

Percepción de algunos actores del sistema de salud y de justicia sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica en Medellín-Colombia

Perception of some actors in the health system of justice on the impact of constitutional reforms in health and medical practice in Medellín-Colombia

Silvia Henao H¹.

¹ Profesora Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Abogada, Magíster en Salud Pública, doctora en Antropología Social. Correo electrónico: silhenao@hotmail.com.

Recibido: 26 de julio de 2010. Aprobado: 15 de enero de 2011.

Henao S. Percepción de algunos actores del sistema de salud y de justicia sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica en Medellín-Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(1): 34-44.

Resumen

Objetivo: describir la percepción de algunos actores de los sistemas de salud y de justicia sobre los efectos de las Reformas Constitucional, 1991 y Sanitaria, 1993 en el ejercicio de la práctica médica, en Medellín. **Metodología:** estudio descriptivo, cualitativo, se utilizaron herramientas de la etnografía. Se empleó la técnica de entrevista semiestructurada con una guía de pregunta. Se entrevistaron seis presidentes de asociaciones médicas; nueve presidentes de asociaciones científicas y gremiales; siete abogados litigantes y seis Magistrados del Tribunal Contencioso Administrativo. **Resultados:** el actual desarrollo constitucional colombiano conlleva una mayor concienciación para los ciudadanos sobre sus derechos fundamentales; los entrevistados perciben aumento en las demandas judiciales por responsabilidad médica y aún

demandas temerarias, tanto a instituciones como a los profesionales de la medicina. Los médicos sienten desencantado y temor para ejercer su profesión y perciben supuesto enriquecimiento para los profesionales del derecho; se genera desconfianza en la relación médico paciente. Se da cabida a la “medicina defensiva”. **Conclusiones:** en Medellín, la percepción de algunos actores sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica depende de la mirada disciplinar y de acuerdo al tipo de reforma normativa que se investigue. Los médicos descubren mayor número de demandas, sienten temor para ejercer su profesión y observan supuesto enriquecimiento por posibles demandas judiciales. A su vez, las conciben positivas porque implican mayor responsabilidad en el acto médico.

----- *Palabras clave:* práctica médica, efectos reforma sanitaria, efectos reforma constitucional

Abstract

Objective: describe and analyze the perception of some stakeholders in the health systems of justice on the effects of Constitutional Reforms, 1991 and Health Reform 1993 in the course of medical practice in the city of Medellín. **Methodology:** qualitative descriptive study, we used tools of ethnography as a research method. We used semi-structured interview technique with a guide of questions. Were selected as key informants: six Presidents of Medical Associations. Presidents from nine Scien-

tific Unions and Guilds. Seven Trial Lawyers. Six judges of the Administrative Tribunal. **Results:** the current Colombian constitutional development, led to greater awareness to citizens about their fundamental rights, the respondents perceived increase in medical liability lawsuits and even frivolous claims, both institutions and professionals in medicine. The doctors feel disenchanted and fear to practice and receive enrichment course for lawyers; is generated distrust in the physician-patient relationship, there is room for “defensive medicine” **Conclusions:** in Medellín, the perception of some stakeholders about the effects

of constitutional reforms and health in medical practice depends on the disciplinary look and the type of regulatory reform to be investigated. Doctors discovered more demands; they are afraid to practice and observe enrichment course possible lawsuits. In

turn, the positive conceive because they imply greater responsibility for the medical treatment.

----- *Key words:* medical practice, effects health reform, constitutional reform effects

Introducción

El estudio analiza la percepción de algunos actores de los sistemas de salud y de justicia sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria colombianas de 1991 y 1993 sobre la práctica médica en Medellín, Colombia. Desde la puesta en marcha de estas reformas, la confusión por las diversas interpretaciones sobre la filosofía de la Carta Política y del nuevo modelo sanitario, han creado tensión y malestar entre profesionales de la salud y usuarios de servicios, así como en otros actores involucrados en los problemas emergentes del sector de la salud, tales como magistrados y abogados litigantes. Por ello, la importancia del estudio.

La investigación comprende aspectos sanitarios y jurídicos que permiten conocer con propiedad los reales efectos de las reformas constitucional y sanitaria para los profesionales de la salud. Por otra parte, en Colombia no se han realizado estudios cualitativos suficientes que nos permitan deslindar estos aspectos.

Conocer la opinión de dirigentes médicos, científicos y gremiales y de los abogados litigantes y magistrados que por su labor, conocen directamente el asunto, proporciona elementos importantes e integradores que serán referentes en las futuras propuestas de reforma o de adecuación de las normas para construir una relación más armónica entre los protagonistas del sistema sanitario.

Contexto constitucional

El tránsito del Estado de Derecho al Estado Social de Derecho, explica la necesidad de legitimar un nuevo poder que debe velar porque el Estado y sus instituciones cumplan con los fines para los cuales fueron creados.

A toda problemática colombiana se le suma la necesidad de buscar una teoría constitucional propia, desde la cual asuma el papel de integración social. Es una nueva hermenéutica valorativa que rescata la labor del juez, más que considerarlo un simple aplicador de normas. Estas directrices se deducen de la Carta Política de 1991, especialmente de sus principios y valores [1]. La Constitución Colombiana consagra el nuestro es un Estado Social de Derecho: “organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto por la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y con prevalencia del interés general” [2].

La Corte Constitucional definió desde 1992 el concepto de Estado Social de Derecho: “En la organización sociopolítica se describe esquemáticamente desde dos puntos de vista: cuantitativo y cualitativo. Lo primero, suele tratarse bajo el tema de estado de bienestar. Y lo segundo, bajo el tema del Estado constitucional democrático. La delimitación entre ambos conceptos no es tajante, cada uno de ellos hace alusión a un aspecto específico de un mismo asunto. Su complementariedad es evidente” [3].

Así la Corte Constitucional afianza el reconocimiento de los derechos fundamentalmente. Se propugna por una mayor preocupación por la justicia material y por el logro de las soluciones que consulten la especificidad de los hechos. De ahí la importancia del juez constitucional [1].

La Constitución consagra entre otros, el derecho a la vida y por ende al de la salud. Del artículo 49 se deduce que la atención de la salud es un servicio público esencial a cargo del Estado, de carácter obligatorio prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado. De igual forma puede ser prestado por entidades públicas y privadas [4].

Reforma de seguridad social integral

La Ley 100 de 1993 emana de la Constitución Política con sus principios de solidaridad, igualdad, equidad, obligatoriedad, universalidad y protección integral [5]. Tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de la población. Busca garantizar la atención integral, eficiente y oportuna y la calidad de los servicios suministrados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como lo contempla el artículo 178. Si el servicio no es eficiente y oportuno por circunstancias imputables a entidades o personas, el Estado o los actores del sistema asumen la correspondiente responsabilidad [6].

Contexto antropológico

Este estudio se enmarca dentro de la antropología médica, que estudia las características terapéuticas de las sociedades, los grados de eficacia de la medicina sobre los seres humanos inmersos en las sociedades, las consecuencias sociales en su aplicación, los efectos sobre las condiciones de salud y la posibilidad que ofrece

al científico de conocerlos efectos de sus acciones en la población [7].

La concepción antropológica del tratamiento médico se basa en tres líneas fundamentales: la situación terapéutica*, la constelación terapéutica† y el vector terapéutico‡. Son tres las razones por las cuales el médico se ve forzado a renunciar a la consecución de un diagnóstico integral o tradicional satisfactorio: La falta de tiempo, la limitación de recursos y la índole de la relación médica [8, 9].

El concepto de salud como derecho, al que deben tener acceso universal los ciudadanos, es una invención reciente que sobreviene al reemplazar el antiguo patrón nosológico liberal, por el de las enfermedades crónicas y degenerativas de la sociedad moderna [9]. Martínez Oliva afirma que al expresar la existencia de un derecho, se está simétricamente reconociendo la facultad de reclamar de otros el cumplimiento de ese derecho [10].

Según Alarcón, la medicina, además de una ciencia aplicada es una profesión, quien la ejerce desempeña un rol en el sistema de libre empresa. Los rasgos que determinan la profesión médica son diferentes, aún dentro de las mismas ciencias sociales. En la sociedad liberal, la asistencia médica es la ocupación profesional que exige las más altas calificaciones [9].

Hacia 1995, Pearson consideró que otro papel importante asignado al médico es la orientación hacia la colectividad, expresado así: “la carta ideológica de la profesión liberal pone un decidido acento en la obligación que sobre el médico recae impasible en su afectividad de poner el bienestar del paciente por encima de sus intereses personales, en especial, de sus intereses económicos” [9].

Los valores y la práctica en la biomedicina

Es difícil describir los valores básicos en la biomedicina, porque no son muy visibles, varían sustancialmente entre los practicantes y pueden ser inconsistentes y contradecirse en la acción. Los juramentos son guías ideales que pueden ser visionarios, pero no son descripciones de lo que realmente hacen, sino prescripciones de lo que creen que deben hacer.

Hahn distingue los valores relacionados con las condiciones de los pacientes, las relaciones con los pa-

cientes y colegas, el médico mismo, las fuentes y distribución del conocimiento médico y la acción médica. Hay mucho idealismo y dedicación en la práctica de la biomedicina, como también desviación de los valores expresados entre una minoría significativa de practicantes [11].

La Asociación Médica Estadounidense formuló, por primera vez, un código de ética en 1847. Sus principios son ofrecidos como un estándar para guiar la práctica en las relaciones con los pacientes, con colegas y con el público. A los médicos se les recomienda atender las necesidades de los pacientes y de la comunidad. En ambos casos, recomiendan la protección del público y de la profesión médica contra practicantes inmorales o incompetentes; se les exhorta a no realizar su práctica cuando ellos mismos son perjudicados y, también, dar a la luz pública las conductas incompetentes o corruptas, deshonestas o anti-éticas de miembros de la profesión [12].

Valores en cuanto a las condiciones de los pacientes

En cuanto al paternalismo común de la práctica médica, el manual de ética ACP indica que la convergencia de los avances científicos, educación pública, el auge de la democracia participativa, los derechos civiles, los movimientos de consumidores, los efectos de la ley, la economía y la heterogeneidad moral, imponen serios retos a la visión de la ética hipocrática. La posición de la ACP también indica valores ambivalentes y conflictivos. En su análisis final, afirma que los factores externos no deben interferir con la dedicación del médico para proporcionar atención óptima para su paciente [13].

Valores en cuanto a las relaciones con los colegas

Los principios de la AMA hacen necesaria una vigilancia colegiada, para controlar la incompetencia y la falta de decoro moral entre los colegas. Pero reportar los reportes de incompetencia y la inmoralidad de colegas parece escasa, en comparación con la frecuencia de las ocurrencias. La protección del colegiado es visible en los médicos. Los observadores han hablado de una conspiración de silencio en la que los practicantes reportan solamente las fallas graves de otros médicos [14, 15].

La mala práctica es definida como “la mala conducta de cualquier profesional, la falta de habilidad en la tareas profesionales y la negligencia sin razón aparente, la práctica perjudicial o conducta ilegal o inmoral” [16].

* Se inicia cuando el enfermo entra en contacto con el médico, hasta la prescripción médica. Se compone por multitud de factores; en principio, todos los que se integran en acciones plenamente humanas. Sus momentos son: el médico, el marco del tratamiento, la persona del enfermo y el remedio.

† El factor principal, agente de la acción curativa. Puede ser preponderantemente orgánico o psíquico. Son tres los modos coadyuvantes al vector terapéutico: los fármacos, la intervención quirúrgica y la palabra.

‡ La suma de los factores integrados a las acciones plenamente humanas del hombre y el enfermo tratado.

También, puede cubrir un rango de actos y omisiones, en las que se incluyen el abandono; la falta de continuidad en un servicio requerido; la agresión con lesiones; el uso de procedimientos no aceptados por el paciente; el rompimiento de un contrato expreso, por ejemplo, no proporcionar ciertos servicios en una suma acordada o el afectar la cura o un resultado específico; cuando un médico oculta hechos que pueden conducir a la negligencia; el permiso fraudulento para un procedimiento médico, o la representación falsa de un hecho como el diagnóstico o el tratamiento; la mala conducta premeditada como la ebriedad y otros agravios como la indebida retención de pacientes, la difamación, la invasión de privacidad, la intromisión en comunicaciones confidenciales y lesiones a terceros, como el no prevenir sobre el peligro de un paciente a otras personas, entre otros [17].

Es difícil determinar la frecuencia de negligencia en la práctica dados los bajos reportes y los falsos reclamos. Un estudio de hospitalizaciones en el Estado de Nueva York, indicó que el 3.7% de la hospitalizaciones terminaron en hechos adversos causados por la gestión médica, que prolongaron la hospitalización o produjeron una discapacidad. Entre estos, el 2.6% condujo a una incapacidad a largo plazo y el 13.6% a la muerte. De las hospitalizaciones con hechos adversos, el 28% se debió a la negligencia médica y un 30% adicional fueron errores no considerados como negligentes [18]. Aunque no comparable, otros estudios reportaron proporciones mayores de resultados adversos atribuibles a la negligencia [19, 20, 21]. Los reclamos por negligencia fueron el 16.8% de los incidentes. Dado que pueden ser responsables por múltiples hospitalizaciones durante un año, la proporción de médicos involucrados es menor que la proporción por hospitalización [22].

En los estudios de autorregulación de la profesión médica [14], se encontró que los médicos reportaron, con mayor frecuencia, que no harían nada para informar un error de un colega. Concluyeron que los errores son inevitables en la práctica médica y que ellos mismos pueden ser sujetos de la misma respuesta crítica y control social; también, temían ser demandados por los colegas acusados. Por esta razón, se contenían bastante para reportar un error. En casos de error severo, ellos prefieren hablar personalmente con el colega e iniciar una protesta personal no remitiéndoles pacientes [23].

Contexto judicial

Desde la antigüedad, existen normas de responsabilidad para los médicos, que varían su severidad según la mentalidad filosófica, religiosa, científica o económica de cada época. En China se establecieron castigos para sancionar conductas por negligencia, impericia, la iatrogenia dolosa. Así mismo, el código de Hamurabi casti-

gaba con la muerte a los médicos que incurrían en errores o se causaba daños a los pacientes [24].

La influencia de la religión, en la edad media, hizo de la medicina un paliativo comparado con la resignación del enfermo frente a los designios divinos. El deber religioso se convierte en el deber civil [25]. A partir de la ilustración la medicina recupera una posición social de respeto y confianza, las acciones y conceptos no son discutidos por las autoridades ni por los pacientes. Sin embargo, desde el siglo xx, con el predominio de la economía de mercado, se retoma el tema de la responsabilidad legal en el acto médico, con un fuerte interés económico [26].

El hecho generador de responsabilidad médica (acto médico), puede ocasionarse por acción o por omisión del profesional o de una institución. El acto médico comprende aquellas actividades relacionadas con la atención que requiere brindarse al paciente. Lo conforman tres momentos: el diagnóstico, el tratamiento y las actividades posteriores [27]. La incorporación de nuevas tecnologías, así como el aumento de la esperanza de vida, ha dado lugar a que aumente el número de enfermos crónicos, provocando una mayor demanda de asistencia. Por otro lado, el ciudadano se mantiene informado, reivindica cada vez más y tolera cada vez menos el error médico. Igualmente, es consciente que el sistema de protección social se financia con los recursos que él aporta y, por tanto, exige calidad y disponibilidad de los servicios [28, 29, 30, 31].

Procesos judiciales

Los procesos judiciales más frecuentes son los casos en que se ocasionan la muerte o lesiones graves a las personas atendidas. La sociedad exige a los médicos que correspondan a la confianza derivada de muchos años de preparación.

En Colombia las primeras sentencias por negligencia médica datan de 1936. Han tenido un ascenso progresivo en la última década, cuando los profesionales de la salud colombianos han sentido la real amenaza de ser sujetos de demandas judiciales [26].

Según el médico Jorge Iván Manrique, en Colombia se conjugan varios factores que explican el problema: En primer lugar, la Constitución de 1991 orientada a garantizar el derecho a recibir los servicios de salud con calidad; el compromiso ante la comunidad internacional del respeto a los derechos humanos; el desarrollo jurisprudencial y doctrinario de la responsabilidad de los profesionales e instituciones de salud; el surgimiento del sistema obligatorio de calidad; el establecimiento de los seguros de responsabilidad y el cambio de mentalidad de los usuarios; además, al interés económico resultado de la explotación de un área del derecho. En este momento, existe una latente amenaza de incurrir en un proceso de responsabilidad médica [26].

En materia legal, se reforma el Código Contencioso Administrativo [32, 33,34]. El criterio actual*, indica que en la responsabilidad del Estado, no sólo se presume la falla del servicio médico, sino también la relación de causalidad con el daño, mientras que a la entidad demandada le corresponde demostrar la causa del daño y las diligencias y cuidados empleados [36].

Para responder al auge de las demandas se crea, por en la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación, el Fondo especial para el auxilio de demandas. Inicialmente, sólo para anesthesiólogos, luego se extiende a los profesionales de la salud. La compleja evolución de la doctrina y jurisprudencia hace más difícil la atención de los procesos y crea la oportunidad para que profesionales del derecho se especialicen en este campo para hacer las respectivas reclamaciones, muchas de ellas buscan el interés económico [36].

Se presume que los efectos de las reformas han influido en la práctica médica, en los procesos judiciales y en la jurisprudencia colombiana, lo que viene incrementando los procesos por mala práctica, en forma tal que ha estimulado una “medicina defensiva”. En efecto, en los Estados Unidos el establecimiento de la “medicina defensiva” ha llegado al extremo de causar perjuicios a los pacientes [26].

La complejidad de los efectos ocasionados por las reformas, ponen de relieve la necesidad de hacer frente al problema desde abordajes diferentes. Al mismo tiempo, exige el esfuerzo de todos los implicados en el quehacer sanitario: el profesional, la administración, la justicia, las asociaciones médicas, el usuario y, en general, la sociedad [7].

El presente estudio tiene como objetivo conocer la percepción de algunos actores de los sistemas de salud y de justicia sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica, en Medellín-Colombia, para comprender los significados que entorno a ellas han construido: los dirigentes gremiales, Magistrados y abogados litigantes de Medellín, Colombia.

Metodología

La investigación se basó en un estudio descriptivo, cualitativo, con herramientas de la etnografía. Se emplearon entrevistas semiestructuradas. Se seleccionaron seis presidentes de asociaciones médicas; nueve de asociaciones científicas y gremiales; siete abogados litigantes; seis magistrados del Tribunal Contencioso Administrativo (TCA). Para las asociaciones científicas y gremiales: ser médico y presidente de la organización; en las asociaciones médicas también se determinó que la especialidad ofreciera un mayor riesgo de cometer errores en su práctica; para los abogados: ser abogado litigante ante el TCA durante no menos de tres años y ser docente universitario en el tema.

Fueron realizadas un total de veintiocho (28) entrevistas semiestructuradas de 34 programadas. Las entrevistas a dos presidentes de asociaciones médicas no se efectuaron por la dificultad en la concreción de la fecha de entrevista. Se diseñó un guión de preguntas. Cada profesional fue entrevistado personalmente en el lugar y fechas acordadas, con una duración entre 30 y 60 minutos. Las entrevistas fueron grabadas en cinta magnética y transcritas literal e íntegramente en word para Windows 98 versión 8.0. Se utilizó el programa QSR NUDIST Vivo.

Se consideraron las siguientes dimensiones de análisis: efectos positivos y negativos de la reforma constitucional, de la reforma sanitaria y de las demandas judiciales en la práctica médica; aspectos éticos. La investigación se acogió al respeto a la dignidad y la protección de sus derechos de las personas de conformidad con los principios éticos consagrados en la normatividad vigente para la investigación en salud [37]. Se contó con el consentimiento informado de las personas para la realización de las entrevistas y se conservó el respeto a su anonimato. La información obtenida solo se utilizó para fines científicos.

La tabla 1 caracteriza los 28 actores entrevistados. Se realizaron seis entrevistas a médicos presidentes de asociaciones médicas, con edades que oscilan entre 45 y 51 años, de sexo masculino. Igualmente, se entrevistaron nueve médicos presidentes de asociaciones científicas y gremiales con edades comprendidas entre 46 y 60 años, todos del sexo masculino.

Se entrevistaron siete abogados litigantes con edades entre 38 y 55 años, cinco del sexo masculino, todos con especialidades en derecho administrativo y seguridad social.

De los seis magistrados entrevistados cinco son del sexo masculino, con edades entre 43 y 56 años, todos especializados en derecho administrativo.

* Doctrina establecida por el Consejo de Estado al aplicar e interpretar la ley, la costumbre y los principios generales del derecho [35].

Tabla 1. Descripción de las entrevistas y características de los informantes.

Informantes	Entrevistas programadas	Entrevista realizadas	Edad años	Sexo	Especialidades
Presidentes asociaciones médicas	8	6	45-51	M	Medicas: obstetricia y ginecología, radiología, cirugía general, neurocirugía, ortopedia, cirugía cardiovascular, (cirugía estética y anestesia)
Presidentes asociaciones científicas y gremiales	10	9	46-60	M	Medicas
Abogados litigantes	8	7	38-55	M	Derecho Administrativo
				F	Seguridad Social
Magistrados Tribunal Contencioso Administrativo	8	6	43-56	M	Derecho administrativo
				F	
Total entrevistas	34	28			

Resultados

Percepción de algunos actores de los sistemas sanitario y judicial frente a la reforma constitucional

Los entrevistados consideran de gran trascendencia el desarrollo constitucional colombiano, el cual se traduce en una mayor concienciación para los ciudadanos sobre sus derechos fundamentales, como el derecho a la salud, lo cual implica la garantía que les asiste para las respectivas reclamaciones sobre posibles negligencias del personal de la salud.

“Desde el punto de vista del desarrollo constitucional, donde se eleva la salud a un derecho de la población, me parece supremamente importante. Este elemento lo han ido asimilando los usuarios de los servicios de salud y en esa medida, tienen todo su derecho de hacer las reclamaciones para que el personal de salud haga una buena práctica médica. (2AG; párrafo 39).

“La gente conoce más sus derechos y ha tenido más oportunidad de reclamar; sumado a ello, la acción de tutela que se generaliza en el sentido de que todo el que tenga un problema o una dificultad hoy, acude a la acción de tutela como tabla de salvación” (19AL; párrafo 36).

“Hay unos derechos que ya se ven más patentes, más reales y en los cuales la persona tiene acceso a la salud, a sus derechos fundamentales a la vida, a la integridad personal entonces la constitución ha hecho un avance trascendental.” (9M; párrafo 51).

Percepción construida por algunos actores de los sistemas sanitario y judicial sobre las demandas judiciales por fallas en la práctica médica

Los médicos perciben un aumento en las demandas por responsabilidad civil o simples demandas temerarias, tanto a instituciones como a los profesionales. Incluso, sienten desencanto y temor para ejercer su profe-

sión, asimismo, perciben un supuesto enriquecimiento para los profesionales del derecho.

“Es un hecho y he hablado con mis colegas que pertenecen al tribunal de ética médica y ellos están de acuerdo de la cantidad de demandas que se han venido presentando. Se ha triplicado, cuadruplicado” (12PAC; párrafo 80).

“Temor de atender pacientes con ciertos grados de complicaciones, temor de no recibir pacientes de otros colegas con complicaciones, o sin complicaciones. Hay gente que se va decepcionando de su profesión sabiendo que lo han demandado por cosas que no son reales, o no son concluyentes, o el paciente cree que tiene la razón y no la tiene” (21AM; párrafo 18).

“Pues imagínese el gremio de abogados del país, por el sólo hecho de pensar que tienen otra fuente de ingresos por intermedio de las demandas” (1AM párrafo 19).

“Yo pienso que a algunos abogados les falta estudiar y profundizar más, hay un deseo grandísimo de presentar y presentar demandas, de pronto hasta de cobrar unos honorarios por unas cuantías que son deslumbrantes” (AL16; párrafo 21).

Los abogados confirman el aumento en las demandas especialmente en ginecología y obstetricia.

“Sí, se han incrementado las demandas judiciales” (8M, párrafo 86).

“En la ginecología y la obstetricia se presentan muchas demandas. Prácticamente, yo diría que de veinte demandas médicas que se presentan, quince tienen que ver con un parto, y las restantes cinco, yo las distribuiría entre las otras especialidades” (8M, párrafo 108).

Sin embargo, otros consideran positivas las demandas judiciales porque implica mayor responsabilidad en el ejercicio de la práctica médica.

“porque el profesional siempre va afrontar cualquier tipo de procedimiento quirúrgico, lógicamente, con más responsabilidad, estará más atento a cumplir con todos los requisitos previos a la realización del procedimiento quirúrgico y dentro del mismo procedimiento en sí, está pendiente de no cometer cualesquier mínimo de error” (1AM; párrafo 27).

Percepción construida por algunos actores de los sistemas sanitario y judicial sobre la reforma sanitaria de 1993

La reforma sanitaria de 1993 deforma la práctica médica, pues genera desconfianza en la relación médico paciente, crea un aumento de pruebas diagnósticas, quizás innecesarias, mayor posibilidad de remisión de pacientes, sobrepago de los servicios y aumento del riesgo de incurrir en fallas en la prestación de servicios, lo que da cabida a la práctica de la denominada “medicina defensiva”.

De otra parte, el consentimiento informado del paciente se convierte, de manera equivocada, en la forma de trasladar la responsabilidad del acto médico al paciente.

“Lo que es más grave es que se está ejerciendo una medicina a la defensiva, el médico ve en el paciente un futuro demandante, no es una medicina de confianza entonces encaresce la medicina y crea desconfianza del paciente hacia el médico y obviamente del médico hacia el paciente...terminó con el ejercicio de la medicina.” (13AC; párrafo43).

“Medicina defensiva en el sentido que ya están solicitando muchas pruebas diagnósticas, muchas veces innecesarias” (10M, párrafo 85).

“Sí a la defensiva. Y tenemos que hacer firmar al paciente la autorización, no es ni siquiera el consentimiento...ahora el médico no lo hace pensando en que tal vez tenga derecho a esa información, sino pensando en que se tiene que proteger de una posible demanda. Se ha distorsionado el ejercicio de la medicina” (5AM; párrafo 24).

Igualmente, la calidad de la prestación de servicios de salud ha sido lacerada en, en términos de restricciones en tiempo, servicios, insumos y recursos humanos. Es decir, el sistema ha sido orientado por una reglamentación inadecuada desde el punto de vista técnico.

“Ha venido bajando la calidad de una forma atemorizadora, dándole una condición mínima al paciente” (22AM; párrafos 27 to 32).

“Ahora nos encasillaron a todos en atender pacientes en 15 minutos, eso es imposible, no se puede hablar de calidad” (5AM; párrafo 47).

“Estamos haciendo una medicina a medias, a la gente se les está ofreciendo mucho pero se les está

dando menos de lo que se está ofreciendo” (5AM; párrafo 41).

“La misma ley ha limitado la cantidad de exámenes, la calidad de los exámenes y sobre todo medicamentos, con reglamentación tecnológicamente muy atrasada” (22AM; párrafo 32).

“La real prestación del servicio, no ha ido acompañado ni con la dotación de los equipos, ni con la modernización, ni con los suministros, ni con el personal de salud, o sea que el objetivo no ha sido brindar mejores servicios” (22AM; párrafo 51).

Percepción construida por algunos profesionales del derecho sobre la reforma sanitaria de 1993

Estos actores manifiestan que las demandas judiciales han generado efectos positivos y negativos en las organizaciones profesionales en general. Como efectos positivos se destaca el mayor grado de conciencia en el profesional frente al cumplimiento de las obligaciones técnicas y jurídicas.

“Sí, obviamente, yo creo que han aumentado las demandas y eso es como algo que se ve en toda profesión” (10M; párrafo 67).

“Frente al cumplimiento de algunas obligaciones, las acciones de tutela y las demandas ha logrado que los profesionales de la salud adquieran mayor conciencia, no solo desde el punto de vista científico, sino jurídico y [...] se interesen por conocer algunos temas jurídicos” (3AL párrafo 49).

Sin embargo, otros opinan que el aumento de las demandas no significa que se presenten errores en la prestación de servicios, sino que obedece al interés económico de las personas y de algunos abogados.

“Yo pienso que a algunos abogados les falta estudiar y profundizar más, hay un deseo grandísimo de presentar y presentar demandas, de pronto hasta de cobrar unos honorarios por unas cuantías que son deslumbrantes” (AL16; párrafo 21).

El incremento se debe al aumento en los afiliados y, por ende, de servicios de salud, al abuso de algunos abogados con reclamaciones injustificadas e infundadas, a la desproporción de sus pretensiones económicas, a la evolución social y cultural, así como a los ajustes estructurales de la economía internacional.

Para algunos abogados la nueva tecnología aumenta las demandas judiciales; para otros disminuye el riesgo porque ayuda en la obtención de mejores resultados diagnósticos y de tratamiento, lo que reduce los reclamos ante la justicia.

“La nueva tecnología, por un lado, puede haber incrementado las demandas, pero por otro, puede haberlas disminuido, porque una entidad hospitalaria

que tenga una buena tecnología, obviamente puede obtener mejores resultados, un mejor diagnóstico, un mejor tratamiento” (11AL, párrafo)

“El aumento de tecnología necesariamente tiene que mejorar la prestación del servicio y supuestamente disminuir las demandas” (19AL párrafo 58)

Asimismo, se sienten perseguidos por los profesionales del derecho en su calidad de abogados litigantes o como jueces.

“Estamos notando un fenómeno bien extraño y es que los profesionales de la salud se sienten perseguidos, se sienten atacados por el derecho, por los abogados, por los jueces” (3AL; 49).

Discusión

Las instituciones de salud en Colombia, las organizaciones profesionales y entes gubernamentales funcionan tradicionalmente con roles socialmente reconocidos, pero separados ideológicamente de la sociedad. Igualmente, se ve una marcada tendencia a las subespecializaciones en consideración a factores técnicos y económicos [38].

Los valores varían de un practicante a otro y pocas veces contradicen los principios del juramento hipocrático. Algunos desconocen los principios que guían la práctica médica en las relaciones con los pacientes, con colegas y con el público, recomendados por la AMA y en el Manual del Colegio Americano de Médicos, en el que se solicita mejorar los conocimientos, habilidades y reconocer sus limitaciones para no comprometer la práctica médica.

Un aspecto importante, que se introdujo en la legislación colombiana y que coincide con las recomendaciones del Manual del Colegio de Profesionales Médicos Americanos [12], es la relevancia de la convergencia de los avances tecnológicos, el reconocimiento de los derechos civiles, los efectos de la ley, la economía médica, como nuevos retos que se imponen a la visión considerada en la ética hipocrática.

Sobre el derecho a la salud, los entrevistados resaltan, de forma positiva, el papel protagónico del ciudadano al crear conciencia sobre la exigencia del derecho a la salud con calidad y eficiencia, a través de acciones judiciales. Esto lo confirma Gómez Isaza [1] y por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en sentencia T-406, en la que se reafirma que la parte orgánica de la Carta Política sólo adquiere sentido como aplicación de los principios y de los derechos inscritos en la parte dogmática. Se enfatiza en la eficacia de la acción de tutela, para la efectividad de los principios y derechos fundamentales, en los que se incluye el derecho a la vida y, por conexidad, el derecho a la salud [3]. Sin embargo,

aunque los abogados están de acuerdo con la tutela, solicitan hacer más claridad sobre algunos aspectos que son objeto de esta figura. Igualmente, este hallazgo se confirma en el concepto que sobre la salud, como derecho fundamental, prescribe la legislación internacional sobre derechos humanos [39].

Respecto a los efectos negativos de la reforma sanitaria, se apreció el incremento de las demandas judiciales por fallas en la práctica médica. Los médicos fueron considerados éste como el principal efecto en las especialidades quirúrgicas como la anestesia, neurocirugía, ginecología y obstetricia, cirugía estética y ortopedia, patología, entre otras. Esto se confirma en estudios realizados en Estados Unidos, donde se encontró que los reclamos fueron mayores entre los cirujanos (11.5 por cada 100 médicos), para los obstetras y ginecólogos (11.9 por cada 100 intervenciones); el índice de reclamos entre los patólogos y siquiátras fue de (1.5 y 2.4 por cada 100 médicos) respectivamente. La causa se debió a la negligencia en un 7.7 por cada 100 médicos [40].

Estudios realizados en Medellín y Bogotá, entre 1986 y 1992, confirman el primer lugar ocupado por los obstetras en demandas judiciales con el 40% de ellas; el segundo lugar, cirugía general y plástica, oftalmología y psiquiatría con 28%; y, en tercer lugar, anestesiología y urgencias con un 20%; en último lugar, se señalan neurocirugía, otorrinolaringología, medicina general y urología con un 16% [41]. En Bogotá, las especialidades con más procesos son: ginecología, anestesia, cirugía y medicina general, que suman entre ellas el 55% de los casos; un segundo grupo lo conforman: oftalmología, cirugía plástica, ortopedia y pediatría, con el 25%; las demás especialidades el 25% encabezada por otorrinolaringología, urología, neurocirugía y cirugía pediátrica [26]. Es decir, las demandas no se concentran necesariamente en las prácticas quirúrgicas como ocurre en los Estados Unidos.

Entre las razones, que aducen los entrevistados, para el incremento en los procesos judiciales se encuentran: el aumento de la cobertura en la prestación de servicios, porque les exige atender un número mayor de pacientes en menos tiempo y poca tecnología aplicada en detrimento de la calidad del servicio. Esta apreciación la comparten los abogados litigantes, aunque, por razones diferentes a las aducidas por los médicos. Este incremento en los procesos judiciales es confirmado por informes de la Federación de Consejos Médicos Estatales que reporta un amplio rango de tasas de acciones judiciales, en los Estados Unidos en 1991. En 1991, un total de 2.804 médicos en los Estados Unidos fueron sancionados, o sea, el 0.5% de la población médica reportada por la AMA [42].

La mayoría de los abogados, magistrados y algunos médicos entrevistados aducen como las principales causas de demandas judiciales, en su orden: la deficiente

atención por acción y por omisión, error en el tratamiento y en el diagnóstico. La primera causa es confirmada en otro estudio realizado en los Estados Unidos, sobre errores quirúrgicos en el tratamiento que culmina con resultados adversos, indica que los errores por deficiente atención médica se presentan con mayor frecuencia en conductas comisivas que en omisivas [43].

Sobre el supuesto incremento en el patrimonio de los abogados litigantes, la opinión de la mayoría de los profesionales del derecho no concuerda con la opinión de la mayoría de los médicos, cuando estos afirman que una de las causas del incremento de las demandas se debió a las ventajas económicas obtenidas en sus patrimonios por esta vía. Los abogados litigantes expresan que no se puede generalizar el comportamiento de todos ellos por casos aislados de algunos colegas. Afirman además, que es posible que este incremento de las demandas se deba, también, al mayor número de afiliados registrados en las instituciones de salud.

De igual forma, las demandas se conciben positivas porque implican mayor responsabilidad en el acto médico. Es decir, permite a los médicos estar más atentos ante posibles errores en su ejercicio profesional. En este punto los abogados afirman la importancia del buen registro de las historias clínicas, así no se verán afectados judicialmente en su ejercicio. Este aspecto es corroborado en la discusión de un trabajo realizado en el Instituto Valenciano de Estudios e Investigación por Mira y otros, en el que se considera la historia clínica como un elemento fundamental en la garantía del proceso asistencial [44]. Se reconoce que son muchos los estudios que se basan en la revisión de las informaciones contenidas en las historias clínicas, dentro de las actuaciones médicas, para mejorar la calidad asistencial y esta revisión constituye una metodología muy frecuente [45]. Asimismo, en los resultados del estudio de Manrique se muestra que el deficiente manejo de la historia clínica fue la principal dificultad en la defensa en los procesos judiciales de los profesionales de la salud y se califica de baja calidad en el 21% de los casos revisados [26].

Las entrevistas a la mayoría de los médicos sugieren que los desajustes de la reforma de salud están impulsando a los profesionales a ejercer una “medicina defensiva”, basada en la desconfianza y a considerar al paciente como su enemigo potencial. Sin embargo, algunos abogados y magistrados manifiestan que no hay tal medicina defensiva, sino que los médicos tomaron conciencia de la necesidad de ajustar el acto médico a sus conocimientos científicos y no a la eventualidad o causalidad.

Antes se consideraban en el ejercicio de la medicina aspectos netamente científicos, ahora se asumen también los factores económicos para tomar decisiones médicas. Los galenos deben acudir a pruebas diagnósticas, muchas veces innecesarias, en el caso de corroborar un

dictamen que puede estar suficientemente probado en la clínica, así como en la respuesta al tratamiento o, por el contrario, se abstiene de probar sus diagnósticos o hacer las pruebas necesarias, con reiterativas presiones de las IPS, con el fin de no incurrir en altos costos, pero que consideran necesarias para el tratamiento. Al conjunto de estos hechos los médicos lo denominan “medicina defensiva”, porque de no acudir a ellos, estarían incurso en posibles demandas judiciales. En este caso, el médico se pondría entre “la espada y la pared”; por un lado, debe ser muy preciso en sus diagnósticos y, por el otro, debe ahorrar a su empleador gastos que podrían ser vitales para el paciente.

En cuanto a la calidad de la atención se percibe desmejora en términos de mínima atención de cobertura en niveles de mayor complejidad, deterioro de la relación médico-paciente y disminución de la oferta de insumos médicos. La mayoría de los efectos percibidos en la presente investigación sobre el sistema de salud, son compartidos por otro estudio realizado por la Academia Nacional de Medicina Colombiana en 1999, en los siguientes términos: los objetivos y principios de la ley 100 son buenos y obedecen a razones de justicia social y sana economía de la salud, pero varios aspectos de su estructura deben ser revisados; el sistema de salud colombiano registra un importante incremento en los recursos para la atención de salud pero se observa incapacidad administrativa y falta de control del sistema; la calidad de la atención médica ha sido limitada; la relación médico-paciente como el personal se ha deshumanizado; existe un enfrentamiento entre los prestadores de servicios de salud con los entes intermediarios (EPS); la pérdida de la autonomía en la toma de decisiones y las deterioradas condiciones de trabajo generadas por la menor remuneración; la inmoralidad, deshonestidad e irresponsabilidad son también determinantes para no haber alcanzado las metas propuestas de la actual legislación sanitaria [46, 47].

Alcances y limitantes

Como limitante se puede resaltar el hecho de no poder efectuar todas las entrevistas planeadas. Además, la investigación fue realizada siete años después de iniciada la reforma de salud y nueve después de la constitucional; el contexto histórico sobre el que se realizan las entrevistas y el análisis era de menor conocimiento sobre los avances en cobertura, limitaciones en la atención y deterioro de algunos indicadores de salud.

Conclusiones

En Medellín, la percepción de algunos actores sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria en

la práctica médica depende de la mirada disciplinar y de acuerdo al tipo de reforma normativa que se investigue.

Los actores coincidieron en el reconocimiento de una mayor conciencia de los usuarios sobre sus derechos, en particular el de la salud.

Los médicos consideran tanto negativo como positivo el aumento en las demandas por la práctica médica. Ellos perciben mayor número de demandas, Sienten temor para ejercer su profesión y observan un supuesto enriquecimiento por posibles demandas judiciales. Asimismo, las conciben positivas porque implican mayor responsabilidad en el acto médico.

La práctica médica ha virado hacia una medicina defensiva porque aumenta el riesgo por error médico, se genera desconfianza en la relación médico paciente y se percibe aumento en el número de exámenes y mayor remisión.

La calidad de la atención ha desmejorado en términos de mínima atención de cobertura en niveles de mayor complejidad y disminución de oferta de insumos médicos.

Referencias

- Gómez MC. El Estado social de derecho como directiva de interpretación constitucional, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Universidad Pontificia Bolivariana, Revista No.99, Medellín, 1998. p. 164-176.
- Constitución Política de Colombia. 1991; Artículo 1.
- Corte Constitucional Colombiana. Sentencia T-406 de 5 de junio de 1992.
- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Santafé de Bogotá: La Asamblea; 1991.
- Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Nuevo régimen de Seguridad Social. Ley 100 de 1993; Art. 152 y 153.
- Martínez RG. Nuevos conceptos en relación con las responsabilidades civiles después de la vigencia de la Ley 100 de 1993. En: Responsabilidad extracontractual en Colombia. 9ª. ed. Medellín: Biblioteca Jurídica Dike; 1996. p. 513.
- López A. La Antropología médica en situación de frontera. En: La medicina moderna u la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. OPS. Washington; 1978. p. 49.
- Lain E, Pedro. Antropología Médica. Salvat: Barcelona; 1985; p. 404.
- Aguirre BG. La ciencia de la salud. En: Obra antropológica XIII. Antropología médica. México; 1994. p. 320-323.
- Martínez OL. Justicia y medicina pública. Chile: LOM ediciones Ltda; 2002. p. 30.
- Hahn RA. Biomedicine as a Cultural System. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995 p. 137-138.
- AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethical: Current opinions. Chicago: 1992. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 138-139.
- American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. 3 ed. 1992. *Annals of Internal Medicine* 117: 327-335. Citado por: Hahn, R. A. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 140-142.
- Freidson E. The Profession of Medicine. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 144.
- Reuben B. Psychologic effects of residency. *Southern Medical Journal*, 1990; 76: 380-383 Freidson, E. *The Profession of Medicine*. New York: 1970. Dodd, Mead. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press, 1995; p. 142.
- Black HC. Black's Low Dictionary, 5th ed. 1979. Sr. Pard, Mino: West. Citado por Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 145.
- Hauck GM, Louisell DW. Medical malpractice. En: Reich T, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: 1978. p. 1020. Free Press. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 145.
- Brennan et al. 1991; Leape et al. 1991; Localio et al. 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical practice study I. *NEJM* 324: 370-376. Citado por: Hahn, R. A. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press, 1995; p. 146.
- Lakshmanan MC, Hershey CO, Breslau D. Hospital admissions caused by iatrogenic disease, 1986. *Archives of Internal Medicine* 146: 1931-1934. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995; p. 146.
- Stell K. Iatrogenic on a general medical service at a university hospital. 1981. *NEJM* 304: 638-640. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 146.
- Justiniani FR. Iatrogenic disease: An overview. 1984 *Mount Sinai Journal of Medicine* 51: 210-214. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 146.
- Localio AR. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: Results of the Harvard Medical Practice Study II. 1991. *NEJM* 324: 377-384. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 146.
- New York Times. Medical discipline laws: Confusion reigns. Sept.3 1985. Citado por: Hahn RA. *Biomedicine as a Cultural System*. En: *Sickness and Healing an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 146.
- Kvitko LA. La responsabilidad medica en la antigua legislación penal China. Instituto de Medicina Legal de Colombia. Vol. V No. 1-2. 1980. Citado por: Manrique JI. Aspectos característicos de la responsabilidad médico legal. En: *Médico-legal*. vol. VI, No. 3, septiembre 2000. p. 23.
- Estralgo LP. La historia de la medicina. Salvat, 1978. Citado por: Manrique, J. I. Aspectos característicos de la responsabilidad médico legal. En: *Médico-legal*. vol. VI, No. 3, septiembre, 2000.

- 26 Manrique JI. Aspectos característicos de la responsabilidad médico legal. En: Médico-legal. vol. VI, No. 3, septiembre, 2000. p. 22-24, 32,35.
- 27 Martínez RG. La responsabilidad de los profesionales de la salud. En: Responsabilidad civil extracontractual en Colombia. 9 ed. Medellín: Biblioteca Jurídica Dike; 1996. p. 491-493.
- 28 Fundación Banco Bilbao Vizcaya. El ejercicio de la medicina legal hoy, en debate sanitario: medicina, sociedad, tecnología. España: Línea documento; 1992.
- 29 González ML. La responsabilidad civil del médico. Barcelona: Bosch; 1990. p. 204-205.
- 30 Fernández JM. Responsabilidad civil médico sanitario. Pamplona: Aranzadi; 1994.
- 31 Martin J. Professional ability the case for felud reform. JAMA 1990; 263: 584-586.
- 32 Colombia. Congreso de la República. Ley 167, 24 de diciembre de 1941, sobre organización de la jurisdicción Contencioso-administrativa. Bogotá: El Congreso; 1941.
- 33 Colombia. Presidencia de la República. Decreto 528, 9 de marzo de 1964, por el cual se dictan normas sobre organización judicial y competencia, se desarrolla el artículo 217 de la Constitución y se adoptan otras disposiciones. Bogotá: La Presidencia; 1964.
- 34 Colombia. Presidencia de la República. Decreto 01 de 1984, 2 de enero de 1984, Por el cual se reforma el Código Contencioso Administrativo. Bogotá: La Presidencia; 1984.
- 35 Diccionario Básico Jurídico. Granada: Ed. Comares; 1994. p. 277.
- 36 Tamayo J. Sobre la prueba de la culpa médica. Medellín: Biblioteca Jurídica Dike, 1998. p. 22-23, 86.
- 37 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por medio de la cual se establecen normas científico técnicas y administrativas para la investigación. Bogotá: El Ministerio; 1993.
- 38 Hahn RA. The Universe of Sickness. En: Sickness and Healing an Anthropological Perspective. New Haven: Yale University Press, 1995. p. 39.
- 39 Declaración universal de los Derechos de los Dumanos. Resolución de la Asamblea; 1948.
- 40 González M. Socioeconomic Characteristics of Medical Practice. Citado por Hahn RA. Biomedicine as a Cultural System. En: Sickness and Healing an Anthropological Perspective. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 145.
- 41 Zapata VA. Molina G. Responsabilidad en la práctica de enfermería. En: Investigación y educación en enfermería. 1995; 12(2): 63.
- 42 Roback G, Randolph L, Seidman B. Physician Characteristics an Distribution in the U. S. Chicago: 1992. Division of Several Resources. Citado por: Hahn, R. A. Biomedicine as a Cultural System. En: Sickness and Healing an Anthropological Perspective. New Haven: Yale University Press, 1995; p. 147.
- 43 Couch NP. The high court low frequency events 1981 NEJM 304:634-637. Citado por: Hahn, R. A. Biomedicine as a Cultural System. En: Sickness and Healing an Anthropological Perspective. New Haven: Yale University Press; 1995. p. 152.
- 44 Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Epidemiología clínica: una ciencia básica para la medicina clínica. Díaz de Santos. Madrid, 1989. En: Todo Hospital. Auditoría de historias clínicas; 1997. p. 61.
- 45 Mira JJ. Auditorías de historias clínicas: ¿cuál es el tamaño adecuado de la muestra? Todo Hospital 1997; 140: 58-64.
- 46 Restrepo JF. Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. Medicina 1999; 21(49).
- 47 Acosta JJ, Yepes CE. La decisión médica en ambientes controlados por el sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Medellín, 2005-2006. [Trabajo de grado para Maestría en Salud Pública] Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2007.