvieron origen en culpa grave o dolo por parte del demandado, serían reparables los perjuicios previsibles y no previsibles (Restrepo y Londoño, 2015, p. 16).

5. Responsabilidad Civil e implicaciones del ejercicio de la Medicina en una sociedad:

El ejercicio del facultativo en un entorno social determinado se considera una labor primordial para mitigar los afechos de salud de las personas. Esta tarea puede traer consigo resultados adversos, y en vez de generar solución a una dolencia, puede agravarla; y en casos extremos puede ocasionar la muerte de un individuo, interpretando este hecho como daños en el bien jurídico de la vida e integridad personal. Estas circunstancias son valoradas a través del estudio del incumplimiento del deber de cuidado que incumbe al médico, lo cual origina la *Responsabilidad Civil* (Beltrán y Torres, 2020, p. 2). Se evidencia con argumentos sólidos que la medicina en los últimos 25 años ha experimentado transformaciones sustanciales; de las nociones del cuidado de la salud individual viene apuntando a lo social y colectivo; de enfatizar en la curación, ha evolucionado hacia aspectos relacionados con la prevención; de restringirla a una labor individual, ha pasado a considerar el trabajo en equipo; de la autonomía del galeno, se ha avanzado a una labor sujeta a normas establecidas por las instituciones en las que el facultativo desempeña su rol (Niño, 2016, p. 9).

De acuerdo con las circunstancias particulares en un caso dado, la responsabilidad que se deriva sobre el médico y la entidad donde está desarrollando su labor, puede ser civil o administrativa –dependiendo de la naturaleza de la entidad-, lo cual requiere una reparación económica por daños y perjuicios, sin quedar perjudicado por *responsabilidad penal*, que pasa a ser imprescindible cuando ocurre el deceso o lesiones por secuelas en el paciente. Lo anterior sin dejar de lado la responsabilidad disciplinaria que resulta de la intervención de los Tribunales de Ética Médica. Sea cual fuere el lugar donde el médico ejerza sus funciones, consultorio propio, clínica privada, cooperativa u hospital público, su conducta no dejará de ser objeto de análisis; tarea que será adelantada por un juez, dado que se trata de la integridad física y psíquica del paciente (Yepes, 2020; p. 57). Diferente a las otras categorías de responsabilidad, en lo referente a responsabilidad civil, la demanda se puede orientar tanto hacia personas naturales,

figuren o no con una profesión definida, hacia personas jurídicas; ya sean instituciones prestadoras de servicios de salud, encargadas de administrar el régimen subsidiado, cooperativas e instituciones de promoción de servicios en salud, como droguerías, laboratorios farmacéuticos, clínicos o patológicos, bancos de sangre y cualquiera otra entidad que preste servicios de salud (Yepes, 2020; p. 55).

Se hace necesario afirmar que si bien puede existir causalidad desde la perspectiva física o material, no es indicativo explícito para saber que quien figura como causante material del daño sea quien deba dar respuesta en la instancia jurídica. Es manifiesto, se presentan casos en los que quien ocasiona de forma física el daño no es quien asume las consecuencias de reparación, sino que, contrariamente, habrá alguien que, por disposición legal o contractual deba enfrentar la situación. Es precisamente esto lo que enmarca la responsabilidad por el hecho ajeno (Patiño, 2008; p. 197). Lo anterior no debe confundirse con el *Hecho de un Tercero*, que es básicamente una causal de exoneración, y consiste en la intervención exclusiva de un agente *jurídicamente ajeno* al demandado en la producción del daño; por tanto, no hay obligación de responder por él. Para que el *Hecho de un Tercero* tenga poder exoneratorio, dicha conducta debe incluir las características de: a) imprevisibilidad, debe ser tan remotamente probable y súbito que ni siquiera un virtuoso de la diligencia hubiese tomado medidas razonables de precaución; b) irresistibilidad, que se refiere a poner al demandado, pese a grandes esfuerzos, en imposibilidad de evitar el hecho dañoso. Estos dos ítems se requieren para determinar caso de fuerza mayor o caso fortuito ([https://hipertexto-obligaciones.uniandes.edu.co/doku.php?id=hecho de un tercero como causal de exoneracion](https://hipertexto-obligaciones.uniandes.edu.co/doku.php?id=hecho%20de%20un%20tercero%20como%20causal%20de%20exoneracion)).

El hecho de un tercero corresponde a una modalidad de *causa extraña*, el cual rompe el vínculo de causalidad entre el perjuicio sufrido y la conducta del demandado. Trae consigo sentencia desestimatoria de cualquier pretensión de declaratoria de responsabilidad civil, ya sea contractual o extracontractual. Cuando ha prosperado como excepción de fondo y causal de exoneración de responsabilidad civil, el demandante vencido tiene la posibilidad de iniciar un proceso separado en contra de dicho tercero para solicitar la reparación del perjuicio ([https://hipertexto-obligaciones.uniandes.edu.co/doku.php?id=hecho de un tercero como causal de exoneracion](https://hipertexto-obligaciones.uniandes.edu.co/doku.php?id=hecho%20de%20un%20tercero%20como%20causal%20de%20exoneracion)). Cuando el hecho de un tercero no es la causa esencial para la producción del daño, serán solidariamente responsables de tal perjuicio el tercero y el demandado, tomando el curso de la regla establecida por el artículo 2344 del Código Civil (González, 2011, p. 739).

Es prudente precisar que no en todo caso emerge la responsabilidad por el hecho ajeno del facultativo por las fallas cometidas, por ejemplo, por una enfermera, debido a que ésta puede comprometer la responsabilidad de la institución directamente (Yepes, 2020; p. 58).

Argumentando en términos específicos sobre la profesión que enmarca este abordaje, se debe hablar de *Responsabilidad Civil Médica*, con lo cual se refleja la obligación legal de la reparación económica del daño ocasionado por un *Error Médico*. Conforme a la legislación específica en salud, la atención médica debe efectuarse de acuerdo con los principios científicos y éticos en el marco de la "*Lex Artis*". Se debe tener presente que en todo momento el facultativo se enfrenta al fantasma del "*Error Médico*", que, en muchos casos, conlleva al daño que afecta al enfermo por acción u omisión del galeno en virtud de su labor; ya sea sin intención,

por una conducta incorrecta clínicamente hablando, aplicación de un criterio erróneo; lo cual acarrea la obligación de dar respuesta por el perjuicio del que sea objeto el paciente.

Vera (2013) argumenta que el Acto médico no está libre de un *riesgo* consubstancial a la dificultad que implica el desempeño del galeno, por lo cual es de vital importancia que el facultativo siempre encarne los principios de su profesión, sin quitar los pies de la tierra, pero siempre enfocado y expectante de los acontecimientos. Ruiz (2004) expresa que esta relación se define como *obligación de seguridad y garantía*, por medio de la cual se pretende velar por las condiciones mínimas de seguridad para el paciente, que el personal que le brinde atención sea profesional e idóneo en sus funciones, y que los recursos y elementos que se empleen en el servicio sean los adecuados para lograr el mejoramiento y preservación de la salud del paciente (Vera, 2013; Ruiz, 2004; en Cristancho, 2018).

Desde esta perspectiva, es posible concluir que el accionar de un médico puede producir daños que son propios de la práctica misma, originados en diversas variables que son ajenas al desempeño del galeno. Otras se encuentran en relación con el proceder negligente o imprudente del facultativo, eventos que conforman una problemática a nivel mundial, nacional y local; la cual requiere mayor volumen de estudios, dado que le da cuerpo a las causales más frecuentes de judicialización del Acto Médico (Beltrán y Torres, 2020; p. 49).

Estos daños que sobrevienen de los riesgos inherentes a la *Praxis Médica*, y que no son de la magnitud requerida para considerarlos Mala *Praxis*, no revisten gravedad si el facultativo procede con diligencia y ejecuta su labor conforme a lo estipulado en los protocolos, guías y manejos instaurados al momento del Acto Médico. La función del perito en medicina que tenga a cargo ayudar en la investigación es, precisamente, acceder a la diferenciación entre daños inherentes a las complicaciones de la *Praxis Médica* de los que se derivan explícitamente de la imprudencia profesional (Beltrán y Torres, 2020; p. 49).

Capítulo 3.

Diseño Metodológico y Análisis de los datos obtenidos con el instrumento de medición de Encuesta.

1. Diseño Metodológico.

Este abordaje académico tiene un enfoque cualitativo de interpretación normativa, en la medida que pretende realizar una compilación sistemática de las regulaciones en materia de ética y praxis médicas, con el fin de establecer un contraste con la realidad que describen los funcionarios de entidades prestadoras de servicios en salud, los profesionales médicos y los estudiantes de medicina. Acudiendo a un método de investigación como la encuesta, se busca concretar el ejercicio de correlación propuesto, y que así se puedan lanzar propuestas que contribuyan a atenuar o solucionar las circunstancias derivadas del incumplimiento de los parámetros estipulados en el Estatuto de Ética Médica.

Como es menester, la encuesta va precedida del respectivo consentimiento informado, para imprimirle un carácter de confiabilidad y responsabilidad por parte de quien responde, así será posible dejar un producto de gran solidez y aplicabilidad, que sirva como fundamento para posteriores estudios e investigaciones.

Debido a la situación de Pandemia mundial ocasionada por el COVID-19, se presentaron dificultades para reclutar la población requerida en el estudio y la recolección de los datos, dado que están vigentes las restricciones para el ingreso a instituciones hospitalarias, y al momento, algunas instituciones de educación superior no han reanudado sus actividades académicas presenciales. Por tanto, el instrumento de medición de la encuesta, que en el anteproyecto se había planteado para aplicarlo de manera presencial y directa, debió migrar a la modalidad digital, empleando el recurso de Google Forms, y debió ser suministrado vía Whatsapp o correo electrónico a los participantes. Esta herramienta estaba configurada con temporizador (10 minutos), para evitar que los individuos utilizaran demasiadas ayudas para elaborar las respuestas. Se estableció un periodo de 15 días como plazo máximo para enviar el formulario.

Se consideraron como objeto de análisis tanto los hallazgos como los efectos adversos, que es algo que poco se toca en múltiples estudios, y en ocasiones es lo que permite darle cuerpo sólido a las conclusiones, por consiguiente, a las propuestas de solución frente a determinadas circunstancias de infracción a la normatividad en materia de responsabilidad médica.

MODELO DE AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA PARTICIPANTES EN LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La intencionalidad de este modelo de autorización es proporcionar a los incluidos en este proceso claridad en las especificaciones del instrumento, además del papel que ocupan en la investigación y análisis de los hallazgos.

La labor de escudriñar en los elementos de juicio es encabezada por **LUZ EVENIDE GONZÁLEZ CUADROS**, perteneciente a la institución de Educación Superior **UNIVERSIDAD AUTONOMA LATINOAMERICANA**. El alcance ideal de este emprendimiento es:

RESPONSABILIDAD MÉDICA DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981

Quien acceda a asumir el rol de participante, tendrá encomendado dar respuesta en un abordaje a modo de encuesta, proyectando no hacer uso de material bibliográfico o con ayuda de alguien más.

En caso de optar por la participación en el estudio, se tiene claridad en que es voluntad del individuo, todo lo recopilado tendrá un carácter confidencial y no guardará una finalidad ajena a los alcances del trabajo académico propuesto. Se recopilarán los archivos de Excel que arroja el instrumento de medición, y la información tendrá un carácter totalmente confidencial.

Dado el caso de dudas sobre el abordaje en cuestión, son absolutamente bienvenidas las preguntas en todo instante. Del mismo modo, la desvinculación al proceso es viable en cualquier eventualidad, sin estar sujeto a agravio alguno. Cualquier incomodidad generada por una pregunta o el simple deseo de no responder algo, son totalmente aceptados por parte del responsable.

Manifiesto agradecimiento por la colaboración.

Yo, _____ expreso abiertamente que participo de manera voluntaria en este abordaje académico, liderado por **LUZ EVENIDE GONZÁLEZ CUADROS** Tengo pleno conocimiento que el alcance de la investigación es:

RESPONSABILIDAD MÉDICA DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981

He recibido amplia ilustración del proceso y sus alcances. La encuesta electrónica deberá ser desarrollada en un tiempo no superior a 15 días, y al momento de emprender dicha tarea, se cuenta con 10 minutos para responderla.

Es manifiesto de mi parte que los hallazgos guardarán la confidencialidad requerida y no recibirán un curso diferente al de un profundo análisis y disertación académica, exceptuando una autorización concertada. Tengo claro el hecho que dispongo de vía libre para preguntas sobre la estructura logística y organizacional del proyecto, igualmente sobre la viabilidad del retiro voluntario en cualquier fase del mismo, sin agravante de ninguna índole. En caso de cuestionamientos sobre el hecho de mi incursión en este proceso, el contacto oportuno será con **LUZ EVENIDE GONZÁLEZ CUADROS**, al teléfono 3003491716.

Está por sentado que se me otorgará una copia de esta elaboración y que tengo la potestad de solicitar información con referencia a lo que resulte producto de este emprendimiento al término de todo el desarrollo del mismo. Para tal fin tendré la posibilidad de establecer contacto con **LUZ EVENIDE GONZÁLEZ CUADROS** al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ENCUESTA PROFESIONAL DE LA SALUD (MÉDICO)

Tabla 2. Encuesta a profesionales de la salud. (Enlace formato digital: <https://bit.ly/profesionalsalud>)

ENTREVISTA N°				
PREGUNTAS	SI	NO	#	
1. ¿Conoce la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?				
2. ¿Sabe qué es la Responsabilidad civil Médica?				
3. En caso que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿qué es?				
4. ¿La entidad de salud donde usted labora, realiza campañas, charlas, conferencias, entre otras, para la buena praxis médica? En caso de ser afirmativa su respuesta conteste las preguntas de la 4 a la 7				
5. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, realiza la entidad en el año?				
6. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de Responsabilidad Médica asiste usted?				
7. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica, asiste usted?				
8. ¿Considera que la información que se da a conocer en las campañas, charlas, conferencias, entre otras, es importante?				
9. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre Responsabilidad Médica?				
10. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?				
OBSERVACIONES:				

Fuente: Creación Propia.

ENCUESTA ESTUDIANTE DE MEDICINA

Tabla 3. Encuesta a estudiantes de medicina. (Enlace formato digital: <https://bit.ly/estudiantemedicina>)

ENTREVISTA N°				
PREGUNTAS	SI	NO	#	
1. ¿Conoce la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?				
2. ¿Sabe qué es la Responsabilidad civil Médica?				
3. En caso que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿qué es?				
4. ¿Recibe usted alguna clase de derecho en la Universidad?				
5. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica, realiza la Universidad en el año?				
6. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de Responsabilidad Médica, realiza la Universidad en el año?				
7. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, ha asistido usted?				
8. Si la respuesta 6 es mínimo 1 ¿Considera que la información que se da a conocer, es importante?				
9. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre Responsabilidad Médica?				
10. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?				
OBSERVACIONES:				

Fuente: Creación Propia.

ENCUESTA ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD

Tabla 4. Encuesta a entidades prestadoras de salud. (Enlace formato digital: <https://bit.ly/entidadsalud>)

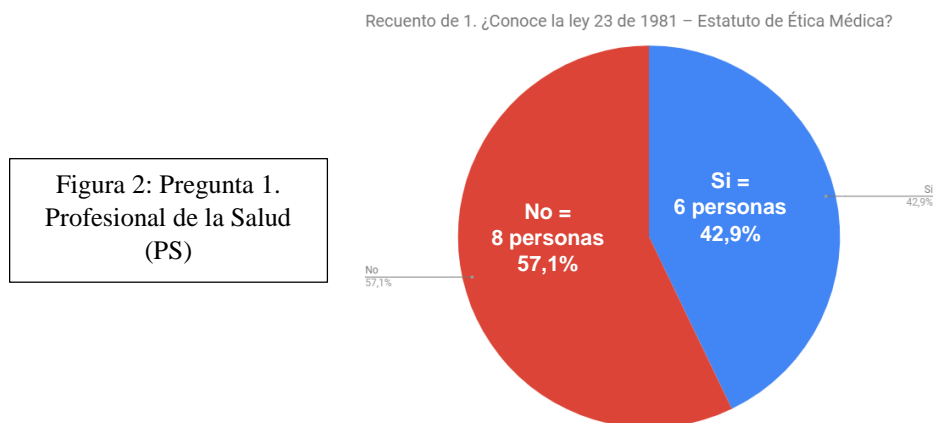
ENTREVISTA N°				
PREGUNTAS	SI	NO	#	
1. ¿Conoce la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?				
2. ¿Sabe qué es la Responsabilidad civil Médica?				
3. En caso que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿qué es?				
4. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, realiza usted como Entidad en el año sobre la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?				
5. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, realiza usted como Entidad en el año sobre Responsabilidad Médica?				
6. ¿La asistencia del personal de salud es buena?				
7. ¿Son de carácter obligatorio estas campañas, charlas, conferencias, entre otras?				
8. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre Responsabilidad Médica?				
9. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?				
OBSERVACIONES:				

Fuente: Creación Propia.

2. Recolección de los datos.

ENCUESTA PROFESIONAL DE LA SALUD (Enviadas 30 – Respondidas 14)

1. ¿Conoce la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?



2. ¿Sabe qué es la Responsabilidad Civil Médica?



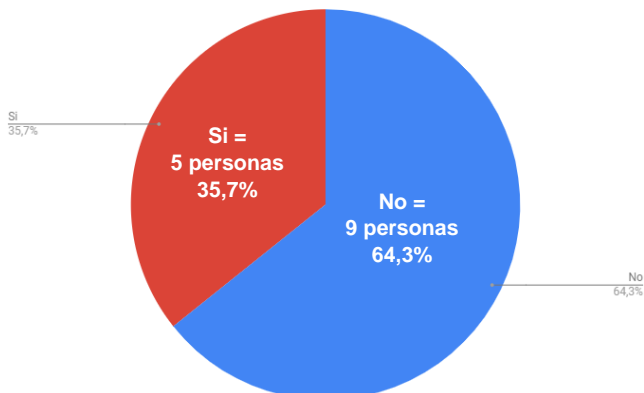
3. En caso que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿Qué es? El formulario no tiene forma de arrojar gráfico debido a la variabilidad de las respuestas. Se detallan las referenciadas por los médicos en ejercicio.

- *“Es la que protege los derechos del paciente de los perjuicios causados por el actuar médico”.*
- *“Es la obligación de reparar los daños y perjuicios causados al paciente”.*

- *“La obligación de responder en caso de causar daños o perjuicios al paciente por algún motivo prevenible”.*
 - *“La responsabilidad que tiene el médico que tiene con su paciente y que derive del acto médico, entendiendo este último como las acciones que se ejercen en la atención del paciente”.*
 - *“La responsabilidad de reparar los daños que se le hacen a un paciente”.*
 - *“Responsabilidad que tenemos los médicos con los pacientes y en el caso de faltar a esta podríamos ser juzgados en procesos civiles”.*
 - *“Responsabilidad de evitar hacer daño, realizando una práctica basada en conocimiento y experticia”.*
 - *“Leyes que rigen el quehacer médico”.*
 - *“Todo acto médico que tenga complicaciones o se encuentre impericia, negligencia, imprudencia o iatrogenia puede ser demandado por la ley y es pagado con dinero”.*
 - *“Es aquella en virtud de la cual el paciente – víctima o sus herederos pueden demandar del médico una indemnización pecuniaria por los perjuicios causados con ocasión del ejercicio de la profesión médica”.*
 - *“No sé”.*
 - *“No”.*
 - *“Es la posibilidad de un médico de ser demandado y responder con su patrimonio por actos de negligencia o errores médicos”.*
 - *“Le permite al paciente demandarnos si recibe daño evitable alguno durante la atención médica”.*
4. ¿La entidad de salud donde usted labora, realiza campañas, charlas, conferencias, entre otras, para la buena Praxis Médica? En caso de ser afirmativa su respuesta, conteste las preguntas de la 4 a la 7.

Recuento de 4. ¿La entidad de salud donde usted labora, realiza campañas, charlas, conferencias, entre otras, para la buena praxis médica? En caso de ser afirmativa su respuesta conteste las preguntas de la 4 a la 7

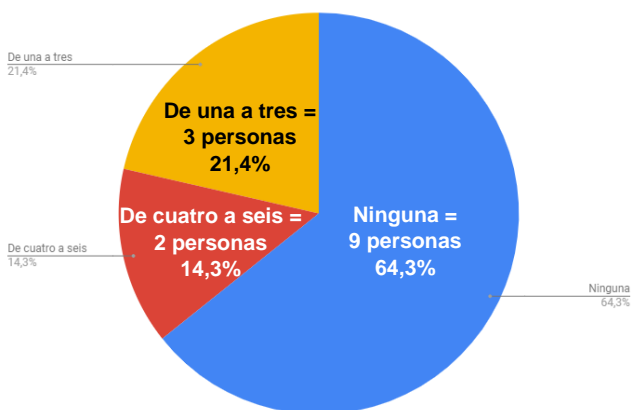
Figura 4: Pregunta 4. PS



5. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras realiza la entidad en el año?

Recuento de 5. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, realiza la entidad en el año?

Figura 5: Pregunta 5. PS



6. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de Responsabilidad Médica asiste usted?

Recuento de 6. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de Responsabilidad Médica asiste usted?

Figura 6: Pregunta 6. PS



7. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de la Ley 23 de 1981 – Estatuto de ética Médica asiste usted?

Recuento de 7. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica, asiste usted?



Figura 7: Pregunta 7. PS

8. ¿Considera que la información que se da a conocer en las campañas, charlas, conferencias, entre otras, es importante?

Recuento de 8. ¿Considera que la información que se da a conocer en las campañas, charlas, conferencias, entre otras, es importante?

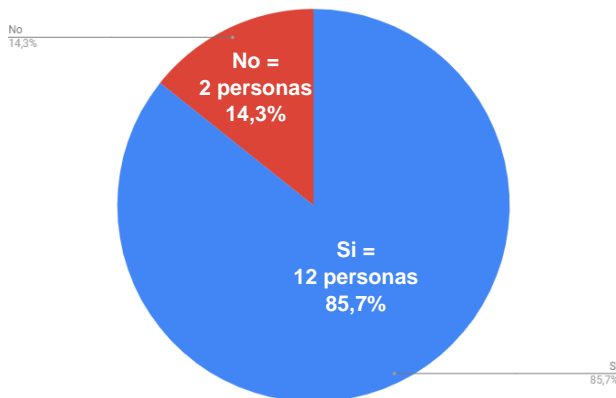


Figura 8: Pregunta 8. PS

9. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre Responsabilidad Médica?

Recuento de 9. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre Responsabilidad Médica?

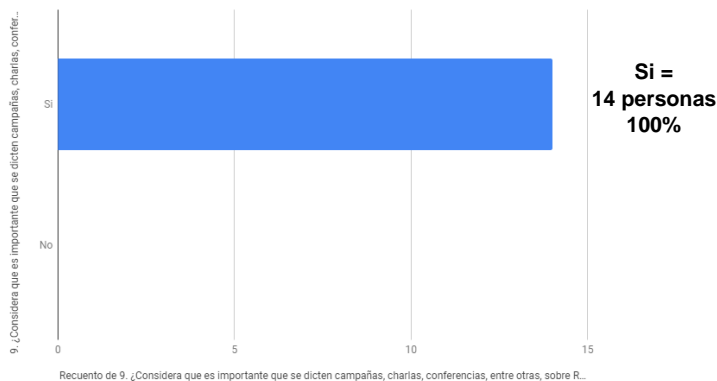


Figura 9: Pregunta 9. PS

10. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre la Ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?

Recuento de 10. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?

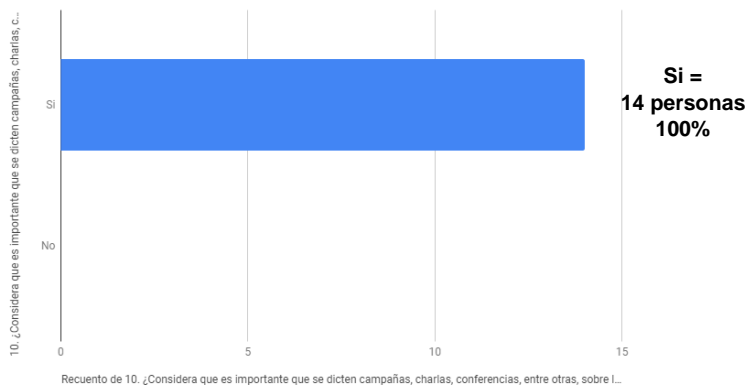


Figura 10: Pregunta 10. PS

OBSERVACIONES REFERENCIADAS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

“Mil gracias, ojalá sirva para aprender más de este tema tan importante”.

“La pregunta 8 no debería ser obligatoria, si en la 4 la respuesta fue No”.

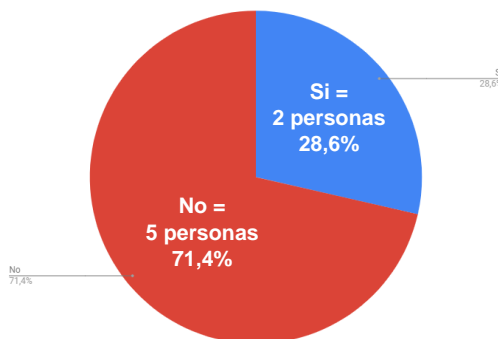
“Hace muchos años no tengo información actualizada al respecto”.

ENCUESTA ESTUDIANTE DE MEDICINA (Enviadas 40 – Respondidas 7)

1. ¿Conoce la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?

Figura 11: Pregunta 1.
Estudiante de Medicina
(EM)

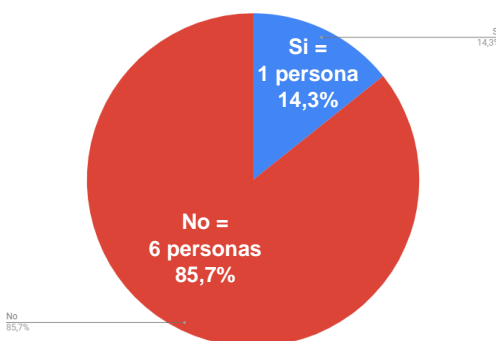
Recuento de 1. ¿Conoce la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?



2. ¿Sabe qué es la Responsabilidad civil Médica?

Figura 12: Pregunta 2. EM

Recuento de 2. ¿Sabe qué es la Responsabilidad civil médica?



3. En caso que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿qué es?

Figura 13: Pregunta 3. EM

Recuento de 3. En caso que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿qué es?



Respuesta fracción azul: “Es la responsabilidad que tiene el personal médico de indemnizar a los pacientes que en el ejercicio de su labor hayan resultado afectados de manera negativa por acción u omisión del personal”.

4. ¿Recibe usted alguna clase de derecho en la Universidad?

Figura 14: Pregunta 4. EM

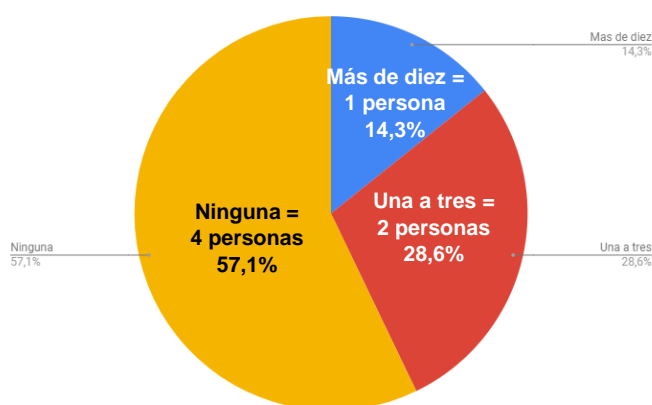
Recuento de 4. ¿Recibe usted alguna clase de derecho en la Universidad?



5. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de la Ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica, realiza la Universidad en el año?

Figura 15: Pregunta 5. EM

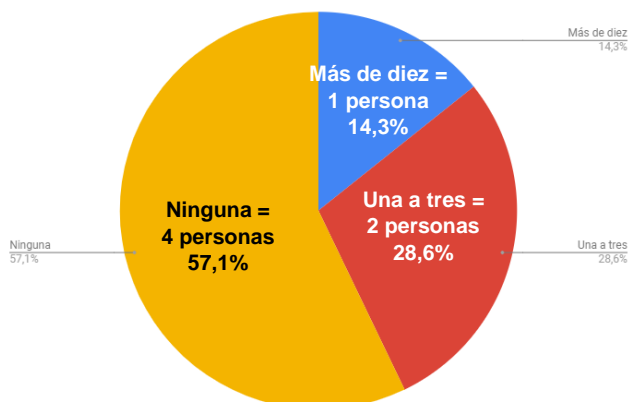
Recuento de 5. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica, realiza la Universidad en el año?



6. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de Responsabilidad Médica, realiza la Universidad en el año?

Recuento de 6. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, de Responsabilidad Médica, realiza la Universidad en el año?

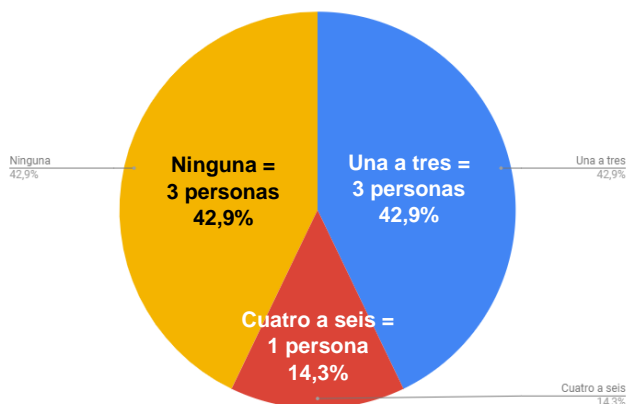
Figura 16: Pregunta 6. EM



7. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, ha asistido usted?

Recuento de 7. ¿A cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, ha asistido usted?

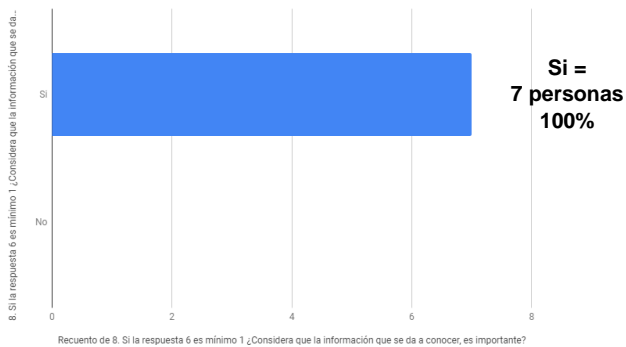
Figura 17: Pregunta 7. EM



8. Si la respuesta 6 es mínimo 1, ¿Considera que la información que se da a conocer es importante?

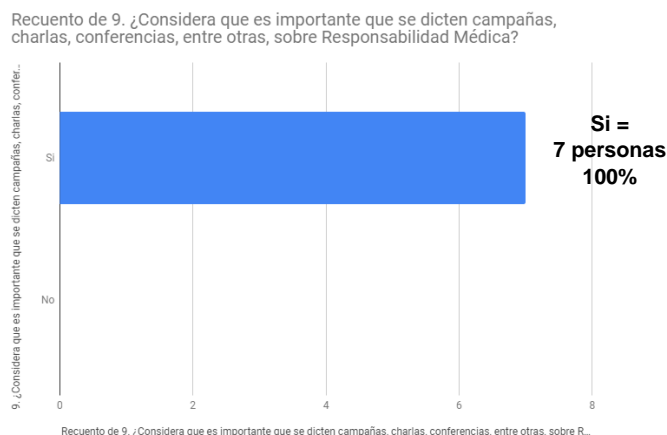
Recuento de 8. Si la respuesta 6 es mínimo 1 ¿Considera que la información que se da a conocer, es importante?

Figura 18: Pregunta 8. EM



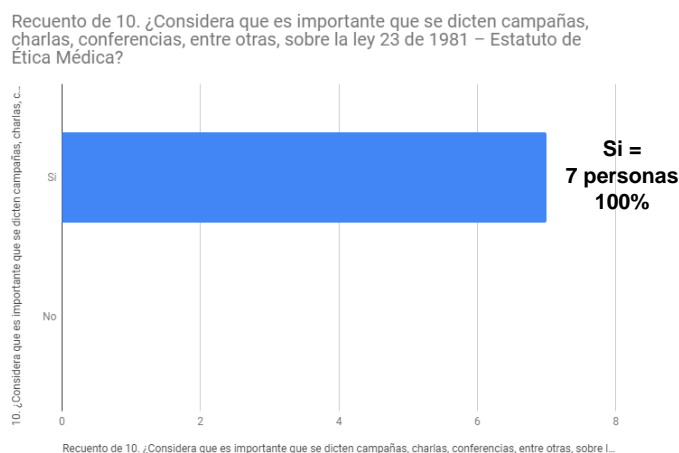
9. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre Responsabilidad Médica?

Figura 19: Pregunta 9. EM



10. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre la Ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?

Figura 20: Pregunta 10. EM



OBSERVACIONES REFERENCIADAS POR LOS ESTUDIANTES.

“Las charlas del grueso de los temas Se encuentran dentro del algunas materias del Pregrado, y las otras generalmente son casos en los cuales se ven involucradas Instancias éticas o legales que son analizados en un staff clínico o en charlas académicas (protegiendo los datos personales de los pacientes)”.

“Es importante conocer la ley, para actuar conforme a lo establecido, y evitar errores que puedan perjudicar el ejercicio como profesional”.

“Estoy en 4° semestre y no sé si el tema se estudia más adelante, supongo que sí, pero a manera de seminario y en la pregunta 8 no hay opciones para quienes recibimos menos de 1 charla o conferencia”.

ENCUESTA ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD (Enviadas 20 – Respondidas**1)**

1. ¿Conoce la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?

No.

2. ¿Sabe qué es la Responsabilidad civil Médica?

Si.

3. En caso que la respuesta anterior haya sido afirmativa, ¿qué es?

Es aquella situación de la cual, el paciente o sus herederos pueden demandar del médico una indemnización pecuniaria por los perjuicios causados con ocasión del ejercicio de la profesión médica.

4. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, realiza usted como Entidad en el año sobre la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?

Cero.

5. ¿Cuántas campañas, charlas, conferencias, entre otras, realiza usted como Entidad en el año sobre Responsabilidad Médica?

Cero.

6. ¿La asistencia del personal de salud es buena?

No.

7. ¿Son de carácter obligatorio estas campañas, charlas, conferencias, entre otras?

No.

8. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre Responsabilidad Médica?

Si.

9. ¿Considera que es importante que se dicten campañas, charlas, conferencias, entre otras, sobre la ley 23 de 1981 – Estatuto de Ética Médica?

Si.

OBSERVACIONES.

Ninguna.

3. Elementos adversos.

- ✚ El instrumento de medición propuesto, que en principio estaba estipulado con aplicación presencial y directa, debió migrar al formato digital. Esto debido a las restricciones en instituciones hospitalarias y de salud e instituciones de educación superior por la problemática de pandemia del COVID-19, lo que trae consigo dificultades para aplicar instrumentos como entrevista, en cambio se utilizó encuesta con formulario Google Forms.
- ✚ A los percances anteriores se suma que la disponibilidad de tiempo, los numerosos compromisos, la falta de descanso en el personal médico, ocasiona que olviden, posterguen o que resuelvan apresuradamente la encuesta.
- ✚ No fue posible equilibrar la cifra de encuestas enviadas vs respondidas, se detectó indiferencia y falta de compromiso por parte de algunos sujetos abordados, viéndose más desfavorecidas las de estudiante y la de entidades prestadoras de servicios en salud, en su orden.
- ✚ Lo anterior, probablemente, se relaciona con el hecho de que el envío de algunas encuestas fue delegado a terceras personas vinculadas a instituciones hospitalarias y de educación superior.
- ✚ Debido a las características de disponibilidad del instrumento, se detectó en algunos individuos la utilización de respuestas extraídas de fuentes comunes (Internet), encontrando respuestas idénticas, hecho en el cual se ven implicados tanto médicos como estudiantes. Esto ocurre a sabiendas de la solicitud expresa de no acudir a esas estrategias.
- ✚ Se detecta mala lectura e interpretación por parte de algunos participantes, lo que genera respuestas incongruentes en preguntas dependientes de otra que le antecede.
- ✚ La visión por parte de estudiantes y entidades prestadoras de servicios en salud queda en deuda, debido a que sólo hubo 7 encuestas resueltas de estudiantes y una por parte de una entidad de salud.

4. Aspectos de análisis y discusión.

Al momento de abordar a potenciales participantes en la aplicación del instrumento de medición (Encuesta digital), se corroboró un manifiesto sentido de indiferencia y rechazo en un gran número de profesionales y estudiantes de medicina, pues hubo individuos que ni siquiera acogieron la solicitud de recibir el formulario por algún medio. De los que aceptaron que se les compartiera el enlace de la encuesta, contestaron 14 médicos de 30 que lo recibieron; 7 estudiantes de medicina de 40 que

se contactaron; y un funcionario de una entidad prestadora de servicios de salud de 20 con las que se estableció comunicación.

Más allá de la cantidad de sujetos encuestados, hay algo que genera preocupación, y es que se percibe un latente desconocimiento de la normatividad en materia de Responsabilidad y el Estatuto de Ética Médica por gran parte de la población participante: sólo un 42,9% de los médicos y un 28,6% de los estudiantes manifiestan tener conocimiento sobre la Ley 23 de 1981, y el funcionario que respondió por parte de la única entidad de salud que culminó el estudio, afirma no tener conocimiento del estatuto en cuestión. Se pensaría que siendo un asunto de tanta delicadeza, debería ser un foco de atención por parte de quienes están de una u otra forma involucrados en su constante aplicación. Básicamente por las implicaciones civiles y legales que se derivan del incumplimiento de todo lo estipulado en el documento del Estatuto de Ética Médica, que en determinada instancia pueden vincularse con un hecho dañoso que afecta la integridad física de un paciente, y pueden tener un desenlace bastante comprometedor para el profesional de la salud por hecho propio; o dado el caso, responsabilidad organizacional o de la persona jurídica por parte de la entidad, que es directa de las instituciones del sistema de seguridad social en salud (Sentencia SC13925; Salazar R. 2016).

Los estudiantes de medicina revelan que adolecen de formación en la temática de responsabilidad médica: sólo el 42,9% expresa que si han cursado alguna asignatura donde se de tratamiento a esos conceptos, y en las observaciones se detecta que las áreas relacionadas se abordan en semestres muy avanzados del programa de estudios. Esta situación refleja la carencia en los procesos de formación de base en el personal médico, que de llegar con vacíos en la normatividad específica a la rotación e internado, pueden verse involucrados y tener experiencias poco gratas en hechos dañosos. Así tengan el respaldo por actuar desde una perspectiva académica, es el momento ideal para interiorizar responsabilidad profesional.

Se corrobora de manera sólida que muchos médicos desempeñan su labor actuando a tientas, lo que permite lanzar un cuestionamiento sobre el accionar de una proporción importante de galenos. Aproximadamente el 86% responden que si saben qué es Responsabilidad Médica, pero al solicitarles la definición con palabras propias, suelen confundir la connotación de responsabilidad por parte del médico con obligación y derechos del paciente (*“Le permite al paciente demandarnos si recibe daño evitable alguno durante la atención médica”*). Se trató con anterioridad lo relacionado con la *Lex Artis ad Hoc*, que hace alusión a ceñirse a parámetros técnicos, científicos y metodológicos de vanguardia en pro de un desempeño profesional idóneo, lo cual hace parte del accionar responsable y consciente para prevenir eventos desafortunados; y esto se revierte en un alejamiento de la imprudencia, la negligencia, impericia e inobservancia en el Acto médico. Ninguno de los participantes hizo mención alguna de estos conceptos.

Frente a una pregunta fundamental, que trata sobre las campañas, charlas o conferencias realizadas en el entorno inmediato de desempeño (Clínica u hospital,

institución universitaria, entidad prestadora de salud) sobre Responsabilidad Médica o sobre la Ley 23 de 1981, los datos recopilados son desalentadores. Casi el 65% de los médicos afirman que la institución donde laboran no realiza ese tipo de procesos; el 57,1% de los estudiantes manifiestan la misma situación en sus universidades, al igual que el único funcionario de entidad prestadora de salud. Pero el grueso de los participantes expresa que les parece importante que se desarrollen ese tipo de eventos formativos en la materia (El 100% de los médicos y los estudiantes, y el funcionario de la entidad prestadora de salud). Dicho hallazgo refleja una voluntad expresa a incursionar y participar de posibles estrategias de capacitación puntual.

5. Sesgos del estudio:

5.1. Evitables:

- ✚ Instrumento de medición utilizado – Encuesta digital: Más allá de haber detallado las dificultades para contactar el tipo de población requerida por situación de pandemia, se reconoce que el instrumento suministrado se presta para fraude por parte de los participantes, pues desde el mismo celular se puede acceder a internet y obtener respuestas a casi cualquier cosa. Basta un comando de “copiar” – “pegar”.
- ✚ Acudir a terceros para suministrar la encuesta: Hubo que acceder a esa estrategia por cuestiones de premura en la obtención de los datos, y por dificultades en el ingreso a instituciones específicas. Pero no se sabe, a ciencia cierta, si las personas a las que se les pidió el favor de contactar médicos, estudiantes o funcionarios, si lo realizaron realmente.

5.2. No evitables:

- ✚ Voluntad de las personas para acceder a las encuestas: Abordar a una persona para una encuesta, de cualquier tema, por lo general trae consigo una actitud de evasión y rechazo. Esta no fue la excepción, a sabiendas que era más fácil de resolver, y que potencialmente está más provista de privacidad por el medio de respuesta empleado.
- ✚ Cifra final de sujetos encuestados por medios y estrategias digitales: Por razones obvias, siempre se muestra buena voluntad por parte de quien realiza la investigación, va en búsqueda de reclutar la mayor cantidad posible de sujetos, pero no siempre se puede lograr. En este caso, el instrumento se distribuyó entre un número representativo de sujetos, pero muchos de ellos lo recibieron y simplemente no lo respondieron.
- ✚ El ritmo laboral y cotidiano del personal que se contactó para el estudio: Tanto médicos, estudiantes de medicina, como funcionarios de entidades prestadoras de salud, tienen un itinerario bastante pesado por este tiempo. Las

salas de urgencias apenas están saliendo del tope por los contagiados por COVID-19, el personal médico en ciertas instituciones no da abasto; los estudiantes de medicina, a excepción de los que estén en rotación, tienen la mayoría de sus obligaciones de manera virtual, por tanto manifiestan apatía por cosas adicionales que no sean de su carrera. Los funcionarios no escapan a esta consideración, para nadie es oculto las angustias por las que están atravesando las EPS y demás instituciones de salud; las demandas, derechos de petición, entre otras cosas, abundan y congestionan tanto el sistema de salud como las instancias judiciales.

Conclusiones.

Lo que se afirma en este tramo del presente abordaje académico, tomando como referencia los hallazgos que arrojó el instrumento de medición (Encuesta digital) requiere de posteriores estudios, dado que la cifra de población reclutada no fue la esperada. No obstante, el hecho en sí mismo de la indiferencia o rechazo hacia la herramienta de análisis por parte de un gran número de individuos contactados, y una proporción no menos importante de sujetos que la recibieron y no la diligenciaron, brinda elementos de juicio que reflejan la problemática actual con respecto al tema de Responsabilidad Médica. Una de las deducciones que se pueden extraer es que no se le presta la importancia requerida a la temática en cuestión, tanto desde el proceso de formación en las universidades como desde las instituciones prestadoras de servicios en salud. Los estudiantes de medicina son los primeros que deben encarnar los principios de una buena *Praxis Médica*, y esto se fundamenta en una temprana revisión de asuntos relacionados con la Ley que rige su quehacer, específicamente la Ley 23 de 1981. En esa perspectiva, serían más llevaderos los múltiples percances y escándalos que se pueden evidenciar en las noticias y demás medios, casos manifiestos de negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia en el Acto Médico; muchos de ellos evitables, si se cuenta con la posibilidad de estructurar un buen Juicio de Previsibilidad. Pudiendo ser partícipes de procesos de capacitación, tanto médicos como estudiantes y funcionarios, sería más fácil, por ejemplo, distinguir la relación que debe existir entre el hecho y el daño, y el vínculo que deben entablar con el Nexo de Causalidad.

Algo que llama la atención es que los sujetos que mejor respuesta reflejaron al llamado fueron los profesionales médicos, probablemente porque son los más interesados en virtud de posibles dificultades ya enfrentadas, o mínimamente por ser testigos de alguna; en pocas palabras, porque son los que generalmente salen afectados por hecho propio. Sin embargo, muchos de los que culminaron el estudio, demostraron inseguridad y falta de claridad en algunos conceptos; ese hecho, en la vida profesional, se puede convertir en un arma de doble filo, porque se genera una falsa confianza o sentido de aparente seguridad, y cuando se presenta un hecho dañoso, todo recae de manera sorpresiva, y la reacción a veces, no es la mejor. Se alcanza a percibir que algunos sujetos asumieron de manera apresurada la encuesta, algunos no respetaron la indicación de no utilizar ayudas externas, y como se pudo comprobar, se destacan varios sesgos de investigación.

Tomando como base la evidencia de los permanentes casos de afectación a la integridad física, psíquica y moral de pacientes, consignados en las sentencias referenciadas, aunado a los hallazgos en el análisis de los datos, se confirma que la Responsabilidad Médica se deriva del incumplimiento de la Ley 23 de 1981. Un argumento fundamental para hacer esta afirmación es que una gran parte de los protagonistas directos de su aplicación desconocen parcial o totalmente las directrices allí consignadas. Desde un razonamiento lógico, no se puede considerar que un individuo incumple algo, si éste no tiene ilustración en que ese “algo” está restringido o regido por una normatividad. Los hallazgos más delicados del estudio hacen referencia al concepto mismo de Responsabilidad Médica, del cual no hay claridad fundamental, suele confundirse con lo relativo a derechos del paciente y obligaciones del médico; incluso con las disposiciones disciplinarias o jurídicas a las que se hace acreedor quien infringe las normas. No se asocia la Responsabilidad Médica desde una óptica meramente profesional y ética, mucho menos se va a estar en capacidad de establecer un vínculo con el aspecto civil, y así se hace más complejo diferenciar y asumir la fuente de responsabilidad civil en circunstancias dadas.

Recomendaciones.

El alcance de valor de éste trabajo radica en proponer estrategias y procedimientos que contribuyan a mejorar el panorama de la Responsabilidad Médica en Colombia. Retomando los conceptos tratados en el marco teórico y los hallazgos de la encuesta, se propone:

1. Una asignatura obligatoria específica de Responsabilidad Médica y Estatuto de Ética Médica en el programa de estudios universitarios de Medicina.
2. Brindar Foros, seminarios y conferencias sobre generalidades en materia de Responsabilidad Médica y Estatuto de Ética Médica, en el marco de la inducción a estudiantes nuevos en las Facultades de Medicina.
3. Brindar Foros, seminarios y conferencias sobre actualización en materia de Responsabilidad Médica y Estatuto de Ética Médica, orientado a estudiantes en curso de las Facultades de Medicina.
4. Debido a que gran parte de los integrantes de los Comités de Ética Médica, Federación Médica Colombiana, Tribunales de Ética Médica son médicos, es de considerar que se difundan los programas académicos de posgrado en Responsabilidad Médica en diferentes universidades, y que se pueda contar con diversas líneas metodológicas para enfocar la producción bibliográfica e investigativa. Además, para cualificar el personal integrante de los entes mencionados.
5. Brindar más foros, seminarios, congresos y conferencias sobre actualización en materia de Responsabilidad Médica y Estatuto de Ética Médica, orientado a estudiantes en internado, estudiantes en intercambio académico, profesionales de la salud y funcionarios que prestan sus servicios en instituciones hospitalarias. En estos entornos será más viable el interiorizar elementos de fondo con conocimiento de causa de situaciones reales.
6. Diseño de páginas *web* específicas por parte de instituciones de educación superior y de servicios de salud, las cuales reunirán contenido específico, bibliografía, análisis de estudios de casos que sean alusivas a la Responsabilidad Médica.
7. Diseño de redes sociales específicas por parte de instituciones de educación superior y de servicios de salud, las cuales reunirán contenido específico, bibliografía, análisis de estudios de casos que sean alusivas a la Responsabilidad Médica.
8. Establecer alianzas estratégicas entre instituciones universitarias que contengan en sus programas de estudios: de un lado medicina, y del otro derecho. Promover eventos o intercambios académicos que permitan a los estudiantes de cada área compartir, disertar y construir en torno a la Responsabilidad Médica.
9. Dentro de los foros, seminarios y conferencias propuestas en cualquiera de los entornos mencionados, sería de gran importancia contar con la presencia de funcionarios de los entes disciplinarios y de regulación de la actividad médica.
10. Proponer en cualquiera de los entornos citados, universidades, instituciones prestadoras de servicios de salud un evento denominado “*Semana de la Responsabilidad Médica*”, en donde se desarrollarán eventos académicos y culturales. Se debe tener una visión ambiciosa, en donde se pueda pensar que se institucionalice en unas fechas específicas.

Glosario.

Auscultación: Acción de escuchar los sonidos emitidos por los órganos para establecer un diagnóstico. (Larousse, 2005, p. 120)

Comunidad: Conjunto de personas vinculadas por características o intereses comunes.
<https://dle.rae.es/comunidad?m=form>

Dictamen: Opinión y juicio que se forma o emite sobre algo.
<https://dle.rae.es/dictamen?m=form>

Deontológico, deontología: Parte de la ética que trata de los deberes y principios que afectan a una profesión. (Larousse, 2005, p. 323)

Estado Social de Derecho: Estado fundado en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. La dignidad se establece como resultado del reconocimiento mínimo de derechos y garantías. El trabajo es el medio adecuado para que los seres humanos mantengan su dignidad en los núcleos de su desarrollo. La solidaridad es una responsabilidad de orden social: los que tienen colaboran con los que no tienen, pero hacerlo es una obligación y no una mera facultad. Interés social, interés público, interés colectivo, interés de la Nación, lo social por encima de lo individual, sin desconocerlo más bien los realiza, pero de manera armónica y solidaria en la sociedad.
<https://www.serviciocivil.gov.co/portal/transparencia/informacion-interes/glosario/estado-social-de-derecho>

Funcionario: Persona que desempeña profesionalmente un empleo público.
<https://dle.rae.es/derogar?m=form>

Galeno: Persona autorizada para ejercer la medicina. <https://dle.rae.es/galeno?m=form>

Humanística: Pertenciente o relativo al humanismo o las humanidades. Sensibilidad, compasión de las desgracias de otras personas. <https://dle.rae.es/humanidad?m=form>

Infractor: Que quebranta una ley o un precepto.
<https://dle.rae.es/infractor?formList=form&w=#>

Integralidad (Principio de): La fuente legal del principio de integralidad es el literal c) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, disposición que ordena que todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales. Ahora bien, el goce efectivo del principio de integralidad requiere acciones positivas por parte del Estado y de los prestadores del servicio de salud, encaminadas a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación, con plena observancia de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Sentencia T-418 de 2013 Corte Constitucional de Colombia)
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=72066>

Lex Artis ad Hoc: Conjunto de reglas técnicas a las que ha de ajustarse la acción de un profesional en ejercicio de su arte u oficio. <https://dpej.rae.es/lema/lex-artis#:~:text=Adm.,de%20su%20arte%20u%20oficio> Si bien el concepto de *Lex artis* (estándar de actuación) podría ser aplicada a casi cualquier profesión, se ha utilizado de manera particular para referirnos al adecuado desarrollo de la práctica médica. Ad hoc, por otra parte, quiere decir: para una situación específica o para un caso específico. Por lo que *Lex artis ad hoc* debería entenderse como el estándar de actuación para el caso específico. <https://www.saludiarario.com/lex-artis-ad-hoc-un-concepto-fundamental-para-el-medico/>

Paciente: Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. <https://dle.rae.es/paciente?formList=form&w=#>

Plan Obligatorio de Salud: El eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud -POS, que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/pos.aspx>

Política pública: Las Políticas Públicas son instrumentos que permiten construir respuestas que permiten incidir favorablemente en la vida y los territorios. <https://bogota.gov.co/servicios/que-es-una-politica-publica>

Proceso disciplinario: Conjunto de acciones orientadas a investigar y en algunos casos a sancionar determinados comportamientos o conductas del trabajador, que conllevan incumplimiento de deberes, violación de prohibiciones, y abuso en ejercicio de derechos y funciones. <https://www.google.com/search?q=proceso+disciplinario&oq=&aqs=chrome.69i59j450l8.2171j9j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Profiláctico: Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la preservación de la enfermedad. <https://dle.rae.es/profil%C3%A1ctico?m=form>

Propedéutica: Enseñanza preparatoria para el estudio de una disciplina. <https://dle.rae.es/proped%C3%A9utica>

Salud: Conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado. <https://dle.rae.es/salud?m=form>

Superintendencia de Salud: En 1977 la entidad surge con el nombre de *Superintendencia de Seguros de Salud*, con el fin de ejercer control y vigilancia sobre la administración, los servicios y prestaciones de la salud de los seguros obligatorios, de acuerdo con las normas del Sistema Nacional de Salud, como sujeto el Instituto de Seguros Sociales ISS. En el 2007 surge la Ley 1122 por medio de la cual se crea el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual quedó en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios

en salud. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/funciones-y-deberes>

Rehabilitación: Conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad.

<https://dle.rae.es/rehabilitaci%C3%B3n?m=form>

Regímenes disciplinarios: Conjunto de normas que regulan las infracciones y sanciones en el empleo público y su aplicación. <https://dpej.rae.es/lema/r%C3%A9gimen-disciplinario>

Retaliaciones: Respuesta de castigo o venganza. “aplicar la ley del talión”
<https://dle.rae.es/retaliaci%C3%B3n?m=form>

Sesgo (Investigación): El sesgo de investigación, también denominado sesgo del experimentador, constituye un proceso en el cual los científicos que realizan la investigación influyen en el resultado, con el fin de representar un determinado desenlace. Algunos sesgos de investigación surgen del error experimental y de no tomar en cuenta todas las variables posibles. Otro tipo de sesgo aflora cuando los investigadores seleccionan sujetos que tienen más probabilidades de generar los resultados deseados, un retroceso en los procedimientos normales que rigen la ciencia. <https://explorable.com/es/sesgo-de-investigacion>

Staff médico: Un Staff medico busca reunir un grupo de profesionales para abordar un caso que, dada su complejidad, requiere de mayor análisis y se beneficia de recibir diferentes perspectivas médicas. El staff medico es en beneficio para los pacientes cuyo casos son presentados.

<https://www.google.com/search?q=staff+medico+definicion&oq=&aqs=chrome.69i59i4501l8.216264206j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Tejido social: Conjunto de individuos y grupos que articulan la estructura de una sociedad. <https://dle.rae.es/tejido?m=form#G6vvCiR>

Transgresión: Acción y efecto de transgredir. Quebrantar, violar un precepto, ley o estatuto. <https://dle.rae.es/transgredir>

Tribunal: Lugar destinado a los jueces para administrar justicia y dictar sentencias. <https://dle.rae.es/tribunal?m=form>

Bibliografía.

Libros

- Gómez Sierra, F. (2012). Constitución Política de Colombia (págs. 77 – 90) Bogotá D.C. - Colombia: Leyer Editores.
- Congreso de la República de Colombia. (2016). Sistema de Seguridad Social Integral Ley 100 de Diciembre 23 de 1993. Edición 2016. Bogotá D.C. - Colombia: Editorial Centauros S.A.S
- Leal P., H. (2011). Diccionario Jurídico. Segunda Edición. Bogotá D.C. – Colombia: Leyer Editores.
- Yepes R., S. (2020). La Responsabilidad Civil Médica. Décima Edición. Bogotá D.C. – Colombia: Editorial Diké S.A.S y Editorial Universidad Santiago de Cali USC.
- Diccionario Larousse. (2005). El pequeño Larousse ilustrado 100 años. Edición 2005. Ediciones Larousse S.A.: Bogotá – Colombia.
- González, A.T. (2011). Código Civil de Colombia (págs. 497 – 498) Bogotá D.C. - Colombia: Leyer Editores.
- Montoya Vacadéz, Diego. (2018). Código Penal Ley 599 de 24 de Julio de 2000 (p. 92). Medellín – Colombia: Editorial Legis.
- Tamayo J., J. (2007). Tratado de Responsabilidad Civil. Tomo I. Editorial Legis. Bogotá (Colombia).
- Gaviria C., A. (2018). Guía Teórico-Práctica para la cuantificación de perjuicios. Fondo Editorial Universidad EAFIT. Medellín (Colombia).
- Uribe G., Saúl et al. (2020). Estudios de Responsabilidad Civil Tomo I. Primera Edición. Editorial EAFIT. Medellín (Colombia).
- Viney, G. (2007). Tratado de Derecho Civil: Introducción a la responsabilidad. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.

Documentación

Congreso de la República de Colombia. (27 de febrero de 1981) Estatuto de ética médica. [Ley 23 de 1981]. DO: 35.711.

Arias Fonseca, J. L. (2014). Responsabilidad y culpa Médica. Antecedentes y Conceptos. Revista Academia & Derecho. 5 (8) 173 – 192.

Jurisprudencia

Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José – Costa Rica, 1969” Aprobado por la Ley 16 de 1972. Congreso de la República de Colombia, Departamento Administrativo de la Función Pública, Bogotá. Recuperado de:
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=37204

Ley Estatutaria 1751 del 16 de Febrero de 2015. “*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones*”. Congreso de la República de Colombia, Bogotá. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Corte Constitucional de Colombia Magistrada Ponente Vargas Hernández, C. I. (2008). Sentencia C-620 de 2008, p. 1. Bogotá. Recuperado de:
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/C-620-08.htm>

Ley 734 del 5 de Febrero de 2002. “*Por la cual se expide el código disciplinario único*”. Congreso de la República de Colombia, Bogotá. Recuperado de:
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=4589

Ley 1952 del 28 de Enero de 2019. “*Por medio de la cual se expide el código general disciplinario, se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario*”. Recuperado de:
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=90324

Congreso de la República de Colombia. (29 de Julio de 2015) Proyecto de Ley 24 de 2015. “*Por medio del cual se crea el nuevo código de ética médica*”. Recuperado de:
<http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/periodo-legislativo-2014-2018/2015-2016/article/24-por-medio-del-cual-se-crea-el-nuevo-codigo-de-etica-medica>

Congreso de la República de Colombia. (30 de Julio de 2019) Proyecto de Ley 104 de 2019c. “*Por medio del cual se modifica la ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones*”. Recuperado de: <https://www.camara.gov.co/etica-medica-0>

Congreso de la República de Colombia. (20 de Julio de 2020). Proyecto de Ley 173 de 2020c. “*Por medio del cual se modifica la ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones*”. Recuperado de: <https://scare.org.co/observatorio-legislativo/proyectos-de-ley/>

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2008). Resolución 4796 de 27 de Noviembre de 2008, Art. 6°. “*Por medio de la cual se reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud, se adoptan estándares de condiciones técnico científicas para la habilitación de unidades móviles acuáticas y se dictan otras disposiciones*”. Recuperado de:
<http://www.saludcapital.gov.co/Documents/RESOL.%204796%20DEL%2027%20NOV%202008%20BRIGADAS%20DE%20SALUD.pdf>

- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2012). Decreto Ley 0019 de 10 de Enero de 2012. “*Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. DO: 48.308*”. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2012/Documents/Enero/10/Dec1910012012.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Decreto 131 de 21 de Enero de 2010. “*Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones. DO: 47.599*”. Recuperado de: <https://cdn.accounter.co/images/stories/Documento/Dec13121Ene2010.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia. (2009). Decreto 4975 de Diciembre 23 de 2009. “*Declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante sentencia C-252 de 2010, por el cual se declara el Estado de Emergencia Social. DO: 47.572*”. Recuperado de: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=38291
- Corte Constitucional de Colombia. (2010). Sentencia C-252 de 2010. “*El decreto declaratorio de Estado de Emergencia se ha encontrado contrario a la Constitución Política*”. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/c-252-10.htm>
- Corte Constitucional de Colombia Magistrado Ponente Pinilla Pinilla, N. (2010). Sentencia C-289 de 21 de Abril de 2010. “*Por medio de la cual se declara INEXEQUIBLE el decreto 131 de 2010, como consecuencia de la declaratoria de INEXEQUIBILIDAD del Estado de Emergencia Social establecido mediante el Decreto 4975 de 2009*”. Recuperado de: <http://apolo.creg.gov.co/Publicac.nsf/1aed427ff782911965256751001e9e55/774e153c2e250c3905257b9100578429?OpenDocument>
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1164 de 2007. “*Por medio de la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*”. Bogotá. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- Corte Suprema de Justicia de Colombia. Sala de Casación. Magistrado ponente García R., A. F. (2021). Sentencia SC5199 de 12 de Enero de 2021. Recuperado de: <https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/not/civil21/edictos/014SC5199-2020.pdf>
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 4 de Octubre de 1993. “*Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*”. Recuperado de: https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf
- Asociación Médica Mundial. (1994). Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM - Londres, Inglaterra, Octubre 1949; y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial - Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial - Venecia, Italia, Octubre 1983. Recuperado de: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2017/02/17a_es.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2002). Ley 790 de Diciembre 27 de 2002. *“Por la cual se expiden disposiciones para adelantar el programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades Extraordinarias al Presidente de la República”*. Bogotá. Recuperado de:

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=6675

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1444 de Mayo 4 de 2011. *“Por medio de la cual se escinden unos Ministerios, se otorgan precisas Facultades Extraordinarias al Presidente de la República para modificar la estructura de la Administración Pública y la planta de personal de la Fiscalía General de la Nación y se dictan otras disposiciones”*. Bogotá. Recuperado de:

https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/68882/ley_1444_de_2011.pdf/9cf085bf54d5-bea8-b636-71448ec5403b?t=1487695653664

Corte Constitucional de Colombia. (2003). Sentencia C-880 de 2003. Con relación a la fusión de los Ministerios y el cuestionamiento sobre aspectos como la supresión de cargos administrativos. Recuperado de:

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=18920

Corte Constitucional de Colombia. (2005). Sentencia C-034/05 de 2005. Sobre Deberes Constitucionales, Exigibilidad a particulares previa norma legal, Deberes Constitucionales y Obligaciones legales, distinción Obligaciones legales. Recuperado de:

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2005/C-034-05.htm>

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Magistrado Ponente Ariel Salazar Ramírez. (2012). Sentencia 14 de Diciembre. Expediente 11001-31-03-028-2002-00188-01. Recuperado de:

[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ABLCq3VXQSsJ:https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/test/2012/Providencias/S-%252014-12-2012%2520\(1100131030282002-00188-01\).doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ABLCq3VXQSsJ:https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/test/2012/Providencias/S-%252014-12-2012%2520(1100131030282002-00188-01).doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co)

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Magistrado Ponente Ariel Salazar Ramírez. (2016). Sentencia SC13925 del 30 de Septiembre. Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01.

Recuperado de: <https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/2016/11/SC13925-2016.pdf>

Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Magistrado Ponente William Namén Vargas. (2009). Sentencia del 24 de Agosto. Expediente 11001-3103-038-2001-01054-01.

Recuperado de: <https://hipertexto-obligaciones.uniandes.edu.co/lib/exe/fetch.php?media=csj-cc-24-ago-2009.pdf>

Tesis

Beltrán Romero, J.H. y Torres Rojas, D. H. (2020). La responsabilidad penal médica en Colombia: antecedentes y debates actuales. Trabajo de grado Pregrado en Derecho. Universidad Cooperativa de Colombia, Ibagué, Colombia. Recuperado de: https://www.repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20174/4/2020_responsabilidad_penal_medica.pdf

- Martínez M., L.A. (2011). La negligencia médica y sus efectos en materia penal. Trabajo investigativo para optar al título de Licenciado en Derecho. Universidad Centroamericana, Managua, Nicaragua. Recuperado de:
<http://repositorio.uca.edu.ni/335/1/UCANI3080.PDF>
- Pedraza Ríos, I. R. y Torres Rojas, D. H. (2020). La Negligencia e Impericia y sus excepciones frente a la Responsabilidad Penal del profesional de la Salud en Colombia. Monografía para optar al título de Magíster en Derecho Penal y Procesal Penal. Universidad Santo Tomás, Tunja, Colombia. Recuperado de:
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/29074/2020iv%C3%A1npedraza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cristancho A., M. (2018). Responsabilidad Médica en Colombia desde el caso de las obligaciones jurídicas que surgen por la historia clínica. Artículo de investigación para Trabajo de Grado en Derecho. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/22618/1/Art%C3%adculo.%20Responsabilidad%20m%C3%adica%20en%20Colombia%20desde%20el%20caso%20de%20las%20obligaciones%20jur%C3%adicas%20que%20surgen%20por.pdf>
- Restrepo R., M. (2006). Sobre el fundamento de la responsabilidad civil por el ejercicio de actividades peligrosas, una mirada a partir de la teoría del riesgo. Monografía presentada para optar al título de Abogada. Universidad EAFIT. Medellín, Colombia. Recuperado de:
https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/449/Monica_RestrepoRuiz_2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Niño, D. C. (2016). Aplicación de la Responsabilidad médica a partir de la sentencia de 10 de Agosto de 2005 exp. #15178. Trabajo para optar al título de Especialista en Derecho Administrativo. Universidad Santo Tomás: Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/2271/Ni%C3%B1odiana2016.pdf?sequence=1>
- Agudelo V., J. P. (2020). La responsabilidad civil de las personas jurídicas de derecho privado en Colombia por el hecho de sus contratistas. Trabajo para optar al título de Maestría en Derecho. Universidad EAFIT: Medellín, Colombia. Recuperado de:
https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/17715/JuanPablo_AgudeloValderrama_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Herrera M., D. A. (2016). El daño y el nexos causal en la pérdida de oportunidad. Trabajo para optar al Título de Maestría en derecho Público. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Facultad de Jurisprudencia: Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12539/EL%20DAN%CC%830%20y%20%20EI%20NEXO%20CAUSAL%20EN%20LA%20PE%CC%81RDIA%20DE%20OPORTUNIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baena A., F. (2010). Objetivación de la Responsabilidad Civil Extracontractual en Colombia: Tendencias, Influencias y Panorama. Monografía para optar al Título de Abogada.

Universidad EAFIT. Escuela de Derecho. Medellín, Colombia. Recuperado de:
https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/458/Felisa_BaenaAramburo_2010.pdf;sequence=1

Restrepo U., C. y Londoño T., S. (2015). La vigencia de la distinción entre Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual: Trascendencia de la dualidad, problemas de la unificación desde la doctrina y las nuevas tendencias. Monografía para optar al Título de Abogadas. Universidad EAFIT. Escuela de Derecho. Medellín, Colombia. Recuperado de:
https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/8268/Camila_RestrepoUribe_Susana_Londo%C3%B1oToro_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Artículo de revista impresa

Revista Semana. (2016) Otra mujer que muere por una cirugía estética en Medellín. Antioquia (Cirugías estéticas, salud, Medellín, Estados Unidos) Recuperado de
<https://www.semana.com/nacion/articulo/mujer-muere-por-cirugia-estetica-en-medellin/509608/> 15 de Diciembre de 2016.

Artiles Granda, D. A.; Balmaseda Bataille, I. y Prieto Valdés, A. L. (2013). Responsabilidad ante el error y la mala práctica del actuar médico. Revista *Cubana de Ortopedia y Traumatología*, 27 (1), p. 134-143. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-215X2013000100013

Restrepo Manotas, J. A, (2012). Una mirada en lo ético disciplinario y en la investigación administrativa. Revista *Monitor Estratégico*, Vol. 2, Julio – Diciembre 2012, Superintendencia de Salud, Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Los-tribunales-etica-medica-acto-medico.pdf>

Ruiz, W. (2004). La responsabilidad Médica en Colombia. Revista *Criterio Jurídico: Pontificia Universidad Javeriana Cali*. Vol. 4, Abril 2004. p. 195-216. Recuperado de:
<https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/232>

Criado, M. T. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. Revista *Medicina Clínica: Barcelona – España*: 112, p. 24-28. Recuperado de:
<http://www.sc.ehu.es/scrwswsr/Medicina-Legal/Historia%20Clinica-T.Criado.pdf>

Guzmán M., F.; Franco, E.; Morales, M.C. y Mendoza, J. (1994). El Acto Médico. Implicaciones éticas y legales. Revista: *Acta Médica Colombiana*. V. 19 (13). Mayo-Junio. Recuperado de:
http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1994-05-El_acto_medico.pdf

Guzmán M., F. (2001). El Acto Médico: Consideraciones básicas. Revista: *Medicina*. V. 23 (1) Abril 2001. Recuperado de:
<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/55-2/773>

- Guzmán M., F. y Arias, C. A. (2012). La Historia Clínica. Elemento Fundamental del Acto Médico. Revista: *Revista Colombiana de Cirugía*. V. 27. p. 15-24. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
- Prieto A., C.A. (2019). Proyectos de reforma de la Ley de Ética Médica. Revista: *Revista Colombiana Salud Libre*. V. 14 (1). p. 1-2. Recuperado de: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcsolibre/article/view/5748/5763>
- Antúnez R., C. M. (2016). Demandas por presunta mala Praxis Médica. Cómo prevenir el riesgo. Revista: *Tendencias en Medicina*. Agosto 2016; año XI (11). p. 9-12. Recuperado de: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes11p/art_03.pdf
- Cortés G., G. (2005). El acto médico como acto humano moral. Revista: *CONAMED*, V. 11 (3). Julio – Septiembre, 2005. p. 12-15. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4051368.pdf>.
- Calavia Moreno, M. (2012). Breve introducción al vínculo afectivo. Cómo crear un buen apego. Revista: *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. V. 3 (1). Recuperado de: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Como crear un buen apego.pdf
- Yepes D., C. E. et al. (2018). El oficio de cuidar a otro: “Cuando mi cuerpo está aquí pero mi mente en otro lado”. Revista: *Ciencias de la Salud*. V. 16 (2), p: 294 – 310. Mayo – Agosto. Bogotá: Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-294.pdf>
- Fernández M., M.L. (2015). La protección del paciente frente a los deberes de información y secreto profesional médico. Revista: *Prolegómenos – Derechos y Valores*. V. XVIII (35). Enero – Junio 2015. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/876/87638077009.pdf>
- Foyo, R. (2010). El secreto profesional como elemento del Acto Médico. Revista: *Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico SIDEME*. V. 3. Enero – Marzo de 2010. Recuperado de: http://www.sideme.org/revista/num3/SECRETO_Roberto_S3.pdf
- Anaya P., R. et al. (2013). Praxis Médica. Revista: *Cirujano General*. V. 35 (2). Abril – Junio. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs132o.pdf>
- Fuente del C., A.; Ríos, A. (2018). El Ejercicio de la Medicina y su entorno legal. Revista: *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. V. 44 (2). Mayo – Junio. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v44n2/0376-7892-cpil-44-2-123.pdf>
- Duret C., M. et al. (2016). Consideraciones Elementales del Método Clínico. Revista: *Humanidades Médicas*. V. 16 (1). p. 65 - 83. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v16n1/hmc05116.pdf>
- Salvador C., P. y Fernández C., A. (2006). Causalidad y Responsabilidad. Tercera Edición. Revista: *Revista para el Análisis del Derecho Indret*. Barcelona (España) Enero. Recuperado de: https://indret.com/wp-content/themes/indret/pdf/329_es.pdf
- Moreno R. A., R. (2009). La causalidad: Un requisito crucial (¿E insoluble?) de la Responsabilidad Civil. *Memorias Seminario de Responsabilidad Civil*. Paraguay.

- Septiembre 3 y 4 de 2009. Recuperado de:
<https://www.pj.gov.py/ebook/monografias/nacional/civil/Roberto-Moreno-La-Causalidad.pdf>
- Patiño, H. (2008). Responsabilidad Extracontractual y causales de exoneración. Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado Colombiano. Revista: *Revista de Derecho Privado. Ponencia presentada en el VI foro Iberoamericano de Derecho Administrativo*. Universidad Externado de Colombia. Recuperado de:
https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=responsabilidad+civil+por+el+hecho+de+terceros+colombia&btnG=
- Arenas M., H. A. (2020). ¿Los elementos de la Responsabilidad extracontractual del Estado en Colombia son dos o tres?: a propósito de la relación de causalidad. Revista: *VNIVERSITAS*. Universidad del Rosario. Bogotá (Colombia). Recuperado de:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnijuri/article/view/29041>
- Carrillo E., R. (2011). El error en la práctica de Anestesiología. Revista: *Revista Mexicana de Anestesiología. V (34) 2; Abril – Junio*. Mexico. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma112e.pdf>
- Momblanc, L. C. (2020). Una necesaria aproximación a la responsabilidad penal por mala praxis médica. Revista: *Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de la Plata. Año 17 (50)*. Argentina. Recuperado de:
<https://revistas.unlp.edu.ar/RevistaAnalesJursoc/article/view/10053/10048>
- Knight, H. y Héctor, R. (2016). ¿Es la aplicación de la Semiología Médica una vía de Prevención del Error Médico? Revista: *Revista Información Científica*. Guantánamo (Cuba). Recuperado de: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2677/4229>
- Coral D., D. H. (2019). El daño moral en la Responsabilidad Contractual: ¿Un rubro previsible? Revista: *Revista Estudiantil de Derecho Privado*. Universidad Externado de Colombia. Recuperado de: <https://red.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/sites/48/2019/12/Dan%CC%83o-moral-CORREGIDO.pdf>

Versión electrónica de un libro impreso

- Hammurabi, Rey de Babilonia. (1728). Código de Hammurabi [Versión PDF]. Recuperado de <http://www.feedbooks.com>
- Organización de los Estados Americanos OEA. (1969). Convención Americana de Derechos Humanos. Pacto de San José, Costa Rica. Recuperado de:
https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Jácome R., A. (2008). Historia de los Medicamentos. Segunda Edición. Universidad Javeriana. Bogotá D.C., Colombia. Recuperado de: http://www.med-informatica.com/OBSERVAMED/PAT/HistoriaMedicamentosAJacomeR_LIBRO-HX_MedicamentosANMdecolombia.pdf

Cadenas O., D. (2018). El consentimiento informado y al Responsabilidad Médica. Prologo elaborado por Francisco Oliva Blázquez. Boletín oficial del Estado. Colección Derecho Privado. Madrid. Recuperado de:
https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-PR-2018-83

Material electrónico

Real Academia Española RAE (2020). Diccionario de la Lengua Española. Asociación de Academias de la Lengua Española. Actualización 2020. Página Web. Recuperado de:
<https://dle.rae.es/>

Real Academia Española RAE (2020). Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. Cumbre Judicial Iberoamericana. Asociación de Academias de la Lengua Española. Actualización 2020. Página Web. Recuperado de: <https://dpej.rae.es/>

Thom, Robert A. (Robert Alan). (1957). The code of Hammurabi [Versión HTML] Parke, Davis & Company. Imagen: History of Medicine, Physicians Mesopotamia. Clay Tablets. Recuperado de: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog.nlm:nlmuid-101651456-img>

Editorial Revista Semana. (2021). “Condenado en Medellín, por homicidio culposo, ‘el cirujano de las Barbies’”. Se trata de Carlos Alberto Ramos quien se comprometió a hacer un procedimiento estético que finalmente realizó otro profesional. La paciente falleció.” Recuperado de: <https://www.semana.com/nacion/articulo/condenado-en-medellin-por-homicidio-culposo-el-cirujano-de-las-barbies/202106/> 14 de Julio.

Asociación Médica Mundial - AMM. (2017). Declaración de Ginebra. Promesa del Médico. Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM Ginebra, Suiza, Septiembre de 1948; enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sidney, Australia, Agosto de 1968; y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre de 1983; y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, Septiembre de 1994. Revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo de 2005; y la 173ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo de 2006; y enmendada por 68ª Asamblea General de la AMM Chicago, Estados Unidos, Octubre de 2017. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/>

Jaimes, C. (2019). Médicos defienden su autonomía – Piden retirar dos proyectos de Ley. Revista: *Consultor Salud*. 11 de Septiembre de 2019. Recuperado de:
<https://consultorsalud.com/medicos-defienden-su-autonomia-piden-retirar-dos-proyectos-de-ley/>

Leal A., A. C. (2016). El debate sobre la Responsabilidad Médica en Colombia. Revista: *Nova et Vetera. Universidad del Rosario*. Bogotá D. C. 29 de Agosto del 2016. Recuperado de:
<https://www.urosario.edu.co/Periodico-Nova-Et-Vetera/Salud/El-debate-sobre-la-responsabilidad-legal-medica-en/>

Editorial (2020). El rector del sistema: Entrevista al ministro de salud Fernando Ruiz. Esta es una entrevista EXCLUSIVA que realizó Consultorsalud al Ministro de Salud, Fernando Ruiz

- respecto a las decisiones y acciones que se tomaron durante la pandemia. Revista: *Consultor Salud*. 09 de Diciembre de 2020. Recuperado de: <https://consultorsalud.com/el-rector-del-sistema-entrevista-al-ministro-de-salud-fernando-ruiz/>
- Muñoz, C. F. (2019). Consentimiento informado – Todo lo que debe saber. “*El Consentimiento Informado debe ser libre, en la medida que el sujeto debe decidir sobre la intervención sanitaria sin coacciones ni engaños*”. Revista: *Consultorsalud*. 20 de Noviembre de 2019. Recuperado de: <https://consultorsalud.com/consentimiento-informado-todo-lo-que-debe-saber/>
- Sánchez V., A. (1977). Cuadernos Políticos. (12). Editorial Nueva Era, México D.F. Abril – Junio. Recuperado de: <https://www.significados.com/praxis/> (2021).
- Orrego P., E. (2004). Malpraxis Médica. Recuperado de: https://www.smu.org.uy/dpmc/polsan/respcivil/malpraxis_medica.pdf
- Whitmore, J. (2021). 7 elementos clave de una Ética Laboral fuerte. Recuperado de: <https://www.entrepreneur.com/article/268892>
- Sánchez V. (1977). Praxis. Recuperado de <https://www.significados.com/praxis/>, 2021.