

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO

PLAN EXCEPCIONAL DE TITULACIÓN DE ANTIGUOS ESTUDIANTES NO GRADUADOS



MONOGRAFÍA

**“LA RELEVANCIA SOCIO JURÍDICA SOBRE LA
NEGLIGENCIA MEDICA Y EL DESCONOCIMIENTO SOBRE
EL MISMO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LA
SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE LA PAZ”**

(PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN DERECHO)

POSTULANTE: ELISA GRISOLA CASTILLO QUINO

TUTOR: DR. ANDRÉS BALDIVIA CALDERON DE LA BARCA

LA PAZ – BOLIVIA

2013

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DERECHO

“Plan Excepcional de Titulación de Antiguos Estudiantes No Graduados”

CALIFICACIONES

**“LA RELEVANCIA SOCIO JURÍDICA SOBRE LA NEGLIGENCIA MÉDICA Y
EL DESCONOCIMIENTO SOBRE EL MISMO EN ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD Y LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE LA PAZ” ”**

Presentada por la Univ. Elisa Grisola Castillo Quino

Para optar al grado académico de **Licenciado en Derecho**

Nota numeral:.....

Nota literal:.....

Ha sido Aprobada con:.....

Director de la CarreraDerecho y Ciencias Políticas: Dr. Javier Tapia

Tutor: Dr. Andrés Baldivia Calderón De La Barca

Tribunal:

Tribunal:

Tribunal:



DEDICATORIA

A Dios a quien dedico el presente trabajo por el infinito amor que me brinda día a día, por sus cálidas palabras recordándome siempre que: “NO TEMA PORQUE EL ESTA CONMIGO, NI DESMAYE PORQUE EL ES MI DIOS QUE ME ESFUERZA, SIEMPRE ME AYUDARA, SIEMPRE ME SUSTENTARA CON LA DIESTRA DE SU JUSTICIA” (Isaías 41:10)

AGRADECIMIENTO

A Dios y creador quien me dio la vida, fuerza y entendimiento para lograr el presente trabajo.

A mis papás Celso y Flora y hermanos quienes me apoyaron continuamente.

A los Dres. Rubén Castillo, Dr. Reynaldo Carvajal - Hospital Municipal Los Pinos, por guiarme y apoyarme y brindarme todos sus conocimientos en el campo profesional en este trabajo.

A todas las instituciones públicas que me abrieron las puertas brindando información y material.

TABLA DE CONTENIDO

CALIFICACIONES.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO HISTÓRICO.....	1
ANTECEDENTES	1
CAPÍTULO I	4
NOCIONES GENERALES	4
1.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	4
1.2. SUJETOS EN LA MALA PRAXIS: SUJETO ACTIVO, SUJETO PASIVO, RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, RESPONSABILIDAD, ELEMENTOS.....	6
1.2.1. SUJETO ACTIVO	6
1.2.2. SUJETO PASIVO.....	6
1.2.3. RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE	7
1.2.4. RESPONSABILIDAD MÉDICA.....	8
1.2.5. PRINCIPALES ELEMENTOS PARA ESTABLECER LA MALA PRAXIS	13
LA CULPA.-.....	14
1.3. OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
MARCO TEÓRICO.....	17
1.5. CONCEPTOS DE MALA PRÁCTICA	17
1.5.1. MALA PRAXIS MÉDICA.....	17
1.5.2. NEGLIGENCIA MÉDICA.....	18
1.5.3. NEGLIGENCIA DEL PACIENTE	21
1.5.3. LOS ERRORES MÉDICOS.....	26
1.6. COMITES DE CONTROL DEL EJERCICIO MÉDICO.	26
1.6.1 AUDITORÍA.....	28
1.6.2. AUDITORÍA EN SALUD.....	29

1.6.3. TIPOS DE AUDITORÍA.....	29
□ AUDITORÍA MÉDICA INTERNA.-.....	30
□ AUDITORÍA MÉDICA EXTERNA.-.....	31
CAPITULO II.....	34
MARCO JURÍDICO.....	34
CONTEXTO SOCIO JURÍDICO.....	34
2.1. LA POBLACIÓN MÁS AFECTADA.....	34
2.2. LA DUALIDAD DE LA ENFERMEDAD Y EL DIAGNÓSTICO MÉDICO (ESTUDIO DEL PACIENTE).....	35
2.3. MALA PRÁCTICA MÉDICA COMO DELITO.....	39
2.4. DOCTRINA NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE MALA PRÁCTICA MÉDICA.....	43
2.5. BIENES JURÍDICOS AFECTADOS.....	51
CAPITULO III.....	53
SITUACIÓN DE LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN LA CIUDAD DE.....	53
LA PAZ.....	53
3.1. SITUACION Y TENDENCIAS DE LA NEGLIGENCIA, LA IMPRUDENCIA, IMPERICIA Y SECUELAS.....	53
SECUELAS.....	56
3.2. LA MAGNITUD DE LA NEGLIGENCIA MÉDICA.....	57
3.3. TIPOS DE NEGLIGENCIAS.....	58
3.4. DETERMINANTES EN LA NEGLIGENCIA MÉDICA – SOCIAL – PACIENTE.....	63
3.5. ACCESO A INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.....	65
CAPITULO IV.....	67
IMPLICACIONES SOCIALES DE LA NEGLIGENCIA.....	67
4.1. IMPLICACIONES EN EL ÁMBITO SOCIAL – TRADICIONES – COSTUMBRES - MEDICINA TRADICIONAL.....	67
4.1.1 AMBITO SOCIAL.....	67
4.1.2. TRADICIONES.....	68
4.1.3. MEDICINA TRADICIONAL.....	69
4.2. IMPLICACIONES POR LA FALTA DE EDUCACIÓN.....	70
4.3. IMPLICACIONES EN LA ECONOMÍA.....	71

4.4. IMPLICACIONES FAMILIARES.....	72
CAPITULO V.....	73
PRINCIPALES DESAFIOS DE LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN LA CIUDAD DE LA PAZ.....	73
5.1. RESPECTO AL MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS.....	73
5.2. CON RELACIÓN DE LA PARTICIPACION SOCIAL SOBRE EL TEMA.....	78
CAPITULO VI.....	78
LA MALA PRÁCTICA EN LA LEGISLACIÓN BOLIVIANA.....	78
6.1. LEGISLACIÓN COMPARADA.....	80
6.2. SITUACIÓN JURÍDICA DE NEGLIGENCIAS MÉDICAS EN LA CIUDAD DE LA PAZ.....	83
6.3. LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DEMANDAS CONTRA LOS PROFESIONALES MÉDICOS.....	86
CAPITULO VII.....	89
METODOLOGÍA.....	89
ÁREA DE ESTUDIO.....	89
RESULTADOS.....	91
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES:.....	95
GLOSARIO.....	97
ABREVIATURAS.....	98
BIBLIOGRAFIA.....	99
ANEXOS.....	103

RESUMEN

El presente trabajo investigativo es para demostrar la necesidad de la creación de una norma especial que regule dichos delitos o actos negligentes de parte del sector de la Salud, ya que en la Mala Práctica Médica es muy difícil llegar al éxito en un reclamo judicial por la carencia de un tratamiento específico, además de clasificar a la negligencia médica y de demostrar que no solo existen negligencias médicas sino las negligencias de parte del paciente, enfatizando los derechos del paciente y del médico, señalando puntualmente los mecanismos con los que se cuenta actualmente acerca de la mala praxis, mostrando un enfoque general de la situación jurídica en la ciudad de La Paz, señalando también las debilidades que se tiene en este sector en cuanto a las políticas en Salud y los vacíos legales que existen en relación al tema de la medicina tradicional. Promocionando la Educación Médica Continua como alternativa al sector de la Salud y a este problema latente en la ciudad de La Paz.

SUMMARY

This research work is to demonstrate the need for the creation of a special rule governing such crimes or negligent acts on the part of the health sector , as in medical malpractice is very difficult to achieve success on a legal claim by the lack of specific treatment in addition to medical malpractice classify and demonstrate that not only are medical negligence but negligence on the part of the patient, emphasizing the rights of the patient and the doctor, pointing timely mechanisms that are currently on of malpractice, showing a general approach to the legal situation in the city of La Paz, also pointing out weaknesses that you have in this sector in terms of health policies and loopholes that exist in relation to the topic of medicine traditional. Promoting Continuing Medical Education as an alternative to the health sector and this potential problem in the city of La Paz.

INTRODUCCIÓN

El hombre debido a su naturaleza es susceptible de errar, por ejemplo los profesionales de la construcción al edificar bienes inmuebles sin los conocimientos así como careciendo de experiencia adecuada, estos muy certeramente ocasionaran pérdidas humanas y materiales lamentables sancionadas por ley, esto ocurre en toda actividad humana en el caso que nos ocupa el médico por un actuar o dejar de actuar, ya sea en las formas de negligencia, imprudencia y/o impericia puede ocasionar graves consecuencias en la vida, cuerpo o la salud de las personas. Hechos lamentables sancionados por la sociedad han venido siendo tratados a lo largo de nuestra historia con la finalidad de darle solución a los mismos, ante ello diferentes posiciones encontradas pretendieron darle solución primero desde una posición causalista, luego finalista, para luego desde una teoría moderna pretender dar solución a los problemas sociales que como consecuencia de ellos lesionan o ponen en peligro bienes jurídicos fundamentales.

El presente trabajo pretende desarrollar tópicos relacionados a la mala praxis médica en sus formas de negligencia, imprudencia e impericia que a continuación pongo a consideración, además de mostrar la negligencia que parte del paciente mismo.

MARCO HISTÓRICO

ANTECEDENTES

En diferentes épocas y culturas del mundo la medicina ha ido variando en cuanto a su enfoque y a su apreciación. Desde tiempos primitivos el origen de las enfermedades no era atribuido a causas físicas y orgánicas sino más bien era el castigo de los dioses razón por la cual quienes desempeñaban el papel de médicos eran los sacerdotes, hacían de mediadores entre lo divino y lo terrenal, intercediendo por la salud de sus semejantes. Si

el sacerdote no lograba restablecer los quebrantos de su paciente, no se le podía imputar ninguna responsabilidad.

Cardona Hernández señala que el enfermo después de un tratamiento continuaba afectado de sus dolencias o sufría complicaciones graves o no sanaba, lo tomaba como una maldición de los seres vivos, entendían que los dioses no querían realizar la curación y por lo tanto ese enfermo tenía que soportar el abandono, y el cumplimiento de esa voluntad superior.

El Código de Hammurabi, (ley 218) en relación a los médicos establecía "Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo opero de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos".

Estas eran las drásticas sanciones de la pena, el médico no solo era susceptible de sanción amputación de las manos, sino que también estaba obligado al resarcimiento por el daño resultante de la actividad profesional por lo que debía de reemplazar con otro esclavo. (Ley 219).

En la época antigua de los EGIPCIOS reglamentaron una forma más drástica el ejercicio médico – pena de muerte. (1)

En la época de Alejandro Magno el concepto de responsabilidad médica es amplificado, ordenándose la crucifixión de un médico por haber abandonado culposamente a su enfermo.

En Bolivia en los últimos años, según informe del Comité de Lucha contra la Negligencia Médica registró 5.000 denuncias de presunta mala praxis. Sólo hasta octubre del año 2011 se reportaron 300 denuncias, es decir, un caso por día. ¹

¹ Llanos, Víctor H. Sociedad Boliviana de Lucha Contra la Negligencia Médica.

“Desde 1986 que existe dicho Comité, han reportado 5.000 casos de negligencia médica. Las estadísticas son flotantes, pueden haber más casos, pero este año tenemos por lo menos 300 denuncias”, dijo Víctor Hugo Llanos, presidente de la organización.

Uno de los 5.000 casos es el de B.C., un niño de cuatro años que fue víctima de negligencia médica, según Rina Gutiérrez (37 años), madre del menor. Cuenta que su hijo tenía seis meses cuando fue internado en una clínica privada de El Alto con un cuadro de presunta infección respiratoria. Los médicos le dieron varios diagnósticos, pero todos estaban equivocados.

En una entrevista realizada al representante de la Comisión: Según Llanos, de los 5.000 casos denunciados, sólo el 5%, ha tenido una resolución legal favorable a las víctimas, de ahí que demandan la pronta aprobación del proyecto de Ley de Regulación de la Prestación de Servicios de las Entidades de Salud Públicas y Privadas.²

En el año 2010, se presentaron denuncias el 70 % de las denuncias de mala praxis médica se presentó en La Paz, informó el Ministerio de Salud en la Comisión de Educación y Salud de la Cámara de Diputados. (2)

El Ministerio de Salud, PRONACS y otros señalan que en el Sector de la Salud en cuanto a sus servicios, las características manifiestan que el servicio es: asistémico, desintegrado, disperso, desarticulado, desregulado, caro discriminador e in-equitativo, donde cada quien presta el servicio como quiere, cuando quiere, a quien quiere y con lo que tiene, sin una norma general y compartida. Todo ello al margen de ser un servicio que puede parar en cualquier momento por voluntad de actores propios y extraños que no respetan los derechos ciudadanos descritos en la Constitución Política del Estado.

²Llanos, Víctor H. Sociedad Boliviana de Lucha Contra la Negligencia Médica.

CAPÍTULO I

NOCIONES GENERALES

1.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

En Medicina el diagnóstico diferencial es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

Existe una serie de factores necesarios previos a la emisión de un diagnóstico diferencial. En primer lugar, el proceso que se inicia no es unilateral, y requiere sensibilidad y responsabilidades de ambas partes (profesional y paciente).

El médico deberá aportar la máxima pericia clínica posible, la cual es la conjunción de la experiencia médica, fruto al que se llega después de una práctica activa que consume tiempo y esfuerzo, con las capacidades cognitivas aptitudinales y actitudinales apropiadas a la misión a desempeñar: definir la problemática y buscar y ejecutar las mejores soluciones posibles.

Durante el proceso, debe ponerse toda la sensibilidad posible, incluyendo desde el saludo y toda otra forma de comunicación con el paciente y su núcleo familiar.

Pero si bien son condiciones necesarias para ambos, uno con su problemática y el otro con su pericia médica, el proceso de acercamiento se concreta con base en una serie de herramientas intelectuales, la inducción, la deducción, la abducción, la analogía y la modelización, que en definitiva, son utilizadas para generar las hipótesis para el diagnóstico diferencial.

Para que las hipótesis iniciales sean válidas, éstas deberán tener consistencia lógica y fundamentación científica y tener la posibilidad de ser contrastadas empíricamente. Este proceso, el de generar hipótesis y refutarlas, favorecido o minimizado por diversos

factores, es considerado con justeza como un darwinismo de las hipótesis donde subsiste la que sometida a normas de apreciación críticas se considera la más creíble. Esta acción discriminadora es la característica fundamental del diagnóstico diferencial y se mantiene activa durante todo el acto médico. (3)

El Ejercicio Legal de la profesión médica en Bolivia está regulado por normas establecidas en el Ministerio de Salud y Previsión Social y el Colegio Médico de manera particular y en forma general por el Código Penal.

“El Ejercicio consiste según varios autores en prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto, de uso en el diagnóstico, pronóstico o tratamiento de las enfermedades de las personas o la recuperación, conservación o preservación de la salud de las mismas”... (4). Según las Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS)

Estos son algunos pasos que se siguen a momento de iniciar una consulta o relación médico-paciente:

Primero.- un paciente debe ir a la Administración o estadísticas para solicitar una ficha para atención.

Segundo.- Pasar por enfermería para que se tome los signos vitales.

Tercero.- Consultorio médico general, el medico realiza la Historia Clínica preguntando el motivo de la consulta.

Anamnesis.- (5) Preguntas sobre la enfermedad, historia de la enfermedad actual.

Cuarto.- Realizar examen físico general.

Quinto.- Examen físico segmentario.

Sexto.- Diagnostico; diagnóstico clínico presuntivo.

Séptimo.- Diagnósticos preferenciales, conducta médica o se podría iniciar un tratamiento.

Octavo.- Conducta medica si se pedirán pruebas de laboratorio o de gabinete (rayos X, tomografía, ecografía, etc.) o interconsulta por especialidad.

Noveno.- Una vez realizado el diagnóstico clínico podría realizar tratamiento en base antibióticos y otros métodos en general. ³(6)

1.2. SUJETOS EN LA MALA PRAXIS: SUJETO ACTIVO, SUJETO PASIVO, RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, RESPONSABILIDAD, ELEMENTOS.

1.2.1. SUJETO ACTIVO

El sujeto activo en la mala práctica médica, no es cualquier persona, es el profesional médico, ya que en razón a su profesión su conducta debe estar regida con mayor responsabilidad en tanto que su actividad profesional lo obliga a realizar sus acciones con mayor previsión, diligencia y su necesario deber de cuidado.

El delito es la inobservancia de reglas técnicas de su profesión, dando lugar a que se produzca la muerte de una persona por falta de previsión o la ocasión de lesiones.

El sujeto Activo es quien realiza la acción, por ende responde ante la justicia como autor del delito. En el delito de mala práctica médica, de forma general responderán como autores o sujetos activos, los profesionales de salud, que están encargados de cuidar a los pacientes.

1.2.2. SUJETO PASIVO

También denominado **Usuario Externo** que es toda persona natural o jurídica que demanda atención profesional médica, o atención de salud. En este caso particular, es el paciente el sujeto pasivo sin importar su edad, condición o capacidad jurídica quien pueda

³ Dr. Castillo Rubén y Dr. Carvajal Reynaldo (Guía de protocolo médico consulta inicial)

sufrir una lesión en los bienes jurídicos antes mencionados. En caso de que el paciente muere, los sujetos pasivos son los familiares, parientes.

1.2.3. RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

“Velar ante todo por la salud de mi paciente”.(7)

La relación médico paciente es sin duda una de la más importantes desde el momento del encuentro médico – paciente en un establecimiento de salud, la buena relación con el paciente a más de saber y del conocimiento que debe tener para ayudarlo, es sin duda la primera obligación ética que tiene el médico.

La conducta médico - paciente, está basado en las normas de Conducta Medico Sanitaria, se considera ético y moral, definiéndose a la moral, como la ciencia que trata del bien en general y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia, éstas como reglas que deben seguirse para hacer el bien y evitar el mal, en cualquier campo de la actividad humana, más aun tratándose de la vida de las personas como bien preciado y máximo. El paciente reconocido en su condición como ser vivo racional, **único e irrepitable**, que no habrá otro ser exactamente igual ni nunca habrá, desde el principio hasta el fin de los tiempos, mereciendo por tanto ser reconocido en esa su dignidad individual por lo que no se concibe distinciones ni diferencias.

Por estas consideraciones se hace claramente visiblemente que el **paciente-persona** es un hermano de especie que necesita la ayuda de un profesional médico que sufre por la afectación física, mental, psíquica y hasta económicamente, determinando la relación con el medico de forma profundamente ética que presume un trato puramente profesional y que requiere como prerrequisito la bondad, que como los latinos definieron como *vir bonus sanandi peritus*, es decir persona buena, experta para sanar.

Todo esto nos permite comprender que la buena relación con el paciente, a más del saber del conocimiento, como primera obligación ética, tiene como punto de partida la

cordialidad con la capacidad de establecer un dialogo de igual a igual, sin paternalismo, engaños ni poses de sapiencia confusa y deslumbrante, con lenguaje sencillo y afable, no tomando como un simple contrato de servicios que a mayor diagnostico o terapéuticos solo para elevar los costos.

La relación médico-paciente considera seis condiciones básicas: (8)

- Capacitación.
- Práctica.
- Responsabilidad
- Templanza.
- Decisión
- Devoción.

La relación se establece en los siguientes casos:

1. Por decisión espontánea y voluntaria del paciente y del médico.
2. Por acción unilateral del médico en caso de emergencia.
3. Por solicitud de terceras personas.
4. Por compromiso de atención a pacientes de entidad pública o privada. (9)

Sin embargo debemos considerar a la **Autonomía del paciente**, como una capacidad de decisión del paciente en el contexto de su relación con el médico. El enfermo no es un simple objeto de la manipulación por parte del médico, sino parte constitutiva de una relación terapéutica en la que debe participar como persona y sujeto moral. (10)

1.2.4. RESPONSABILIDAD MÉDICA.

“Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente”.(7)

Todo profesional en salud realiza el juramento de la Declaración de Ginebra concepto claro y conciso para adentrarnos en el tema, concepto de responsabilidad, que es una idea

que surge con posterioridad a la noción de deber, de obligación y que importa una consecuencia penosa del incumplimiento de estos últimos.

Desde el momento que un agente de la salud, acepta el ingreso de un paciente a un establecimiento público o privado o bien desde que comienza en la atención de un paciente, nace un contrato de cumplimiento obligatorio y con dicho contrato se originan los derechos y obligaciones de las partes. El derecho del paciente a recibir la atención debida y la condigna obligación de los profesionales de la salud a prestársela.

En términos éticos, el médico se prepara para garantizar el derecho a la protección de la salud y no existe en su actuar la intención de causar daño o muerte a su paciente.

A su vez nace el derecho de los profesionales a percibir una retribución por sus servicios y la obligación del paciente pagar por los servicios recibidos a satisfacer dichos honorarios o retribución del profesional y cubrir por los equipos médicos.

La responsabilidad es susceptible de distinción y se acostumbra a señalar que esta puede ser moral, en que es el propio hombre que, en su propia conciencia, se enjuicia a sí mismo y se autocastiga, ética, que es aquella de carácter grupal en que un determinado gremio, una corporación un consorcio de semejantes o pares, se somete voluntariamente a un código de normas que regulan la actividad común en los términos dados por la propia entidad a la pertenecen; y finalmente la **Responsabilidad jurídica**, que pueden ser en términos generales, administrativas, civil o penal.

Al referirnos de la responsabilidad del profesional médico lo haremos exclusivamente en consideración de orden jurídico; es decir, examinando las consecuencias jurídicas que el cumplimiento de deberes impuestos por la ley le acarrearán. No sin antes mencionar la responsabilidad médica en el propio Código de Ética y Deontología de Bolivia.

La responsabilidad médica es una variedad de la responsabilidad profesional (cualquier profesional debe responder ante daños ocasionados con motivo de ejercer su profesión) y se encuentra referida a:

“La obligación de toda persona que ejerce una rama del arte de curar de responder ante la justicia por daños ocasionados en el ejercicio de su profesión...”

(4)

La obligación del profesional médico no es de resultados sino de medios, esto significa que debe prestar la atención médica con todos los conocimientos de su ciencia y su pericia, actuar con prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad o de la no curación de este. Es decir que el médico no está obligado a ofrecer curación, solo tiene la obligación de medios y solo responderá por los actos cuando se demuestre que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar de que sabía era el indicado.

Para la Declaración de Lisboa, señala que la Responsabilidad Médica, origina el deber de atender y los demás deberes positivos del médico, así como el deber de reparar lesiones iatrogénicas.

El médico no solamente tiene la responsabilidad médica sino que puede tener otro tipo de responsabilidades, como ser:

1.- Responsabilidad moral o conciencia profesional, que se define y ejecutoria en nuestro fuero interno, y cuyo Juez inapelable y siempre justo, nunca se equivoca.

2.- Responsabilidad social, o sanción social, que dimana del vulgo, como resultado del reflejo del ambiente, que casi siempre es injusta, pero que en veces constituye un Juez verás, castigando con excesiva severidad las faltas cometidas; vox populi, vox dei.

3.- Responsabilidad legal, o sanción legal, que constituye la esencia del delito profesional y deriva de nuestra obligación de ser responsables ante la ley, por los actos o hechos que como profesionales hayamos realizado.

4.- La responsabilidad moral, constituye la verdadera conciencia profesional, es innata en todo hombre, y cobra aquí, en el ejercicio de la medicina, un aspecto especial, pues forma la ejecutoria más completa del valor facultativo.

Cita el Profesor Fernández Dávila Martín: “*La conciencia con la cual el medico ejerce su arte, crea la nobleza de nuestra profesión*”. Es la obligación de dar cuenta ante la sociedad por las consecuencias de un hecho acto.

La responsabilidad, en general, no viene a ser otra cosa que la asunción de las consecuencias de un daño, normalmente traducidas en una estimación económica.

Se dice que la responsabilidad, es subjetiva porque su fundamento es la culpa, que es un elemento psicológico y por lo tanto de naturaleza subjetiva, pues consiste en la intención de dañar o en el obrar con negligencia o descuido, para la teoría subjetiva de la responsabilidad la culpa es especial y sin ella no hay responsabilidad.

De ahí que se pueda decir que en toda apreciación de responsabilidad existen al menos tres elementos comunes:

1. La acción u omisión.
2. El daño y;
3. La relación de causalidad entre ambos.

Y que lo que se discuta sea el elemento de la culpa o negligencia que ha de concurrir, según los sistemas llamados de responsabilidad subjetiva en la acción u omisión del causante, como reproche del ordenamiento jurídico a su comportamiento y que puede estar ausente, según los denominados sistemas de responsabilidad objetiva, para imputar una responsabilidad.

Cual sea el tenor de la obligación viene a su vez determinado por el contenido de la relación existente entre el médico y el paciente, a la que vamos a referirnos ahora, ya que la vulneración por parte del médico de los derechos del paciente, que constituyen sus obligaciones, es causa de responsabilidad.

Sin embargo además de estas responsabilidades existen otras que une la responsabilidad del médico en particular con el establecimiento en el que presta sus servicios, tal es el caso

de la Responsabilidad Institucional y Funcionaria como lo manifiesta el Manual de Auditoria y Norma Técnica, pero conozcamos a que se refieren estas:

RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.- Genera responsabilidad institucional el incumplimiento del deber que tiene la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de dar respuesta al paciente y/o usuario, su representante legal u otras instancias de autoridad competente, por el servicio que hubiese brindado u omitido, ya sea en situación habitual o de emergencia.

RESPONSABILIDAD FUNCIONARIA.- Genera responsabilidad funcionaria, el incumplimiento del deber que tiene todo funcionario, sin distinción de jerarquía, de dar respuesta ante el paciente y/o usuario, su representante legal u otras instancias de autoridad superior competente, por los actos y servicios que hubiese cumplido u omitido, ya sea en situación habitual o de emergencia. (11)

Esto nos lleva a comprender que no existe solo responsabilidad del médico sino también existe responsabilidad en el equipo de salud conjuntamente ya sea en el hospital o centro médico podrían ser la insalubridad o mal estado de las condiciones materiales del centro.

Se podría definir como responsabilidad penal; penas, medidas de seguridad; responsabilidad civil; resarcimiento de daños, deontológica; reproche social y moral; administrativa; perdida de la matricula profesional.

El médico ¿contrae la obligación de sanar, de curar a su paciente? ¿Es una obligación de resultado? ¿O es simplemente una obligación de medios?

Si la obligación que asume el medico es de “resultado” la culpa consiste en llegar a lo prometido; y si es de “medios” la culpa consiste en no haber empleado los medios suficientes con el propósito encomendado, en “no haber sido diligente, prudente o hábil o no haber tomado las precauciones que hubieran evitado el daño”.

Evidentemente que la responsabilidad médica, como en muchas profesiones, la obligación que se contrae es solo de “medios” nunca de “resultados”.

1.2.5. PRINCIPALES ELEMENTOS PARA ESTABLECER LA MALA PRAXIS

A continuación mencionaremos los elementos que podemos encontrar en la mala práctica médica se puede observar que puede haber dolo y culpa.

La mala práctica médica es tipificada como delito culposo, pues se cree que el responsable de la salud comete la falta no por que quiso ni tuvo la voluntad de cometer un acto dañoso. El profesional presta un servicio y puede hacerlo de forma defectuosa y causar daño. Pero es necesario comprender que en este tipo de delito no existe el elemento subjetivo dolo, es decir la intencionalidad. Por tal razón es necesario que las personas tengan un amparo debido a los eventos peligrosos del ejercicio de la profesión. De igual forma la inadecuada prestación del servicio de salud está considerada dentro de la tipología de violatoria de derechos humanos. En tal se expresa que “cualquier acto u omisión, por parte del personal encargado de brindarlo, que cause la negativa, suspensión, retraso o deficiencia de un servicio público de salud y que afecten los derechos de cualquier persona”, constituye uno de esos tipos.

Considerando a la Negligencia Médica, en los siguientes términos. Cualquier acción u omisión en la prestación de servicios de salud, realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública, sin la debida diligencia en la práctica realizada, que traiga como consecuencia una alteración en la salud del paciente, sea físico, moral o económico. (12)

Es muy importante mencionar estos elementos, para que se establezca la mala práctica médica se deben verificar los siguientes requisitos:

- El autor debe ser médico o responsable en salud.
- La acción u omisión que produce el daño debe corresponder al quehacer profesional. Si un enfermo es dañado por golpes o armas usadas por un médico, no existe un delito de mala práctica, sino un delito común de lesiones.

- Debe existir una relación médico paciente real que haya permitido realizar el trabajo profesional.
- Que la actuación médica haya provocado, al no realizarse bien, el daño en la persona.
- En este daño no debe haber interferido el paciente, es decir, si el paciente fue quien ya no tomo la medicina necesaria y se muere, ya no hay una responsabilidad del médico de mala práctica.
- El daño debe derivar de una manera imprudente de actuar del médico, ya sea por negligencia, impericia.

Para demostrar la mala praxis, en primer lugar debe existir un daño constatable en el cuerpo, entendido como organismo, o en la salud, extendiéndose el concepto tanto a la salud física como a la mental, siendo ésta comprensiva de todas las afecciones y trastornos de orden psiquiátrico, psicológico, laborales, individuales y de relación, con incidencia en la demás personas. La amplitud del concepto, abarca no solo el daño directo al individuo, sino que por extensión, se proyecta inclusive sobre prácticamente la totalidad de las actividades del afectado.

En segundo lugar, el daño causado debe necesariamente originarse en un acto imprudente o negligente o fruto de la impericia o por el apartamiento de las normas y deberes a cargo del causante del daño o apartamiento de la normativa vigente aplicable. (13)

LA CULPA.- El Código Penal Boliviano señala en su Art. 13 quáter, que el delito culposo no es delito mientras no se lo conmine expresamente y solo es punible el delito doloso. Además en el artículo 15.- CULPA.- actúa culposamente quien no observa el cuidado a que está obligado conforme a las circunstancias y sus condiciones personales y, por ello:

1. No toma conciencia de que realiza el tipo legal.
2. Tiene como posible la realización del tipo penal y, no obstante esta previsión, lo realiza en la confianza de que evitará el resultado. (14)

El deber de cuidado le permite al médico actuar con una manera dedicada, con precaución, yendo de la mano con sus procedimientos médicos de conformidad con las reglas y

técnicas de que se le ha enseñado, haciendo uso de todos los recursos disponibles para que el paciente recupere la salud.

La culpa aparece cuando el médico va en contra del deber del cuidado provocando daños a los bienes jurídicos del paciente, cuando da una atención médica irresponsable, pero sin la intención de causar daño, a pesar de que pudo haber evitado esa actuación. Es decir si el médico a pesar de no tener la intención es consciente de que su modo de obrar es negligente o imprudente, está dentro de la culpa.

Para que la conducta del médico sea culposa, es necesario que exista una relación de causalidad entre la conducta y el resultado.

La culpa es el elemento esencial de este tipo de delito, pues la gran mayoría de casos han dicho que la mala práctica médica es un delito culposo y si por esto causa provoca la muerte del paciente es juzgado como homicidio culposo.

Para Jiménez de Asúa (15) establece que dentro de la negligencia, se puede encontrar también a la imprudencia, impericia ya que la negligencia es la negación de la diligencia.

Los delitos culposos se encuentran comprendidos dentro de los llamados tipos penales abiertos, al tener que ser completados los mismos por otra norma que determine la violación al deber de cuidado objetivo. (16)

Pero señalemos algunos de los principales elementos que establece la mala praxis:

- Sometimiento al paciente a riesgo innecesario.
- Agravamiento o muerte del paciente por atención con falta de calidad.
- Presencia de lesiones injustificadas.
- Situación o simulación medicamentosa.
- Obtención de remuneraciones fraudulentamente obtenidas.
- Presencia de actos de violencia física o moral.
- Transgresión de normas prohibitivas. (17)

1.3. OBJETIVO GENERAL

- Describir la relevancia socio jurídica de la Negligencia Médica y el desconocimiento sobre el mismo en establecimientos de salud y la sociedad en la ciudad de La Paz en los años 2010 y 2012.

1.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir Número de casos desde el año 2010-2012
- Enumerar los factores socio-culturales. (Desconfianza en el médico, educación, influencia, timidez factor psicosocial, creencias, religión, automedicación y otros).
- Identificar la repercusión familiar y social (desintegración familiar, etc.)
- Puntualizar la efectividad de las normas jurídicas y vigentes.

MARCO TEÓRICO

1.5. CONCEPTOS DE MALA PRÁCTICA

1.5.1. MALA PRAXIS MÉDICA.

Según el Código de Ética y Deontología Médica en el artículo 18 advierte sobre la observancia de la praxis médica y su implicancia legal; El médico debe abstenerse de emplear tratamientos o técnicas cuyo manejo desconoce o para los cuales no está entrenado, siendo responsable de los daños que cause por negligencia, imprudencia, impericia, ignorancia o abandono. (9)

La Mala Praxis consiste en el ejercicio inadecuado de la profesión, es la responsabilidad médica propiamente dicha. Es culposa, vale decir, cometida sin la intención de hacer daño. Comprende cuatro eventualidades.

- a) Impericia: actuación con ausencia de conocimientos fundamentales.
- b) Negligencia: Actuación perezosa, con falta de celo y constancia profesional.
- c) Imprudencia: Actuación temeraria y precipitada.
- d) Inobservancia de reglamentos y normas existentes y disponibles. (4)

Para la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre derechos del Paciente quienes señalan que la negligencia médica es una forma de la culpa (18).

Existirá mala praxis en el área de la salud, cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.

La mala práctica médica nace sin duda en la relación médico paciente. El profesional en salud presta un servicio y este puede hacerlo de forma defectuosa o causar daños al enfermo.

La prudencia y diligencia es lo que obliga a los profesionales en salud y a los centros de atención médica proporcionar todos los cuidados necesarios de acuerdo a la deontología médica y las normas sanitarias que son conducentes para lograr el fin deseado, pero no para garantizar la curación del enfermo.⁴

La negligencia médica podría definirse básicamente como un ejercicio errado o una práctica sin habilidad por parte de un médico y otro profesional, causándole daño a la salud o al buen estado del paciente, esto ocurre generalmente en cirugías estéticas.

En pocas palabras, la negligencia médica son los daños físicos causados a un paciente por los cuidados de médicos negligentes.

Es éticamente reprobable, independientemente de que produzca o no a daños al paciente.

El término mala praxis se refiere a un acto u omisión de un profesional en el curso de sus obligaciones profesionales que causa o agrava una lesión a un paciente o cliente y es la consecuencia de un error de ejercer un grado razonable de prudencia, diligencia, conocimientos, o habilidades.

1.5.2. NEGLIGENCIA MÉDICA.

¿Pero qué quiere decir Mala Práctica Médica y Negligencia Médica?

Mala práctica médica es el falla de un proveedor de asistencia sanitaria, muchas veces un médico, un hospital u otro proveedor profesional de asistencia sanitaria u otra institución,

⁴ Medicina Asertiva, Tena Tamayo Carlos.

a dar al paciente el tratamiento que reúne a estándares de asistencia generalmente aceptados y definidos por la comunidad médica, lo que resulta en hacer daño al paciente.

Mala práctica médica, a veces llamada negligencia médica, es el término legal que se usa para definir asistencia de calidad inferior provista por un proveedor de asistencia sanitaria.⁵

Negligencia Médica es el acto en que incurre un prestador de servicios de salud cuando al brindar sus servicios incurre en descuido de precauciones y atenciones calificados como necesarios en la actividad profesional médica, o sea que se puede configurar un defecto de la realización del acto o bien una omisión. (17)

Podemos encontrar un gran número de posibilidades entre las que se incluyen todos los registros defectuosos en las historias clínicas, inobservancia de las normas oficiales y protocolos médicos, la delegación del cuidado del paciente a personal no calificado o sin suficiente preparación, el abandono del paciente, o vigilancia deficiente del paciente de acuerdo a sus condiciones clínicas o someter al paciente a tratamientos no sustentados en la ley.

Una negligencia médica se produce cuando un profesional sanitario actúa sin conocimiento de los estándares médicos exigibles por acción u omisión.

La Negligencia: Es entendida como la falta de cuidado y abandono de las pautas de tratamiento, asepsia y seguimiento del paciente, que están indicadas y forman parte de los estudios en las profesiones de la salud.

La negligencia médica definida como un acto mal realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria, que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que, infelizmente causa alguna lesión o la muerte al paciente.

⁵ BODNER, Mark L. abogado de mala práctica médica en Nueva York.

El daño ocurre cuando el paciente es tratado erróneamente o cuando un médico o un nosocomio, se separan de lo que es considerado cuidado juicioso del paciente. Cuando un paciente es lesionado debido al mal cuidado o al cuidado improcedente, eso es negligencia médica.

Veamos un ejemplo de negligencia: una persona llega a un centro médico con dolor abdominal (enfermedad), dependiendo del tiempo de evolución de la enfermedad de como haya iniciado, se debería estudiar los antecedentes de esa molestia, se considera ya una enfermedad cuando se tiene alguna molestia, siendo la enfermedad el quiebre de la salud de una persona; entonces a partir de ese momento nosotros los médicos⁶ realizamos un diagnóstico diferenciado, es decir, si es un dolor abdominal clínico o dolor abdominal quirúrgico; si es de esta última debería seguir con la parte resolutiva o curativa, es decir la operación, que tiene un curso y entre la operación a lo que le pasa después de la operación hasta la rehabilitación es otro curso y entre estas pueden ocurrir muchas cosas. Pero si para apalar el dolor abdominal suponiendo que era un dolor abdominal clínico en el paciente le dimos unos analgésicos para aplacar dicho dolor sin haber realizado el correspondiente estudio para comprobar aquello; luego vemos que era un dolor abdominal quirúrgico y nosotros solo aplacamos el dolor pensando que no era quirúrgico, que era una apendicitis inicialmente pero por falta de tratamiento oportuno pasa a ser una peritonitis en este caso si se estaría cometiendo una negligencia médica, porque no se hizo lo que deberíamos haber hecho el diagnóstico diferenciado, aunque muchas veces y casi siempre se supone que no es quirúrgico a pesar de que existen protocolos de manejo de atención para cada tipo de dolor, estas dependientes de cada hospital y uno de los protocolos Oficiales de Bolivia es el de INASES. (19)

La negligencia médica es haber realizado actos no apropiados o, por no haber tenido la diligencia requerida para un caso en particular. Es decir, negligencia es no haber cumplido con los parámetros mínimos y estándares de conducta para enfrentar el caso clínico, y no haber cumplido con las normas técnicas, propias, de la profesión médica. Constituye, junto

⁶ Hospital Municipal Los Pinos.

a la impericia e imprudencia médica, una vulneración a la Lex Artis Ad Hoc (ley del arte o conjunto de reglas que permite la buena praxis en el ejercicio de la profesión). La responsabilidad también recae sobre el equipo de salud inmerso en el caso.⁷

Uno de los objetivos específicos del presente trabajo es demostrar que no solo existe negligencia médica sino también la negligencia del paciente.

1.5.3. NEGLIGENCIA DEL PACIENTE

¿Pero cómo sucede esto?

Cuando el médico se convierte en demandante, una premisa poco usual que sin duda se presenta en muchos casos de negligencia en la ciudad de La Paz, en esta sección del presente trabajo dedicaremos concretamente algunos aspectos como por ejemplo el excesivo celo en el paciente y sus familiares sobre la conducta médica, habiendo aumentado el número de reclamos o denuncias en dicho sentido, en efecto cualquier resultado no querido o no previsto por el paciente es objeto de análisis y de reclamo, buscando en última la mala práctica o la negligencia pura y dura. Vemos entonces como los medios de comunicación y ante la Fiscalía se ven inundados de denuncias y reclamos contra los médicos y los centros hospitalarios, la mayoría de las cuales no prosperan por falta de causa, o bien son desestimadas en la vía civil porque el resultado lesivo no pudo ser evitado, siendo esta una consecuencia posible en el tratamiento de la enfermedad, aunque no estaría mal emplear el sentido común antes de vernos inmersos en estrados judiciales.

La Paz, indudablemente una ciudad rica en cultura, tradición y costumbres ancestrales y por supuesto, uno de los factores principales que promueven a la **negligencia del paciente**, como muestra de aquello podemos recopilar un testimonio de una persona quien

⁷ BATISTA R. Marcia, LA PATRIAREvista Dominical, 18 de septiembre de 2011.

afirma que antes de ir a un centro hospitalario primero recurre a alguna tradición o costumbre, por ejemplo la Sra. Olga Mamani.⁸

A quien se le realizó una pregunta simple:

¿Qué es lo que hace cuando usted se siente mal?

Ella respondió; “primero hago lo que me enseñaron mis padres tratamiento natural y esos tratamientos son más efectivos que los servicios médicos, que por ejemplo para el caso de que sienta algún dolor abdominal se toma una infusión de perejil o de verbena blanca si es que tiene dolor en la vesícula...”. Es por esa razón que podemos apreciar que un dolor simple si no se lo trata y controla a tiempo puede provocar daños irreparables y evitar llegar a una cirugía de emergencia para tratar de salvar la vida que fácilmente se podía haber evitado con un tratamiento oportuno.

Tomemos en cuenta el mismo ejemplo señalado por un médico acerca de la Negligencia, [...] “qué pasa si un paciente llega a morir por una enfermedad avanzada peritonitis, esta enfermedad es de proceso largo que puede iniciar con un simple dolor abdominal que podría ser apendicitis y muchas veces por tratar de aplacar el dolor se recurre a tratamientos naturales y a consecuencia del paso del tiempo la enfermedad paso a ser algo peligroso para al paciente, entonces esto ya no tendría que llamarse negligencia médica, pero muchos lo mal utilizan catalogándolo como negligente porque falleció en un centro hospitalario...”(20)

Otro factor tradicional que podemos mencionar es un caso que sucedió a principios del año 2011 en el Hospital del Niño que fue conocida incluso por el Gobernador Cesar Cocarico quien fue parte querellante en dicha supuesta mala praxis médica, en la que un niño perdió el brazo, pero los resultados de las pericias que se realizaron luego de la denuncia sostuvieron que era producida por una bacteria “agresiva y letal” que solo se encuentra en el intestino de animales o de las personas, el jefe de la Unidad de

⁸ Mercado Santos Mamani de la ciudad de El Alto La Paz, vendedora de frutas.

Infectología, Ricardo Antezana, explicó que los médicos determinaron la amputación porque el brazo del niño estaba infectado con una bacteria que contrajo cuando ocurrió el accidente, señalando que:

"Tengo la evidencia microbiológica, a través de nuestros técnicos del Hospital, de que la infección fue provocada por un agente que se llama *Clostridium*. Este es un agente agresivo que destruye el tejido muscular y es imposible frenar la agresión. No se podía retardar la decisión de la amputación porque el proceso es invasivo y ponía en riesgo la vida del niño", justificó.

Informó que la operación se realizó después de 15 horas, porque el centro médico no tiene condiciones para intervenir "abscesos", tampoco un anestesiólogo, ni espacio en los quirófanos.

"Lo hemos operado como 15 horas después porque no tenemos medios en el Hospital y no podemos operar inmediatamente en muchos casos", argumentó. (21)

Sin embargo una vez realizada todas las investigaciones por la Fiscalía de la ciudad de La Paz, (Dr. Evito informar sobre dicha investigación) por lo que me relata se pudo determinar que esa bacteria no se presentó al momento del accidente sino que fue producto de un tratamiento tradicional con un **medico tradicional (curandero)** quien vio la situación del menor y este procedió a colocar un emplasto de **intestino de un animal de la vaca** en la parte afectada, en la herida misma y este, provoco la infección del musculo del brazo y luego como último recurso fue al Hospital del Niño donde inmediatamente inmovilizaron el brazo enyesándolo porque había fractura, con una pequeña herida por la cual ingreso dicha bacteria, en este ínterin la bacteria fue un arma letal quien necroso el brazo, entonces una vez quitado el yeso del brazo salen dos bacterias una llamada *E. coli* y la otra *Clostridium* de la que se tiene la evidencia microbiológica realizada por la Junta o Comisión Auditora del Nosocomio, este último solo se encuentra en el intestino de las vacas, esto condiciono que tenga una gangrena gaseosa la cual provoco lamentablemente

que el niño pierda el brazo.⁹ Esta es una típica negligencia del paciente, cuando los padres hacen caso omiso de enfermedades serias que afectan la salud en este caso del niño.

Sin desmedrar el trabajo de los médicos tradicionales, que sin duda realizan tratamientos con buenos resultados, aunque no todos son 100% efectivas como ocurre en la medicina convencional o científica. Siendo el propio Estado en la Constitución Política del Estado quien garantiza e integra como un derecho al acceso a la salud como sistema único universal, intracultural e intercultural, además ratificándose también en el PRONACS que señala varios acápites, acerca del mismo, tomemos uno de lo más relevante: [...] Respetar a la diversidad étnico cultural del país e incorporar formas de **Medicina Tradicional y Alternativa**...(22)

Este tipo de tratamientos es apoyado incluso por la Organización Panamericana de la Salud regional de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (23) en estas bases podemos ver como los pueblos indígenas resuelven los problemas de salud individual y colectiva en ocasiones mediando el acceso a la medicina convencional, pero en la mayor parte refugiándose en su propio sistema de salud, el de la medicina tradicional.

Fundamenta que la medicina tradicional en: *“Los pueblos indígenas han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano de convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna...” (OPS/OMS 1997:13) (23)*

Podríamos también explicar que una de las negligencias que comete el paciente suelen darse cuando las creencias religiosas o costumbres adaptadas perjudican el desarrollo normal de un tratamiento médico, tal es el caso de la transfusión de sangre que en la religión denominada “Testigos de Jehova” no es permitida esto inclusive podría hacer que la vida del enfermo esté en grave riesgo.

⁹ Dr. CARVAJAL Reynaldo y la Sra. Carmen Paucara madre del Menor, relato del médico residente.

Otro acto negligente del paciente es; esperar que el dolor desaparezca por si sola, algunos ponen su fe a Dios nuestro creador para ser sanado o a algún santo y otros como bien es sabido en esta ciudad es ya una costumbre muy de moda pagar con una ofrenda a la pachamama para la salud; estas creencias pueden llevar a convertirse en grandes obstáculos para el normal desenvolvimiento de un médico en la enfermedad, pasando de un simple malestar a algo irremediable que pues desgraciadamente muchas veces la única solución es mutilar algún miembro del cuerpo para evitar un mal mayor.

Existen varios actos negligentes por parte del paciente, donde vemos una lista de animales y plantas consideradas medicinales y curativas no solo para enfermedades comunes sino también para las que se enmarcan en el contexto mágico y que reciben un trato especial en base a rituales específicos.(24)

Pero porque mencionamos esto, debido a que existe una relación permanente entre los conocimientos científicos y los tradicionales que compone una visión completa de las culturas. El hombre siempre ha buscado en la naturaleza los recursos básicos para su sobrevivencia. Esto incluye la utilización de plantas, animales y minerales en la producción de remedios para curar sus enfermedades.

Por ejemplo; un muchacho sufre una caída y tiene hemorragia, lo que recomienda es quemar y raspar la uña de armadillo (pejichi) y se mezcla con agua y luego tomar varias veces”¹⁰ creyendo que así mejoraría, pero viendo desde el punto de vista científico, ese proceder podría generarle un mal mayor debido a la infusión que ingirió podría estar plagada de bacterias y que una vez alojada en sus interior generar una fuerte infección estomacal o en el peor caso una hepatitis.

Otro acto negligente del paciente es la automedicación, recurrir a la farmacia más cercana, porque es económica, porque no tengo que esperar un turno, ni tener que sacar fichas para la atención, o porque se estima que los farmacéuticos saben de medicina y ellos pueden

¹⁰ Medinaceli Armando y AguirreGabriela, Medicina Tradicional de las Comunidades Indígenas del río Quiquibey, Bolivia, Pág. 17.

recetar como los doctores, pero no podemos olvidar que hoy en día todo acto aun del sector de la salud se convirtió en actos comerciales que todo está en función a fines lucrativos, que además sumado a esto los que atienden una farmacia no son profesionales del área propiamente dicho como deberían ser los bioquímicos sino que resultan ser familiares o amigos del propietario por conveniencias económicas no contrataran a un bioquímico porque cobraría más esto sin duda acarreará consecuencias lesivas.

1.5.3. LOS ERRORES MÉDICOS.

Los errores ocurren en todo tiempo y puede cometerlo cualquier persona, como cuando algo que se había planeado como parte del cuidado médico no funciona; o cuando se usa un plan equivocado para el problema de salud. Los errores pueden suceder en cualquier ámbito de cuidado médico: En los hospitales, en las clínicas, Centros de cirugía para pacientes ambulatorios, en los consultorios de los médicos, en los asilos de ancianos, en las farmacias, en los hogares de los pacientes.

Y los errores pueden involucrarse: en el suministro de los medicamentos, en la cirugía, en los diagnósticos, en los equipos, en los reportes de laboratorio. (18)

Un error puede suceder incluso cuando se están llevando a cabo la mayoría de los procedimientos de rutina, tal como cuando un paciente hospitalizado que necesita recibir una dieta sin sal recibe una comida que contiene mucha sal.

La mayoría de los errores resultan de problemas creados por la complejidad del sistema del cuidado médico de hoy en día. Pero también ocurren errores cuando los pacientes y sus médicos tienen problemas de comunicación.

1.6. COMITES DE CONTROL DEL EJERCICIO MÉDICO.

Los médicos bolivianos en concordancia a los preceptos éticos, continuadores de la filosofía Hipocrática, ejercen la profesión médica basados en la Ley del Ejercicio

Profesional, Código de Ética y Deontología y el Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) y todas aquellas normas emanadas del Ministerio de Salud, con la finalidad de facilitar un mejor desempeño del equipo de salud en la prevención del daño, es por ello que recientemente se constituye una comisión¹¹ para la realización de un Manual de Auditoría Médica debido a los vacíos en la normativa que rige las actividades del sector de salud, “...**siendo la auditoría el mejor instrumento reconocido para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud...**” (11)

Debido a la “oferta de servicios de salud, saneamiento y bienestar social”, que proceden de una diversidad de instituciones propias o ajenas que flotan y rebotan en un espacio que no logra coercionarlas ni organizarlas, ya que están comprometidas varias instituciones inclusive el propio Ministerio de Salud y sin falta los híbridos oportunistas que desempeñan cómodamente desarrollando una medicina semiprivada y muy poco controlada.

Es por ello que tomando el principio de que “**lacialidad es el principio doctrinal a estar inmerso en toda actividad del sistema de saludestructurado**” (11), y que llegue a todos los establecimientos y niveles de complejidad con una relación de interdependencia de calidad entre ellos, tanto para el nivel Nacional Central, como el nivel departamental descentralizado de los SEDES, y el local municipal organizado en red y que todos cuenten con monitoreo, seguimiento y control de calidad, tanto al interior de su organización, como los centros asistenciales.

La Ley N° 3131 señala que “la auditoría médica es un procedimiento técnico, analítico, de carácter preventivo y correctivo con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios”.¹² Y esta requiere a su vez de los servicios de otros profesionales especializados en casos particulares.

¹¹ Resolución Ministerial 0090 de 26 de febrero de 2008

¹² Ley N° 3131, Auditoría Médica, artículo 15.

El Manual de auditoria y norma Técnica encomienda a todos los hospitales de 2do y 3er nivel conformar un comité de Gestión de Calidad y Auditoria Médica. Para establecimientos de 1er nivel es el Gerente de Red el quien asume la función, coordinando el Comité de Gestión de calidad y Auditoria de Red, conformado por representantes de cada establecimiento¹³ y estos responsables son los encargados de velar por la en su respectivo establecimiento, siempre en correspondencia y coordinación con la autoridad local esto es considerado como una Auditoria interna. Siendo el INASES quien se incorpore en la red de gestión de calidad a nivel nacional y los respectivos SEDES para los departamentales.

Es necesario aclarar que existe un Protocolo Nacional del INASES (Instituto Nacional de Seguridad Social) y además que cada hospital tiene sus protocolos independientemente del nacional, por ejemplo un hospital tiene un comité de auditoría medica conformada independiente, estos pueden surgir en base a la necesidad, comités de Auditoria Médica y Comités de Inspecciones Nosocomiales, Comité de Lactancia Materna, etc., es decir se conforman comités para cada caso específico esto para la revisión de los protocolos de acuerdo siempre a que nivel de hospital se trate.¹⁴

Antes de introducirnos a todo esto comprendamos lo que significa auditoria:

1.6.1 AUDITORÍA.

“Es el examen de la gestión de un ente con el propósito de evaluar la eficiencia de sus resultados, con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos financieros y materiales empleados, la organización, la utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión”. W. L. CHAPAM

¹³ Manual de Auditoria y Norma Técnica Pág. 4

¹⁴ Dr. CARVAJAL Reynaldo, Hospital Municipal Los Pinos de la ciudad de La Paz.

Además que “La Auditoria es el brazo operativo del control de gestión y constituye el elemento clave para el mejoramiento de la calidad, con base en indicadores referenciales conocidos como estándares”. (11)

1.6.2. AUDITORÍA EN SALUD.

“Es un procedimiento de evaluación de la gestión y prestación de calidad, en todas las actividades del sector de salud, con el fin de detectar el funcionamiento **real** de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento” PRONACS-MS. Y el **Gestor de Calidad** es el ente encargado de salud, encargado de velar y controlar el cumplimiento de calidad en el funcionamiento de los servicios que ofrece.

La Auditoria en Salud también consiste en la revisión de trabajo de quienes nos desempeñamos en el sistema de Salud, se constituye en una instancia educadora que procura aprovechar tanto las experiencias negativas, (incidentes-acciones) como las positivas (logros-éxitos), para introducir paulatinamente adecuaciones que procuren correctivos que mejoren los procesos de atención, logren la satisfacción del usuario y cubren las crecientes expectativas de la comunidad.

El desarrollo que permiten al Estado esta evaluación, evita el ejercicio profesional a la defensiva, disminuye los costos de atención y evita también la confrontación médico-legal.

Un principio básico señala que todo es posible de ser auditado viendo la estructura, el proceso y los resultados, siendo altamente recomendable habituarse a realizar auditorías internas auto-evaluativas, con el fin de corregir a tiempo debilidades y defectos si los hubiera antes de tener que someterse a auditorías externas por denuncias ligadas a defectos institucionales, inobjetables que no fueron corregidos a tiempo. (8)

1.6.3. TIPOS DE AUDITORÍA.

Las auditorías pueden ser: Auditoría Programática, Auditoría de Servicio, Auditoría Médica, estas a su vez se dividen en Auditorías Internas y Externas, aunque se distingue muchas formas de auditoría y explicaremos a continuación las más importantes:
AUDITORIA INTERNA - EXTERNA

❖ **AUDITORÍA MÉDICA INTERNA.-** La auditoría medica Interna (AMI) constituye un procedimiento de carácter técnico, evaluativo, preventivo, correctivo, propositivo y no punitivo que realiza internamente una unidad o servicio del establecimiento de salud, con relación a la atención, en salud y acto(s) médicos(s) realizado en un paciente determinado. Analiza el respectivo expediente clínico verificando su correcto manejo y cumplimiento de normas y protocolos vigentes, a más de identificar con claridad los aciertos o errores que pudieran haberse cometido, emitiendo conclusiones y recomendaciones. (11)

“Concebida como el mejor instrumento de autoevaluación, está relacionada con la Norma de Evaluación y Acreditación en Establecimientos de Salud, pudiendo adelantarse a los resultados buenos o malos de una evaluación externa, porque permite a los propios funcionarios de un determinado establecimiento, hacer una valoración directa, muy precisa y permanente de su propia institución, ya sea para potencializar fortalezas o corregir errores y defectos con la oportunidad debida.”

Y este tipo de auditoría se subdivide en:

1. **Auditoría Médica Interna Periódica (Programada o recurrente).** la AMI Periódica.- es la que regula de manera regular dentro de la programación de cada unidad o servicio del establecimiento de salud, como explica el art. 8 del Manual de Auditoría.
2. **Auditoría Interna Especial.** La AMI Especial.- es aquella AMI no programada, que en determinadas circunstancias puede ser solicitada directamente por decisión de autoridad competente, Art. 19.- Solicitud de Auditoría, se canaliza por iniciativa directa del Gestor de Calidad o del Director del establecimiento o a través de

autoridad competente Director de Salud, Director Técnico del SEDES, o el ministerio de Salud como autoridad jerárquicamente superior.

3. **Auditoría Interna Inducida (Incidental o concurrente)**, es la que cumple con carácter perentorio en caso de pacientes hospitalizados o que se encuentren en curso de procedimientos de diagnóstico o de tratamiento ambulatorio.

❖ **AUDITORÍA MÉDICA EXTERNA.-** (AME), es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter correctivo, realizado por auditores autorizados externos al establecimiento de salud, ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica en atención a la salud y acto o actos médicos cumplidos en un paciente determinado, mediante el análisis del expediente clínico, verificando el cumplimiento de normas, protocolos vigentes y la *lex artis medicae*.

Cabe aclarar que cada Nivel Hospitalario tiene su propia comisión ya que no podrían verificar con el mismo método a todos los niveles ya que podemos encontrar una diversidad de formas de negligencia y errores y estas varían en función a los establecimientos de salud y ningún caso es igual al otro.

VER CUADRO 1 Y 2

CUADRO N° 1

DE ACUERDO A LA INSTANCIA QUE LA REALIZA

Las auditorías tanto interna como externa realizadas con el propósito educativo y no punitivo procura que los pacientes reciban mejor atención médica posible. Veamos las diferencias en las auditorías Interna y Externa, según el MANUAL DE AUDITORIA Y NORMA TECNICA.

AUDITORIA INTERNA		AUDITORIA EXTERNA	
1	Se ejecuta en la propia institución	1	Se ejecuta por una institución externa o auditor independiente
2	Se lleva de acuerdo a normas establecidas en el Manual.	2	Se lleva de acuerdo a normas establecidas en el Manual
3	Se ejecuta con los recursos humanos de la institución..	3	Los recursos son de los de la organización o institución externa que audita
4	Abarca la estructura procesos y resultados propios de la institución	4	Abarca la estructura procesos y resultados propios de la institución
5	Institucionalmente dependiente.	5	Institucionalmente no dependiente.

FUENTE: MANUAL DE AUDITORIA Y NORMA TECNICA

CUADRO N° 2

DE ACUERDO A NECESIDAD

Las auditorias cuya finalidad determina la organización sanitaria, la ejecución de una política, plan o programa, funcionamiento de servicios, atención directa al paciente por el personal en salud y el acto médico propio. Veamos las diferencias:

AUDITORIA PERIODICA (PROGRAMADA O RECURRENTE)		AUDITORIA INDUCIDA (INCIDENTAL O CONCURRENTE)	
1	Con cronograma.	1	sin cronograma (por hecho imprevisto)
2	Periódica.	2	No periódica (se agota en el hecho que la origino)
3	Accionar, preventivo, correctivo y propositivo.	3	Accionar diagnóstico, propositivo y correcto.
4	De acuerdo a programación.	4	De acuerdo a requerimiento
5	Área y objetivos elegidos por conveniencia Institucional.	5	Área y objetivos impuestos por un hecho contingente o eventual.
6	Obedece a un marco de referencia preestablecido.	6	Se circunscribe a la investigación de un hecho puntual.
7	Responde a una programación.	7	Responde a un caso incidental.
8	Es interna o externa.	8	Es interna o externa.
9	Cierra con informe final y recomendaciones.	9	Cierra con informe final y recomendaciones relacionadas al caso que se audita.

FUENTE: MANUAL DE AUDITORIA Y NORMA TECNICA

CAPITULO II

MARCO JURÍDICO

CONTEXTO SOCIO JURÍDICO

2.1. LA POBLACIÓN MÁS AFECTADA.

¿En qué hospitales existe mayor negligencia y de que tipos?

La población más afectada por estos casos son los que están en sectores alejados o aquellos que desconocen la legalidad de un establecimiento de salud, por ejemplo los consultorios clandestinos, que no cuentan con las condiciones necesarias de bioseguridad ni los requisitos mínimos exigidos por el Ministerio de Salud, por ejemplo un aborto clandestinos donde un médico X sin los recaudos necesarios practica el aborto sin la guía de los protocolos médicos y en lugares insalubres esto podría provocar un daño permanente en la vida del paciente.

La otra parte más afectada se encuentra en hospitales grandes, debido a la cantidad de pacientes que se presentan diariamente y el poco personal con el que cuentan, ya que es imposible atender a cierta cantidad, ni mucho menos al total de los pacientes por ejemplo en neonatología, las normas sanitarias indican que debería haber una enfermera licenciada por cada incubadora, pero lamentablemente no ocurre esto sino al contrario, esta una licenciada por veinte (20) incubadoras y lo que hacen las enfermeras es prácticamente clonarse para atender a los pacientes y tratar de memorizar las historias clínicas de cada paciente y en estas circunstancias podrían cometerse cualquier omisión o descuido y esto provocaría a que el personal médico pueda olvidar o entregar erróneamente algún medicamento al paciente equivocado o como el caso más simple de un paciente prescrito con diabetes que por su condición tiene una estricta dieta y por **error** llevan unos

alimentos con azúcar, no haciéndolo de forma dolosa sino culposa por la carga laboral que tiene.¹⁵

2.2. LA DUALIDAD DE LA ENFERMEDAD Y EL DIAGNÓSTICO MÉDICO (ESTUDIO DEL PACIENTE)

Esta dualidad está conformada por ciertos preceptos descritos en la Guía del ejercicio médico de la OPS., señalando que implica un compromiso moral, individual y colectivo, de los profesionales médicos con las personas y con la sociedad, e impone deberes y responsabilidades ineludibles cuya contravención dará sanciones disciplinarias por parte del Colegio Médico, al margen de penalidades establecidas por las leyes vigentes en el país.

Según el Código de Ética y Deontología, el profesional debe enmarcarse en los siguientes principios:

- a) Respeto a la vida.
- b) Respeto a la persona humana, a la familia y a la colectividad.
- c) Con sus colegas de profesión.
- d) Reconocimiento de las propias limitaciones.

Ya que entre sus labores principales son de: prevenir, promocionar y representar a la salud, por lo mismo debe realizar la labor con una conducta personal honorable, decorosa, considerada y respetuosa, acorde con la majestad e imagen de su profesión. (8)

Pero antes de introducirnos a este tema debemos considerar que es la enfermedad. El Diccionario Médico señala que la **enfermedad** es: “toda alteración no accidental del estado de salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido”.

¹⁵ Hospital Municipal Los Pinos de la ciudad de La Paz, consideraciones de profesionales en salud.

Las enfermedades pueden ser vistas de muchas formas:

- **Según su duración.-** agudas, sub agudas y crónicas
- **Por su distribución.-** según la población que afecta y su extensión o no a otras áreas geográficas.
- **Según su etiopatogenia.-** según la causa y la fisiopatología consecuente.

Este pequeño preámbulo nos lleva a considerar que las enfermedades no son iguales en ninguno de los casos y que estas a su vez pueden reaccionar de diferente forma según el sitio geográfico. La sociedad muchas veces por falta de conocimiento cataloga a cualquier proceder como negligente sin saberla diferenciar.

Pero comprendamos que para la atención médica, el médico debe actuar siempre en función del interés del paciente, brindándoles todos los cuidados necesarios y fundados en conocimientos científicos consagrados, solicitando la colaboración de otros médicos cuando el caso lo requiera.

Para la aplicación de cualquier diagnóstico el paciente tiene derecho a recibir información comprensible sobre su estado, condición y grado de enfermedad para otorgar su consentimiento para la realización de cualquier procedimiento o tratamiento médico.

La guía Básica de Conducta Médico Sanitario manifiesta claramente los derechos de los pacientes y que el diagnóstico médico deberá enmarcarse dentro de estos requisitos, los pacientes deberán recibir atención integral en salud, oportuna y de acuerdo con su estado de salud enfermedad, respetando siempre sus costumbres creencias y valores étnicos y culturales, además de ser examinado delicadamente con el máximo respeto a su intimidad y corporalidad, guardando la confidencialidad de toda la información que de forma directa e indirecta fue conocida respecto a su persona y su estado de salud.

Además que toda la información referida sobre cualquier método diagnóstico o terapéutico, es necesario informar al paciente, sus familiares o apoderado legal y registrar en la historia clínica correspondiente. ¹⁶

El Código de Ética de Bolivia en el art. 128. Señala que el Expediente Clínico constituye un conjunto de documentos escritos de orden médico legal, de propiedad del médico en el ejercicio privado y de las instituciones públicas o particulares en el ejercicio institucional. Debe contener toda la información sobre la apreciación y evolución clínicas, los procedimientos clínicos, los procedimientos médicos efectuados y los exámenes complementarios realizados. (9)

Pero es necesario saber que es la Historia Clínica; ya que es el documento principal del Expediente Clínico, que a más de señalar los datos generales del paciente y sus antecedentes, personales, familiares, no patológicos, patológicos [...]; describe las condiciones actuales de su estado de salud-enfermedad, investigativas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento. (25)

Por ello la Historia Clínica es uno de los elementos más valorizados cuando se hace la evaluación de un supuesto acto de mala praxis. Una buena historia clínica es la mejor protección del médico y se convierte en clave para lograr una absolución. Una historia pobre y desprolija e incompleta puede transformarse en la más eficaz pieza condenatoria.

Entonces el Expediente Clínico debe contener:

- Historia Clínica propiamente dicha;
- Indicaciones,
- Evoluciones,
- Anotaciones de enfermería,

¹⁶ Código de Ética y Deontología Médica – Derechos del paciente, capítulo XV, pág. 15

- Estudios complementarios,
- Consentimiento informado.

Sin embargo hay situaciones en las que se consideran especiales como ser el caso, en que el paciente este en estado de inconciencia incapacidad mental o legal del paciente, en esos casos el médico debe requerir el consentimiento informado, como señala el Art. 143 del Código de Ética y Deontología Médica.

¿Pero qué es el consentimiento informado?

“Consentimiento informado es la potestad que tiene el paciente de aceptar libremente y sin presiones, que por necesidad diagnostica o terapéutica, se practique en su propio cuerpo algún procedimiento clínico, laboratorial, imagenológico o instrumental, previa explicación clara de quien lo tenga que practicar, con el fin de que el paciente sepa y comprenda como será realizado y cuáles son sus beneficios y eventuales riesgos o perjuicios, a más de obtener respuesta a sus preguntas o inquietudes”. (25)

El consentimiento informado se enmarca, primero, en el derecho que tienen los pacientes y sus familiares de recibir información, segundo, en el principio ético denominado autonomía, es decir la capacidad de él o la paciente de aceptar o rechazar la propuesta de diagnóstico y/o tratamiento del proveedor de salud, a partir de información oportuna clara y verdadera.

El consentimiento informado es un documento médico legal. El mismo expresa la información completa del procedimiento terapéutico o diagnóstico a realizar, sus indicaciones, riesgos y resultados probables, así como la comprensión total del enfermo y/o sus parientes o responsables legales.

El consentimiento informado constituye una prueba de la comprensión de la situación por el paciente y/o familiares, así como la decisión de elegir un mal menor para prevenir o evitar uno mayor que puede ser el agravamiento de la salud, o incluso la muerte.

Pero el consentimiento informado no excluye la responsabilidad profesional médica u odontológica del daño emergente de una mala praxis. (26)

El llenado de este formulario es sin duda conveniente para deslindar responsabilidades de sucesos previsibles y debe ser obtenido por ejemplo, cualquiera sea la magnitud de la cirugía. Esto a su vez ayuda a reducir la ansiedad del grupo familiar por la situación existente y que puede ser agravada por falta de información y poco entendimiento.

Esto también puede ser una oportunidad para que el paciente y familiares formulen preguntas sobre la situación y saber que puede ocurrir algún riesgo futuro en el paciente, o de que surja después algún problema en la relación con el paciente y el profesional de salud.

2.3. MALA PRÁCTICA MÉDICA COMO DELITO

Existen muchos autores que dicen que si la ley interfiere en la medicina se tornaría un tanto peligroso, ya que la Ley delimita un marco de actuación y esto dejaría la realización de algunas prácticas médicas.

Por lo tanto se debería guardar cierta distancia entre el Derecho y la Medicina ya que son dos ciencias distintas que son ramas que complementan a la sociedad.

Para que una actuación pueda transformarse en delito es necesario recordar la teoría jurídica del delito “la Teoría del Delito es un sistema categorial clasificatorio y secuencial que se elabora a partir del concepto básico, los diferentes elementos esenciales comunes a todas las formas de aparición del delito”.¹⁷

Como estructura del delito tenemos a la acción, antijurídica y culpable.

La acción para la concepción finalista, es la conducta humana dirigida por la voluntad hacia un determinado resultado. Mientras que para la concepción social, la acción es la

¹⁷ Muñoz Conde F., Derecho penal parte General

realización voluntaria de consecuencias relevantes para el mundo social y voluntariamente realizadas por el hombre. ¹⁸

La tipicidad se refiere al encuadramiento de la conducta humana al tipo penal, es decir la existencia del tipo dentro de la norma penal, en caso de la mala práctica médica, no es vista como un delito, ya que se carece de la tipicidad, por tal razón creo importante la realización de la tipificación para el cumplimiento de los requisitos que señala la Teoría del Delito.

La Antijuricidad es el “acto voluntario típico que contraviene el presupuesto de la norma penal, lesionando o poniendo en peligro bienes e intereses tutelados por el derecho que va en contra del derecho.

Finalmente la culpabilidad, que es la “situación en la que se encuentra una persona imputable y responsable, que pudiendo haberse conducido de una manera no lo hizo por la que el juez le declara merecedor de una pena; es la situación en que se encuentra una persona imputable y responsable”. Sea la omisión propia o impropia, rigen también las reglas del delito comisión en todo lo relativo a la capacidad de culpabilidad y al conocimiento de la prohibición.

Como vimos la mala práctica médica no es un delito por falta de tipificación sin embargo reúne la **antijuricidad** ya que el médico negligente va en contra de un bien jurídico protegido por la Constitución y que además reúne los elementos necesarios de la culpabilidad.

En la omisión se aplican las reglas que determinan la antijuricidad en los delitos de acción. Por lo tanto, sea un delito propio o impropio de omisión, el comportamiento es contrario a derecho si no está justificado por una norma permisiva.

¹⁸ SAINZ Cantero, Lecciones de Derecho Penal, parte General.

La teoría finalista afirma que la finalidad es la espina dorsal de la acción humana. La acción sin finalidad no es más que un proceso causal (concepto elaborado por la doctrina anterior).

La teoría causalista en apego a la teoría naturalista todo se explica a través de causas y efectos de causas: el “impulso de la voluntad” causa como efecto el movimiento corporal o comportamiento, el que, a su vez, es causa del resultado externo que es su efecto. Es por eso que Beling entiende por acción un comportamiento corporal voluntario consistente en un hacer (inervación muscular) o en un no hacer u omisión (distensión muscular, inercia) que causa un resultado en el mundo objetivo. (27)

La conducta humana que sirve de base al tipo penal puede consistir en un "hacer" o en un "no hacer".

El delito de **comisión** es el **hacer** lo que la ley prohíbe, por ejemplo: el aborto (Art. 263 CP), realizarlo sin ni siquiera ser profesional, es una agravante más a este delito además de no tener precaución, cuidado ni la habilidad profesional. Pero existen circunstancias en que se puede presentar delitos dolosos, los cuales ocurren cuando el prestador de los servicios de salud viola a conciencia la ley y está enterado de las consecuencias que dicha conducta trae consigo. Hay muchos ejemplos reales de esto por ejemplo el aborto criminal, la inducción del suicidio, cirugías simuladas o innecesarias, tratamientos médicos no justificados con fines lucrativos.

El concepto de omisión solo se refiere a aquellos comportamientos pasivos que producen consecuencias jurídicas. Por esta razón no todo comportamiento pasivo consiste en un "no hacer" equivalente a una omisión en sentido penal, porque para que tuviera relevancia penal es necesario hacer un juicio normativo negativo.

En los delitos de **Omisión o no hacer** lo que la ley manda, vulnera la norma imperativa. Por ejemplo: Ejercicio ilegal de la medicina Art. 218 CP., Al delito de no hacer, la ausencia de la acción determinada se añade la aparición de un resultado, en este caso provocar alguna lesión temporal o permanente, o la pérdida de la vida. En estos casos se

trata de un "no hacer", pero ese "no hacer" tiene que ser relevante penalmente, porque hay unas omisiones que no dan lugar al delito y otras sí.

Los Delitos de Omisión responden a un principio de solidaridad humana en virtud del cual se responsabiliza a un sujeto que es el que omite, a realizar una determinada prestación dirigida a la salvaguarda de un bien jurídico o a que no impida la producción de un resultado típico estando obligado a ello.

Entonces la mala práctica será considerada como delito cuando configura un defecto o una omisión o un hacer menos, o dejar de hacer o hacer lo que no se debe, no guardando la precaución necesaria o tener indiferencia a las normas establecidas.

Y sumando a esto el dinamismo inevitable que también afecta a la mala práctica médica hoy en día pasando a ser:

“[...] una actividad lucrativa de significativa importancia económica y tal actividad encuentra a través de la figura de **la empresa a un verdadero factor de producción de bienes y servicios** vinculados al área de la salud pública”.¹⁹

La salud en este tiempo se convirtió en una forma de lucrar, es por eso que ahora se puede observar una cantidad creciente de centros médicos, clínicas privadas que lastimosamente no cumplen con los requerimientos básicos de salubridad ni mucho menos tienen control de calidad de ninguna autoridad una vez en funcionamiento, a pesar de que existen muchas normas sanitarias. Sumado a ellos el desconocimiento de las leyes y normas sanitarias por parte de los profesionales en salud.

Por lo que esto nos lleva a comprender que estos centros médicos simplemente van en busca de mayor ventaja económica, que lastimosamente para saber un diagnóstico exacto o determinar que enfermedad tiene el paciente, se debe recurrir a ciertas clínicas que son las únicas que cuentan con equipos y máquinas de última generación, que reitero “solo se

¹⁹ RODRÍGUEZ M. Jordán, Mala Praxis Médica: Responsabilidad penal, civil y administrativa. P 61

encuentran en las clínicas privadas” que además son muy caras y a pesar de que el Estado garantiza la vida y la salud el paciente es quien debe cubrir estas sumas altas de dinero.

La mala praxis es considerada delito cuando, el accionar del profesional con imprudencia o negligencia, impericia e inobservancia de los reglamentos y deberes a su cargo provoque un daño en el cuerpo o en la salud de su paciente, sea este daño total o parcial.

“La mala práctica de la medicina, se define como una violación de los principios fundamentales y no como una diferencia de opinión. La inobservancia de los señalamientos de la *lex artis medicae*, la deontología médica, de las normas o leyes para el ejercicio profesional, conduce necesariamente a la mala práctica”. (17)

Es el descuido, omisión o falta de aplicación de diligencia, en la ejecución de un acto médico. Es decir, es la carencia de atención durante el ejercicio médico. Es decir que el médico tiene la obligación de hacer y ver al paciente de manera integral, para así, poder conjugar los aspectos cultural, psicológico y finalmente fisiológico de cada paciente, pues, el paciente no es un órgano enfermo, es una persona en toda su integridad.

Pero negligencia médica es la mala praxis en el ejercicio de la profesión; acto que no está respaldado por los protocolos y normativas vigentes.

Es por ello que se puede afirmar que el error médico es sancionable penalmente, como claro ejemplo de este, es el Homicidio culposo Art. 260 del Código Penal, en el peor de los casos en el que el paciente pierde la vida a causa del error o la mala praxis. Podemos clasificar como delitos de comisión por omisión.

2.4. DOCTRINA NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE MALA PRÁCTICA MÉDICA

La definición sobre la mala práctica médica, brinda varios puntos, que tienen gran importancia principalmente en la doctrina nacional e internacional se analiza la pérdida de la ética en los procedimientos utilizados, como también las pésimas condiciones en las

que viven ciertas poblaciones del mundo, en donde el trabajo del médico se hace imposible de realizarlo con mayor tranquilidad.

Dentro de la doctrina internacional, los casos de mala práctica médica el enfoque básicamente es sobre la relación causal, cuya principal base es el estudio de la responsabilidad pudiendo ser directa.

DOCTRINA NACIONAL:

La mala praxis en Bolivia ha sido tomada en cuenta recientemente en los últimos años, como un problema que va en constante crecimiento debido a las denuncias efectuadas en los medios de comunicación y algunas otras ante las autoridades correspondientes. Pero algunos galenos afirman que existen muchos vacíos legales en esta problemática; debido a que la población desconoce el tema inclusive contradictoriamente ni los propios profesionales en salud están informados sobre este.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, se puede observar que existen normas que no son lo suficientemente explícitas y pasan superficialmente la Mala Praxis, la doctrina nacional señala muy poco por así decirlo y que recientemente se presentó un ante proyecto de ley sobre la negligencia médica ante la Asamblea Legislativa Plurinacional pero que hasta la fecha no se concretó nada al respecto siendo este un gran riesgo para la población que va en crecimiento y junto a esto nuevas formas de negligencia.

La Red Nacional de Gestión de Calidad dependiente del Ministerio de Salud señala: **“localidad es el principio doctrinal”** que debe estar inmerso en toda actividad del sistema de salud estructurado y que llegue a todos los establecimientos y niveles de complejidad con una relación de interdependencia de calidad entre ellos, tanto para el nivel Nacional Central, como el nivel departamental descentralizado de los SEDES, y el local municipal organizado en red y que todos cuenten con monitoreo, seguimiento y control de calidad, tanto al interior de su organización, como los centros asistenciales.

PRONACS toma como marco de referencia acerca de la Negligencia a la **Doctrina de Calidad** que es en esencia la condición o conjunto de condiciones que permiten **hacer bien hechas las cosas**, sean estas acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes lo reciben. (28)

La doctrina nacional es sin duda una de las más pobres al respecto de esta problemática en Latinoamérica, como es de conocimiento existen muy pocas normas que establecen pautas acerca del desarrollo del profesional en salud, como el Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia, dentro de esta el Código de Ética y deontología, la Ley N° 3131, Guía Básica de Conducta Médico - Sanitaria, Aspectos de Medicina Legal en la Práctica Diaria, los Comités de Auditoría, PRONACS, INASES, que señalan simplemente las formas de actuar del profesional.

El Estatuto Orgánico del Colegio Médico de Bolivia define un reglamento para constituir Tribunales de Ética y Deontología a niveles nacionales, departamentales y provinciales con el fin de realizar un proceso Ético Deontológico, estando en juicio la moral, el comportamiento, la actuación profesional, el prestigio y el futuro de quienes estén encausados.

Definiendo a los tribunales como organismos autónomos competentes para conocer y resolver los procesos Ético-Deontológicos quienes gozan de absoluta autonomía de gestión, presupuesto propio y asesoría jurídica para su especial y específico funcionamiento. (29) Ver anexo N° 1 proceso ético.

La Ley N° 3131 solo manifiesta un principio descrito en el Art. 3 inc. a) “La profesión médica está consagrada a la defensa de la vida, cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad”. (30) sin embargo como podemos observar no existe ninguna norma específica sobre la Negligencia Médica.

La Resolución Ministerial N° 0090 de fecha 26 de febrero de 2008 toma un punto de referencia muy importante de la Constitución Política del Estado, en el art. 158 estableciendo que “el Estado tiene la obligación de defender el capital humano

protegiendo la salud de la población...”²⁰ concordante con el Código de Salud de la República de Bolivia el art. 2 “La salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad”.²¹

“La calidad como esencia y principio de las actividades en salud”, un párrafo de la Guía Básica de Conducta Médico – Sanitaria; pareciera que la razón de ser de cada institución o establecimiento que abre sus puertas para ofrecer servicios no es suficiente sino que la aceptación debe ser **necesaria e imprescindible de calidad, esta a su vez comprendida como calidad de gestión y resultado.**

El Colegio Médico de Bolivia elabora en estricto cumplimiento a los principios y filosofía Hipocrática, el Código de Ética y Deontología quienes se adhieren a sus postulados y recomendaciones, teniendo como base introductoria que el ejercicio de la Profesión Médica debe ejercerla con humanismo, conocimiento, competencia, responsabilidad y amor al paciente; observando siempre que tome en cuenta el principio de no maleficencia en el sentido de no causar daño al paciente y evitarle sufrimiento.

Es por tal razón que este Código explica en su Art. 3º.- “**Ejercicio de la Medicina;** el ejercicio de la Medicina implica Responsabilidad Profesional y compromiso Moral, individual y colectivo de los médicos con las personas y con la sociedad”. (9)

DOCTRINA INTERNACIONAL:

La moderna Teoría de la imputación objetiva nos invita a ver los desarrollos sistemáticos para realizar la tarea de atribuir objetivamente el hecho, mismos que han sido amplios en el transcurso del siglo XX, el tema no reportaría novedades significativas, salvo en cuanto al método. Sí las trae al ámbito jurídico-penal, el deseo de parte de la doctrina de presentar lo que puede constituir una nueva teoría del delito, tomando como base ideas provenientes de los criterios que ella misma elabora para imputar objetivamente el hecho, con lo cual

²⁰ Constitución política del Estado anterior Art. 158.

²¹ Código de Salud de la República de Bolivia Art. 2

añade al análisis de la imputación del resultado, el estudio de la imputación objetiva del comportamiento.(31)

La moderna Teoría de la imputación objetiva y la actividad curativa. Sostenía que la imputación objetiva describía aquel juicio por el cual determinado hecho aparecía como obra de un sujeto, es decir que era imputable jurídico penalmente aquel resultado que podría ser considerado como obra del autor y estará destinado al fracaso todo intento de basar al juicio de imputación en un mero juicio causal.

La tarea de la imputación objetiva será deslindar los sucesos accidentales que hayan tenido lugar en el hecho propio de un sujeto. El hecho propio aparece como una realización de la voluntad del sujeto. El hecho sería la acción, sus consecuencias, que el sujeto pudo abarcar por su voluntad.

Llegamos entonces a que la relación entre hecho y voluntad existe, cuando el suceso es previsible y dominable y la imputación será objetiva pues esa posibilidad de prever se medirá de acuerdo a un criterio general objetivo del hombre inteligente y prudente medio.

El resultado pertenecerá al autor si éste podía y debía evitar el resultado dirigiendo los acontecimientos por su voluntad. (16)

Si se toma como referencia básica el enfoque del problema por la vía de la causalidad física, el método que se asemeja al utilizado por la ciencia general del conocimiento consiste en procurar demostrar, con base en la experiencia, cuál es el origen del suceso. Esto sin dejar de apuntar que acudir a la experiencia implica, por sí, una limitación, pues no siempre existen en algunos temas médicos, antecedentes que permitan la comparación.

El fundamento de la imputación objetiva, es la acción peligrosa, jurídicamente desaprobada. El carácter peligroso de la acción lo debemos calificar ex ante, esto es, en el momento en que se realiza la acción, no cuando el resultado se produce. Si miráramos que

la acción fue peligrosa porque se produjo el resultado nos estaríamos ubicando en una perspectiva ex – post.

Si hablamos de que la acción es peligrosa, debemos señalar que peligro, es la probabilidad de un acontecimiento lesivo, concepto que es objetivo, porque se fundamenta en la experiencia, en la lógica.

Por ello el carácter peligroso de la acción solo puede ser calificado por un espectador objetivo que será el juez o el fiscal, quien de acuerdo a la lógica, las reglas de la experiencia, sus conocimientos y los que el autor de la conducta tuviera al momento de realizar la misma, podrá calificarla efectivamente como peligrosa o no.

- La realización del peligro.- Además que la acción sea peligrosa se requiere que la misma se materialice en la producción del resultado típico, esto es el resultado prohibido, por ello debe establecerse que el peligro creado se concrete en la producción del resultado, si el resultado que se produce no tiene una relación de riesgo con mi conducta a mi no se puede imputar el resultado. Si Juan que es cirujano, ingresa a operar ebrio, este ha creado un riesgo, pero si María en la operación muere porque el balón de oxígeno se quedó vacía en el curso de la operación, a Juan no se le puede imputar el resultado, porque bajo, esa óptica no existe una relación del riesgo entre la conducta del cirujano y la modificación del mundo exterior.
- La acción peligrosa tiene que estar desaprobada por el ordenamiento jurídico.- Esto implica que debe existir una contradicción con la norma, es decir, implica que la conducta se encuadre dentro de un tipo penal determinado. (32)

Siendo así, la intervención de peritos resulta imprescindible cuando (y es el caso de la Medicina) se requieren conocimientos superiores a los que posee el hombre común, porque **la indagación de la causalidad supone saber cuáles son las leyes naturales que la determinan** y eso requiere estudios especializados. En materia médica el juez no puede pretender suplir su ignorancia con las meras aproximaciones que le puede aportar el uso de la lógica; menos con sus conocimientos, que son los propios de un profano: Cuando un

juez quiere demostrar que sabe medicina, sin haber cursado la carrera, se transforma en un sujeto peligroso, por los errores que puede llegar a cometer.

Lo dicho precedentemente está indicando por sí que **la preocupación de este orden está centrada en los delitos de resultado material**(33) y es por eso que los modernos criterios de imputación objetiva fueron utilizados inicialmente con la convicción de que servían exclusivamente para resolver de mejor manera los problemas relacionados con esos hechos; en especial los culposos. Como que alguna doctrina (por ejemplo Struensee) siguió opinando que los hallazgos realmente importantes se reducen al descubrimiento y la elaboración detallada de los conceptos, violación al cuidado y relación de antijuridicidad.

Pero sin perjuicio del propósito de ceñir nuestra exposición a los sucesos culposos provenientes de la actividad médica; excluyendo de esta forma las conductas dolosas, de todas maneras hay que señalar la existencia de algunos modelos, que resultan esclarecedores de ciertos enfoques dogmáticos que procuran abarcar la totalidad de los hechos: Así Jakobs acepta que los problemas de causalidad afectan en la práctica sólo a los delitos de resultado en sentido estricto, pero a su vez él distingue entre la imputación objetiva del comportamiento y la imputación objetiva del resultado, (34) con lo que aparecen separados los dos aspectos del tema.

Por ejemplo la legislación argentina señala que, un principio general del derecho y la legislación subsecuente, indica tanto a los Jueces como a los particulares, que quien demanda por un daño debe probar no solo la magnitud del daño, sino también que dicho daño es una consecuencia natural del accionar mal práctico, ello no resulta ni es considerado siempre así por parte de la Doctrina Jurídica. (35)

La doctrina emanada de los fallos judiciales engloba solidariamente, como agentes de la mala praxis, a todos los profesionales de la salud desde Instituciones Médicas, médicos hasta enfermeras y auxiliares, que hayan participado en la atención del paciente dañado,

discerniéndose tan solo la gravedad de la pena o sanción económica, de acuerdo al grado de participación que los agentes de la salud intervinientes en el tratamiento, puedan haber tenido en la efectiva producción del daño.

El concepto Solidaridad implica, que todos y cada uno de los agentes intervinientes, son individualmente responsables por la totalidad del daño ocasionado, siendo facultad del Juez, de acuerdo a la prueba que se produzca en el juicio, atribuir o exceptuar a cada uno de los agentes de la salud intervinientes, de un mayor o menor grado o porcentual de responsabilidad en el hecho dañoso.(35)

Roxin ha tomado la posición antes vista de Horn y de Brehm, que hacía depender la punibilidad de una infracción del cuidado debido, en el mismo sentido que los delitos imprudentes, por lo que los delitos de peligro abstracto serían delitos imprudentes sin resultado. Pero a esta idea base le agrega la propuesta de Schünemann en el sentido de que la cuestión ya no dependería de la infracción objetiva del cuidado debido, sino de la subjetiva, por lo que habría que determinar el delito de peligro abstracto como una tentativa imprudente (en su caso incluso inidónea).(36)

Carlos Fontan Balestra se refiere al Homicidio culposo como una figura culposa autónoma, bajo las formas de quebrantar el deber de cuidado, la imprudencia, la negligencia, la impericia en un arte o profesión y la violación de los reglamentos, ordenanzas o deberes del cargo, enunciando la imprudencia como la falta de ejercicio de la condición de prever y evitar el peligro.

Muñoz Conde Francisco homicidio imprudente precisa de una acción sin la diligencia debida, la previsibilidad en producir la muerte de alguien y como nexo causal la producción del resultado.²²

²² Tribunal de Sentencia Sexto. Sentencia 5/2013

2.5. BIENES JURÍDICOS AFECTADOS

El paciente al acudir al médico está poniendo toda su integridad personal, en manos del médico por ello no debe olvidar la vida, la dignidad y la economía personal de su paciente y se circunscribe integralmente a la calidad y eficacia con la cual desarrolle actividades profesionales.

En virtud a este acápite se generan ciertos factores que pueden conducir a afectaciones o beneficios a determinados bienes jurídicos ligados al ejercicio de la profesión médica.

La vida constituye el bien fundamental y esencial de la persona y de toda la sociedad y es devastador perderla por culpa de la negligencia de una persona en quien se confió para que cure una dolencia, así como la propia constitución lo consagra de manera absoluta.

La profesión médica está consagrada a la salvaguarda de la vida, al cuidado de la salud integral de la persona, la familia y la comunidad y el deber fundamental que tiene el médico es el de cuidar la vida y hacer posible de curar al que lo necesita, por esa razón es importante que el médico ejerza su profesión con conciencia absteniéndose de cualquier acto irregular que le traerían consecuencias perjudiciales.

Por lo tanto es evidente que la vida humana como valor supremo dentro de la escala relativa de bienes jurídicos, deba de ser objeto de protección de ese tipo de comportamientos, en tanto signifiquen su vulneración efectiva, es así como lo afirma la Constitución Política del Estado en el Capítulo Segundo en el artículo 15, par. I “Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física...”, como un Derecho Fundamental, sin embargo esta va de la mano con el otro bien jurídico en cuestión, la Salud; el Art. 18 señala que toda persona tiene derecho a la Salud, situando a este como uno de los derechos de igual trascendencia que la propia vida, como lo declara en su Disposición General del parágrafo III que la clasificación de los derechos establecida en esta Constitución no determina jerarquía alguna ni superioridad de unos derechos sobre otros.²³ Siendo el

²³ Constitución Política del Estado Plurinacional Art. 13 par. III

mismo Estado quien garantiza la inclusión y el acceso a este derecho, sin exclusión ni discriminación alguna; en el presente trabajo es muy importante saber que la salud no es simplemente un derecho enunciado sino que es un derecho universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. (37)

CAPITULO III

SITUACIÓN DE LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN LA CIUDAD DE

LA PAZ

En la ciudad de La Paz, pudimos observar que existen muchos casos señalados como negligencia médica, pero no identificados como tales por profesionales expertos sino que solo llegan a ser denuncias de posibles negligencias, ya sea ante el mismo nosocomio y a la Fiscalía del Distrito sin embargo se quedan en la etapa investigativa, o por ultimo llegan a acuerdos transaccionales entre las partes con el fin de evitar problemas, por eso recurrimos a la fiscalía del distrito de la ciudad de La Paz y consultamos acerca de esta problemática y nos informan algunos funcionarios que por la falta de fundamentación objetiva solo son denuncias contra la integridad corporal y la salud, para posteriormente de acuerdo a procedimiento recién se lo tipifique como una mala praxis del ejercicio médico que va en contra el bien jurídico protegido la vida, ya que muchas veces los prejuicios y el celo de parte de los familiares es extremadamente anticipado aun a sabiendas de que no se tiene los conocimientos básicos para afirmar de una supuesta negligencia médica.

3.1. SITUACION Y TENDENCIAS DE LA NEGLIGENCIA, LA IMPRUDENCIA, IMPERICIA Y SECUELAS

La Negligencia Médica, puede darse a causa del INCUMPLIMIENTO de los reglamentos, impericia e imprudencia es decir una actitud de Indiferencia o Menosprecio a las disposiciones dictadas por la autoridad de que se trate. Obrar precipitado o irreflexivo, que no tuvo en cuenta las consecuencias que de ello podían derivar, la falta o insuficiencia de aptitudes para el ejercicio de una profesión, es hacer lo indebido. La Negligencia; no hacer lo debido.

También se podría considerar la insensibilidad al dolor humano, como una tendencia importante debido a muchos factores como ser la carga de trabajo y las largas horas de servicio ya que muchas veces sobrepasan las 24 horas atribuyéndolo así al desgaste físico natural que puede ser mental o corporal; algún otro personal en salud muestran una actitud soberbia un trato despótico.

Y sin el ánimo de exagerar existen médicos que trabajan sin la mínima ética profesional, contestando el celular en el quirófano, por ejemplo; otros médicos sin estudios de especialización y con complejo de sabelotodo, realizando mala práctica, consecuentemente haciendo noticia en la crónica roja.

Las cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud sobre mala praxis y negligencia médica son alarmantes, pues, los casos crecieron de forma desmesurada, mostrando que la salud y la vida de la población están en peligro. (38)

La negligencia es sinónimo de descuido y omisión. Es la forma pasiva de la imprudencia y comprenden el olvido de las precauciones impuestas por la prudencia, cuya observación hubiera prevenido el daño.

Descuido u omisión, falta de esfuerzo. Desinterés, desidia, apatía, dejadez, abandono, desgana, indolencia. (10)

La Impericia.- que esta genéricamente determinada por la insuficiencia de conocimiento para la atención del caso, que se presume y se consideran adquiridos, por la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión, asimismo es la incapacidad técnica para el ejercicio de una función determinada. Falta o insuficiencia de aptitudes para el ejercicio de una profesión.

- Existe una *impericia absoluta* cuando se obra fuera del campo en que uno estaba autorizado por el propio título académico.
- Existe *impericia relativa* cuando aun estando autorizado por el propio título profesional se revelara escasa competencia técnica. Ejemplos de actos médicos

por impericia se presentan cuando se diagnostica un embarazo ectópico en el caso de una obstrucción intestinal o en el caso de una operación de un diabético sin la realización del riesgo quirúrgico, en el que en el análisis de orina pudiese aparecer signos de diabetes, produciéndose en ambos casos un desenlace fatal que podría haberse evitado con un mínimo de pericia. Podemos encontrar otros ejemplos en los famosos abortos, cuando se perfora el útero al efectuar un raspado en una paciente que luego muere por peritonitis; o en la aplicación de anestesia raquídea en una operación de hemorroides que ocasiona una paraplejía.

Impericia, es también la falta total o parcial, de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en el ejercicio de la medicina.

Es decir, es la carencia de conocimientos mínimos o básicos necesarios para el correcto desempeño de la profesión médica.

Falta de pericia o de experiencia, ineptitud, incapacidad, torpeza, incompetencia. Inexperiencia. Se supone que un médico que entiende que no puede hacerlo, debe referir al paciente a otro médico que pueda brindarle las atenciones que el paciente necesita. Esta es una norma que aplica también a los dentistas y otros profesionales de la salud. Si él médico no actúa conforme a lo expresado, podría incurrir en responsabilidad por impericia profesional, denominada en el idioma inglés como "medical mal practice". (10)

Imprudencia: Es realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones; es decir, es la carencia de templanza o moderación. Obrar precipitado o irreflexivo, que no tuvo en cuenta las consecuencias que de ello podían derivarse.

O también, la conducta contraria a la que el buen sentido aconseja, emprender actos inusitados fuera de lo corriente, hacer más de lo debido; eso implica una conducta peligrosa.

Es la violación activa de las normas de cuidado o cautela que establece la prudencia, actuando sin cordura, moderación, discernimiento, sensatez o buen juicio.

En el sentido estricto se identifica con el conocimiento práctico y por lo tanto idóneo y apto para la realización del acto médico (experiencia, comprensión del caso y claridad).
(10)

SECUELAS

El asunto es muy serio, pues, la mala práctica médica causa daños permanentes en los pacientes que sobreviven y pierden la calidad de vida. Sin contar el trastorno y el dolor que causa a la familia cuando el paciente se queda impedido de valerse por sí mismo. Tristemente, son vidas repentinamente alteradas, por manos en las que se confió a la salud.

Podría decir que los casos de negligencia médica acarrear muchas y diferentes consecuencias es por ello que mencionaremos algunas de ellas en el presente trabajo:

- Pérdida total o parcial de la salud, lo más destacado.
- Afectación de la relación personal de salud-paciente.
- Juicios civiles y penales, esto implica a su vez;
- Costos elevados
- Deja profundas huellas psicológicas y físicas que tienen larga data y que afectan a toda la familia.
- Pérdida de la confianza,
- Pérdida de la seguridad;
- Pérdida de la satisfacción de los usuarios.

Pero no podemos dejar de lado que el profesional médico o el personal en salud también sufren las consecuencias por la mala práctica, siendo afectado de igual forma. El profesional acusado por mala praxis, mientras dure el proceso de investigación no podrá retomar sus funciones propias de médico que en otro sentido sería la pérdida de su fuente de trabajo y que como mínimo castigo tendrá que soportar el desprestigio profesional, personal y ético además del reproche de la sociedad y muchas veces la pérdida de la

matrícula profesional, que sería la inhabilitación total del ejercicio esto significaría que está siendo afectado en sus ingresos y lo peor perder la libertad corporal.

3.2. LA MAGNITUD DE LA NEGLIGENCIA MÉDICA

La negligencia médica es una problemática que lamentablemente genera un sinnúmero de consecuencias que se magnifican principalmente en la cuestión moral hablando del profesional y la vida que nunca volverá a ser, en el peor de los casos o dejando impedimentos totales en los pacientes.

A pesar de que este delito está tipificado como culposo la magnitud que ocasiona una negligencia médica es ANTIJURIDICA, porque viola normas establecidas en nuestro ordenamiento penal y finalmente es PUNIBLE porque debe merecer una sanción y además de que viola un derecho fundamental del ser humano que es el DERECHO A LA VIDA.

Es esta conducta típicamente antijurídica y culpable descrita por la ley cuyo resultado es la pena o las medidas preventivas o represivas.

La magnitud que provoca en la demanda de control sobre la negligencia médica a crecido alarmantemente es así como la OMS estima que, cada año, a escala mundial, más de 10 millones de PACIENTES son VICTIMAS DE ERRORES MEDICOS que les producen lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia directa de dichas prácticas médicas peligrosas. Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados instan a una intensificación de las investigaciones encaminada a mejorar la SEGURIDAD del PACIENTE. (39)

La Unidad de Transparencia del Ministerio de Salud recibe a diario al menos siete denuncias, a través de su línea gratuita de reclamos. Hay tres categorías que son las más recurrentes.

“La línea recibe al menos siete denuncias cada día. La mayoría proviene del interior del país por la distancia y las dificultades para acceder a instancias que atiendan denuncias”,

informó el jefe de esta unidad, Marcelo Sainztein. Detalló que desde enero registraron 200 quejas en todo el país, según un informe preliminar, porque aún realizan el conteo de todas las tipologías.²⁴

3.3. TIPOS DE NEGLIGENCIAS.

En el presente trabajo de investigación queremos identificar que no solo existe negligencia médica sino que existe la clasificación de los factores que llevan a la negligencia:

La Negligencia Médica

Propiamente dicha.- Cometida por el médico tratante. Ejemplos:

- Los malos tratos.
- La falta de información, los nosocomios de la seguridad social son los más denunciados.
- Olvido de material médico dentro del cuerpo del paciente en el transcurso de una operación quirúrgica.
- Una prescripción inadecuada de los medicamentos al paciente.
- El factor tiempo resulta fundamental a la hora de emplear los procesos adecuados. Un diagnóstico tardío o no detectar un problema a tiempo puede dar lugar a un error médico irrecuperable.
- Errores en intervenciones quirúrgicas con resultados que pueden ser lesivos para el paciente.
- Una de las negligencias pasadas a la ligera es la letra del médico poco entendible.
- Los errores médicos más mediáticos son los ocasionados tras una cirugía estética, con la voluntad del paciente. Es en estos casos donde se producen las negligencias médicas más llamativas al realizarse intervenciones desde la mala praxis, como pueden ser los casos de liposucción, adelgazamiento -reducción de grasas o reducción de estómago-, intervenciones faciales o implantes de mama.

²⁴http://www.la-razon.com/sociedad/Salud-recibe-denuncias-dia_0_1918008301.html

- Severas Lesiones de nacimiento - Parálisis cerebral, Parálisis de Erb, Distocia de hombro
- Daños producidos por la radiación excesiva del paciente.
- Resultado anormalmente desproporcionado con lo que es habitual y usual comparativamente, por ejemplo: Fallecimientos o lesiones graves sucedidos durante el transcurso de intervenciones quirúrgicas sencillas o tratamientos médicos sin complicación.
- Recetas hechas mediante teléfono y ahora mediante páginas de internet.

Negligencia Hospitalaria.

- Daños ocurridos como consecuencia del funcionamiento interno del propio hospital, mencionemos algunas:
- Falta de condiciones sanitarias casos como infecciones hospitalarias por insalubridad o mal estado de las condiciones materiales del centro suelen ser los casos más impactantes al tener una relación directa con la falta de condiciones económicas de un país o la falta de recursos de una empresa privada.
- No cuenta con aparatos de electro shock para reanimaciones.
- Caídas de camillas o de sillas de ruedas imperfectas;
- Daños producidos por el propio material quirúrgico, como quemaduras producidas por bisturí eléctrico o incluso electrocuciones, debido al mal mantenimiento y antigüedad.
- El centro médico, frente a una operación que pueda llevar secuelas o conlleve un alto riesgo, debe cerciorarse de que facilita toda la información al paciente antes de someterlo a una intervención de ciertas características.
- Otros casos de menor frecuencia relacionados con las condiciones físicas de una clínica son el propio estado del material quirúrgico y la maquinaria de radiación. En los casos de radioterapia, o transfusiones sanguíneas se debe extremar la precaución al tener un alto componente de riesgo.

- En los casos de atención sanitaria pública la relación de falta de asistencia por falta de medios en situaciones de urgencia tienen un componente de gran impacto para las condiciones de Estado de Bienestar de un país.

Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, en este se tiene la evidencia más grande de la **Negligencia Hospitalaria** aun siendo este de tercer nivel. El periódico de circulación nacional, La Razón, de fecha 6 de octubre de 2011, en un recorrido que realizó por seis de las 17 unidades que tiene el nosocomio, se evidenció una serie de inconvenientes. Por ejemplo:

- En muchas salas no hay gasas para hacer las curaciones y en su lugar se usa algodón.
- El instrumental tiene años de empleo, hay piezas ensarradas y sin su color original. Las frazadas son viejas y en vez de gradillas (para subir o bajar de las camas) se usan taburetes.
- Respecto a los equipos médicos, como los de Rayos X y el tomógrafo, entre otros, están en reparación.
- En tanto que otros funcionan “a medias” por la falta de repuestos o arreglos. Además, solo está en buen estado un aparato para esterilizar el instrumental de los quirófanos, el autoclave.

La directora del Hospital de Clínicas, Ruth Calderón, en su descargo, manifestó que esta precariedad se debe a temas administrativos.

Reconoció que los detectores del tomógrafo están malogrados y que la máquina está paralizada.

- “El (aparato) tomógrafo empezó a trabajar el 2007, luego tuvo algunas fallas y no funciona por falta de detectores. La reparación demanda un millón de bolivianos; hemos logrado que la casa matriz nos haga un descuento y se pagará 430.00 bolivianos”, indicó.

El (4 de octubre de 2011) empleados de la institución salieron en protesta. Exigieron la renovación del material de dormitorio, de curaciones, el arreglo de

las goteras en algunas salas y la compra de equipos, entre otras solicitudes. Afirmando que:

- “No tenemos las condiciones para trabajar en varias salas, por ejemplo en quirófano tenemos un **autoclave del año 1938**. Sirve para esterilizar el material, pero por su antigüedad no ofrece la misma garantía”.
- La directora del Hospital de Clínicas sostuvo que las máquinas de Rayos X (que tienen más de 40 años) estaban funcionando, según le habría informado la jefa del área. Sin embargo, un letrero de la Unidad de Electromedicina colocado en el equipo central indica que esta en reparación.
- El tomógrafo dejó de funcionar hace dos años.
- En el área de Hemodiálisis, las camas se alzan con taburetes, hay goteras y hacinamiento.
- Un empleado contó que de los tres equipos para tomar placas médicas, dos están inservibles. El tercero, que es digitalizado, está malogrado. “Su monitor no funciona, además el aparato no se puede maniobrar, tiene algún problema en el contacto de la máquina”, explicó el funcionario. Existe gran demanda para el uso de los equipos, cada día unas 100 personas necesitan estos exámenes.
- En Hemodiálisis los ambientes son pequeños y la sala colapsó ante la demanda. Hay goteras y la cañería de la infraestructura está obsoleta, al extremo de que se usan las botellas plásticas de los sueros como cañerías. La creatividad del personal también convirtió a los taburetes, poco seguros, en gradas para que los enfermos suban o bajen de sus camas.
- Demandan: hace mucho, la compra de un monitor para las cirugías. Faltan colchones y otros.
- “Queremos que los pacientes tengan una atención de calidad” ²⁵

²⁵La Razón, 6 de octubre de 2011.

Negligencia del personal

Podemos ver que pueden ser de distinta manera:

- Personalno calificado, para cierto tipo de procedimientos, una enfermera practicante por falta de preparación en la realización de pruebas diagnósticas de riesgo sin la preparación y vigilancia necesarias;
- Prueba de esfuerzo cardíaco en la que fallece el paciente por un médico sí, pero no especialista cardiólogo.
- Mala práctica de las funciones de enfermería,
- El haber ocultado u omitida información ante el consentimiento del paciente.
- Por daños causados como consecuencia de las listas de espera. Daños que pueden consistir en: Fallecimiento por tardanza en realizar la prueba diagnóstica o la intervención quirúrgica.
- Agravamiento de la enfermedad debido a la espera.
- Por daños causados por no seguimiento de Protocolos y Guías médicas al uso.
- La falta de práctica de las analíticas indicadas en las Guías y Protocolos.
- Ingreso del personal de limpieza en quirófanos sin la precaución necesaria pudiendo ocasionar contagios al enfermo.

Negligencia Administrativa

Situaciones que escapan de la mano del profesional médico, cuando tiene toda la voluntad de cuidar y mejorar la salud de su paciente, sin embargo no existen los materiales quirúrgicos, ambientes apropiados, medicamentos necesarios, entonces en este punto se tendría que afirmar que hubo negligencia administrativa y oficiar se investigue porque razón el establecimiento de salud no procuro lo necesario para que el médico realice su trabajo. En el caso de que un paciente ingresa de emergencia, es necesario realizar de forma inmediata el diagnóstico y requerir pruebas necesarias de laboratorio, ecografía, dependiendo de la gravedad de su estado, para luego proseguir con un tratamiento, por ejemplo si no se tiene unas

simples gasas para cubrir alguna herida, lamentablemente no podemos evitar que surja un acto negligente pero no del médico sino del establecimiento de Salud.

- También se puede tomar como negligencia los errores de gestión. Que en vez de solicitar
- Por ejemplo, la directora del Hospital de Clínicas, Ruth Calderón, (gestión 2011) en su descargo, manifestó que esta precariedad se debe a temas administrativos.
- Sánchez (Sindicato Hospital) expresa que hace meses se hizo la denuncia a las autoridades del hospital, pero no hubo cambios.
- No prestarse la asistencia sanitaria de urgencia cuando se requirió por no estar presente el facultativo o por cualquier otro motivo, por ejemplo: retraso de la ambulancia o de los facultativos al llegar al lugar en el que se ha producido un siniestro o se requiere la asistencia urgente.
- Tardanza en atender a una persona con claros signos de sufrir un infarto o cualquier otra patología que requiera asistencia sanitaria urgente, ausencia de especialistas o retraso en requerirlos cuando se requiere su presencia con urgencia.
- Los hechos de corrupción son la segunda categoría más extensa, Sainztein explicó que mayormente es contra del personal de instituciones públicas de salud. ²⁶

3.4. DETERMINANTES EN LA NEGLIGENCIA MÉDICA – SOCIAL – PACIENTE.

El horario de trabajo.- un factor determinante en la Negligencia Médica, son dadas debido a los amplios horarios de trabajo ya que las jornadas son muy largas y esto provoca que el personal médico realice su función de forma automática, por ejemplo en los casos de Emergencias el trabajo es de 24 horas continuas en el menor de los casos y muchas veces se amplía a más horas y debido al cansancio al desgaste físico y enérgico que tiene el personal de salud y en estas situaciones se pueden cometer ciertos errores no deseados.

²⁶http://www.la-razon.com/sociedad/Salud-recibe-denuncias-dia_0_1918008301.html

El Estatuto del Médico empleado y de la carrera funcionaria clasifica a Las Jornadas de Trabajo en Jornadas Ordinarias, Jornadas Especiales y Jornadas Extraordinarias.

➤ **Jornadas ordinarias:**

Jornadas de 3 horas de trabajo con un máximo de 15 horas/semana (medio tiempo)

Jornadas de 6 horas de trabajo con un máximo de 30 horas/semana (tiempo completo).

Jornadas de 8 horas de trabajo para cargos con dedicación exclusiva, debiendo ser remunerados de acuerdo a carga horario.

➤ **Jornadas especiales:**

Médicos de Emergencia o de guardia, trabajo de turno de 12 y 24 horas continuas con el máximo establecido para el tiempo Completo con derecho a remuneración complementaria que establece la Ley General del Trabajo nocturno u por el realizado en días festivos y feriados.

➤ **Jornadas Excepcionales:**

En condiciones excepcionales por falta de número adecuado de profesionales especialistas junto al comité Departamental de incompatibilidades con el aval de la Sociedad Científica podrán autorizar la ampliación de la jornada de seis horas, con 3 horas adicionales por un plazo no mayor de un año. (29)

La OMS señala que los horarios de trabajo deberían ser como máximo de 12, sin embargo hay que ver la realidad en cada país puesto que es diferente, pero la realidad paceña es muy compleja ya que existen casos muy concretos de médicos internos y médicos residentes que sobrepasan las 30 horas continuas en muchas ocasiones.

Es por demás decir que el médico ejerce una labor en el marco de la probabilidad de toda ciencia, para obtener resultados probables. La evolución positiva de un tratamiento, depende de muchas particularidades, de cómo reacciona el organismo de cada paciente, ya que muchas veces los resultados adversos son inevitables, por la precariedad que existe en nuestra salud pública.

3.5. ACCESO A INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

El código de Salud boliviano, manifiesta claramente que la promoción y prevención de la Salud es muy importante es por eso que en el Libro Primero, del Título I, en su Capítulo I, refiere acerca de la Promoción y Prevención de la Salud, desde el artículo 11 y siguientes.

Artículo.- 11.- “La educación para la salud debe estar orientada a crear un adecuado estado de conciencia en la población sobre el valor de la salud, promoviendo su prevención y mejoramiento y obtener participación activa en la solución de problemas de salud individual y colectivamente”. (40)

Y es deber del médico como obligación ética que además de su labor principal de dar el servicio deben priorizar la labor de: Promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. ²⁷

Como también ratifica este enunciado la Ley del Ejercicio Médico N° 3131, funciones del ejercicio profesional cuya obligación principal es:

- a) Promoción de la Salud,
- b) Prevención de la enfermedad,
- c) Recuperación de la Salud,
- d) Rehabilitación del paciente. ²⁸

Además que el Estado va ejecutando políticas de salud que promueven el acceso a la información más allá de un simple informe sino que instruye a que se deba proveer a la comunidad de conocimientos e instrumentos suficientes para promover el ejercicio el ejercicio pleno de este derecho a la salud.

²⁷ Código de Ética y deontología Art. 7 Num. 1

²⁸ Ley del Ejercicio Profesional N° 3131, Art. 8

Es por demás decir que una política de salud es el acceso a la información, impulsando incluso a que se regule la formación de recursos humanos en salud en función a las políticas del Estado y las necesidades sanitarias, capacitando permanentemente a los recursos humanos. Aunque en la práctica no se la vea traducida en resultados.

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual o colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. Sin embargo al parecer esta forma de aplicación educativa de la que hablan las normas no está dando resultados o la forma de ejecución no es la adecuada. Al presente el Ministerio de Salud y Deportes se ha enmarcado en el modelo clásico de manejo por programas técnicos a la gestión del sistema como ha sido el Proyecto de Reforma de Salud - y al desarrollo de infraestructura sanitaria; no ha existido programas de promoción de salud sino acciones dispersas en los diferentes proyectos y programas.(41)

Existe una Política de Promoción de la Salud, que propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de la salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir, articulada y coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado, que busca aumentar la calidad de vida y alcanzar la equidad contribuyendo con ello a la dignidad nacional, con acciones sobre las determinantes como: alimentación, calidad de vivienda, recreación, acceso a servicios básicos de educación, salud, saneamiento y seguridad, de tal forma que el Plan Estratégico 2007-2011 de promoción generen empleo e ingresos, y también un sistema comunitario global de seguridad social y desarrollo. (42)

CAPITULO IV

IMPLICACIONES SOCIALES DE LA NEGLIGENCIA

Abordar el tema de la salud en Bolivia, resulta una tarea tan compleja, como compleja es la realidad nacional, mosaico de culturas y cosmovisiones, de anhelos y sueños tan distintos como la propia geografía nacional. Adicionalmente, la salud no puede concebirse al margen de las críticas, circunstancias políticas, económicas y sociales por las que atraviesa nuestro país. La inequitativa distribución de los recursos económicos, humanos y materiales, marcan grandes diferencias entre grupos poblacionales no sólo en lo que hace a las enfermedades que los afectan y cómo lo hacen, sino respecto a sus condiciones y calidad de vida.

4.1. IMPLICACIONES EN EL ÁMBITO SOCIAL – TRADICIONES – COSTUMBRES - MEDICINA TRADICIONAL.

4.1.1 AMBITO SOCIAL

El ámbito social es sin duda un factor determinante en este tema, pero antes hagamos un diagnóstico en el contexto de la realidad actual, cabe mencionar que en las últimas décadas los cambios en la medicina y la atención de la salud han sido substanciales, lo que adecua a readecuaciones en el comportamiento de las instituciones y recursos humanos, asumiendo desafíos que probablemente no se dieron en el pasado como por ejemplo:

- Aumento de la población.
- Acelerado desarrollo de la tecnología en reemplazo o detrimento de las capacidades o habilidades propiamente humanas que tuvo el médico clínico del pasado.
- Libre acceso a información sobre temas de salud, medicina y enfermedad que los pacientes consiguen de manera directa e irrestricta a través de la tecnología informática.

- Gran expectativa y exigencias para el uso indiscriminado del recurso tecnológico con grados de dependencia cada vez mayores, retardo en la toma de decisiones y substancial encarecimiento en los costos de atención.
- Desvirtuación del acto médico con una relación médico paciente debilitada y cada vez menos personalizada.
- Reclamo social creciente sobre los servicios de salud, determinando la necesidad de cambios en su estructura y organización, para asumir nuevos desafíos y recuperar o incrementar la confianza.
- Alta incidencia de acusaciones por mal praxis médica o errores médicos.
- Tendencias econometristas transnacionales que con el desarrollo tecnológico tienden a globalizar el mercado incluida la salud y la medicina, fijando aranceles que no están acordes a las realidades socioeconómicas de una gran mayoría de la población.
- Instancias que promueven la mercantilización del pleito médico legal en busca de beneficios económicos.
- Aparición de nuevos dilemas éticos relacionados con el excesivo desarrollo tecnológico en temas de reproducción humana, ingeniería genética, farmacogenoma, medicina robótica, etc., que contrastan paradójicamente con los viejos dilemas éticos no resueltos, de la pobreza, de la nutrición infantil, injusticia sanitaria y otras formas de exclusión.

4.1.2. TRADICIONES

Uno de los objetivos del presente trabajo es demostrar que existe negligencia de parte del paciente ya sean estos por factores económicos y sociales; es por ello que ahora ponemos en consideración las costumbres o tradiciones que tiene cada región como parte cultural del diario vivir como un factor determinante del tipo de negligencia del paciente.

Como es de conocimiento general muchas personas en la ciudad de La Paz desde tiempos remotos hasta hoy en día son seguidores de algunas costumbres o ritos tradicionales

heredadas, más aun con esta cultura de interculturalidad, del nuevo Estado fundado en el pluralismo cultural se hace más notoria la relación tradición-cultura. Ya que el conocimiento de las tradiciones es el resultado de experiencias acumuladas, experimentación e intercambio de información, conocimientos transmitidos de generación en generación principalmente de manera oral y que se van perdiendo de a poco.

4.1.3. MEDICINA TRADICIONAL

El presente trabajo de investigación ha recopilado algunos de los conceptos más importantes que relaciona la medicina como ciencia con la medicina tradicional.

Pero comprendamos que es medicina tradicional; “entendida como el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experimental ancestral”. (23)

Se dice también que es un sistema ya que se tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias. En este concepto abierto cabe una diversidad de tradiciones médicas de origen diferente al de los pueblos indígenas.

Pero comprendamos el Rol de la MEDICINA TRADICIONAL en la Salud.

En Bolivia, el médico tradicional interactúa con el enfermo, antes y después de la enfermedad, involucrándose con la familia, habla en el mismo idioma y es reconocido dentro de la comunidad.

De este modo interviene e inicia la curación al paciente partiendo de un ritual para luego dar continuidad con el tratamiento. Con la variedad de plantas medicinales realiza sus propios medicamentos, infusiones, pomadas, etc. Una de las especialidades más importantes dentro de la medicina tradicional son los “kallawayas”, originarios de la

cordillera de Apolobamba, en las provincias Bautista Saavedra y Muñecas, al norte del departamento de La Paz. El Kallawayá es dispersado por todo el país y asentado principalmente en ciudades grandes e intermedias. Realiza constantemente viajes a las comunidades o ferias rurales donde hay grandes concentraciones de gente para ofrecer tratamiento a las enfermedades que se presentan dentro de las comunidades. Las mujeres tienen un rol importante dentro de la medicina. (43) En las ciudades de La Paz y El Alto se encuentran en puestos callejeros “las K’awayu, (que) encarnan una de las figuras femeninas consagradas por el mundo espiritual para interceder entre los seres y las fuerzas que configuran su espiritualidad y sentido trascendente, son las encargadas de diagnosticar el origen y la causa de las enfermedades, así como también de definir el tratamiento adecuado que permita restablecer la salud de las personas...”²⁹

4.2. IMPLICACIONES POR LA FALTA DE EDUCACIÓN.

La educación es un término muy amplio que implica cultura en salud y esta es una de las debilidades de nuestra sociedad, geográficamente ubicado en el área occidental que tiende a un carácter introvertido, como es de conocimiento la ciudadanía paceña está todavía en un proceso de adaptarse a ciertos cambios y abrirse a temas de salud ya sea por prejuicios u otros y peor aun tratándose de sectores rurales, la falta de socialización e inmersión al tema, es un gran desafío, ya que está en el origen de toda una serie de comportamientos y actitudes inexistentes como la curiosidad intelectual; la complejidad del tema reside, por un lado en que existen múltiples aspectos de carácter psicológico, cultural, sociológico, político, incluso económico, que desde luego impiden interrogarse si “la educación en salud es importante”.

²⁹VAN DEN Berg. ofreciendo una mesa a favor del paciente, ritual es conocido, “Extraemos del Diccionario ReligiosoAymara.

Esta situación también nos lleva a comprender que el gran error que comete la población por la falta de conocimiento del tema es señalar de forma categórica a cualquier acto médico que no le haya satisfecho el resultado como negligente.

4.3. IMPLICACIONES EN LA ECONOMÍA.

La atención primaria constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad. La atención primaria de la salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos de rehabilitación y de fomento de la salud.

Estos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación de esas condiciones y esos valores, variaran lógicamente según los diversos países y comunidades, pero comprenderán como mínimo: la promoción de: “la Salud [...] la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes...” (44)

Las desigualdades económicas y sociales brindan escasas oportunidades de acceso en el sistema educativo, los servicios de salud, servicios básicos, saneamiento, vivienda, justicia y seguridad ciudadana, siendo los más afectados los indígenas, las mujeres, los campesinos, las personas con capacidades diferentes, los(as), adolescentes y ancianos(as).

Pero es necesario comprender que la economía personal se da cuando se rompe la relación médico - paciente ya que es el paciente quien debe afrontar todo tipo de problema ocasionado o que haya producido la muerte a causa de la negligencia médica y quienes deben afrontar son los familiares y el galeno no.

La economía es uno de los factores que promueve la negligencia por parte del paciente, a pesar de que el sistema de salud es integral y gratuito como el Seguro Materno infantil, pero muchos incurren en el error de que el servicio seguramente le costara mucho y de ese

modo dejan pasar el malestar, o acuden a algún tratamiento natural o tradicional siendo que esto podría conllevar riesgos fatales.

4.4. IMPLICACIONES FAMILIARES.

El presente trabajo de investigación identifica dos aspectos muy sobresalientes dentro de lo que sería una negligencia médica, lo que el entorno familiar representa en esta situación puntual. La familia un lazo difícil de separar lo que constituye primero en el Apoyo, Sustento, Respaldo y Colaboración que sin duda es un motor para seguir en la lucha. Pero muchas veces la familia es la que constituye en un impedimento en la prevención de alguna enfermedad induciendo a tratamientos poco comunes e influencias tradicionales, religiosas y otros.

Una negligencia médica puede llevar a la desintegración familiar, primero, buscamos a un culpable por ejemplo, acusar, este es el inicio de una gran dificultad en la que se trata de encontrar el culpable y hacerlo pagar por ese daño reprochándolo y dando un castigo moral, que cuando se torna intimidatorio y permanente puede llevar a la culminación de una relación matrimonial; segundo, el desgaste económico que conlleva la negligencia que tuvo como resultado una lesión grave de incapacidad permanente en una persona sin duda acarrea problemas económicos que sin duda traerá problemas familiares.

La familia asume todos los riesgos cuando sucede una negligencia médica en caso de producirse la muerte o causarle alguna incapacidad y en quien recae cubrir los gastos y la atención, aunque sea injusto siendo que el responsable el médico.

CAPITULO V

PRINCIPALES DESAFIOS DE LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN LA CIUDAD DE LA PAZ

El principal desafío que la ciudad de La Paz y el territorio nacional tiene es llenar aquellos vacíos jurídicos que existen sobre esta problemática ya que no existe una norma específica que regule la mala praxis, provocando de esta forma interpretaciones erróneas y vulneración de derechos.

5.1. RESPECTO AL MARCO NORMATIVO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

En el presente trabajo de investigación podemos evidenciar que desde años atrás se proyectaron políticas de mejoramiento de la salud es por ello que desde el año 2002 se abre una consulta Nacional sobre las políticas de salud dirigidas al mejoramiento de la Salud y las líneas de estrategias para garantizar la salud como un derecho.

De las que se aprobaron las siguientes:

“Que el ejercicio al derecho a la Salud esté inserta en la agenda política principal del gobierno y de todos los poderes del Estado para asegurar que el derecho a la Salud sea una realidad y prioridad fundamental del Estado.”

“Que los poderes del Estado garanticen a toda la población la universalidad y acceso a los servicios de salud, con gratuidad, equidad y justicia social en el punto de atención.”

“Que se creen espacios de negociación intersectorial compartida donde los representantes de la sociedad civil tengan el 50% del total de miembros de cada instancia.”

“Que se construya el Sistema Único de Salud como sistema público descentralizado integrando a todos los servicios públicos de la seguridad social, de ONG’s, iglesias, atención privada y tradicional.”

“Que se articule la medicina y el saber en salud tradicional con el sistema de salud occidental vigente, a fin de posibilitar mayor inclusión cultural de las mayorías en las prestaciones del sistema de salud.” (45)

Si bien es cierto que la salud en Bolivia ha evolucionado de manera favorable en los últimos veinte años, no es menos cierto que los resultados alcanzados son insuficientes, sobre todo si se tiene en cuenta la magnitud de los esfuerzos realizados. Probablemente, las causas de esta situación se encuentren, por una parte, en la lucha frontal contra las enfermedades que ha consumido tiempo y recursos, sin dejarnos suficiente como para enfocarnos en la planificación de largo plazo y la construcción de la salud; por otra parte, el insuficiente reconocimiento que el proceso salud-enfermedad está relacionado con las condiciones de vida y requiere de una aproximación intersectorial que excede los estrechos límites del sector.

La legislación boliviana siempre ha planteado políticas públicas de salud que como muchos países no tuvieron el resultado buscado; aplicar un modelo sanitario, sin embargo la situación no cambiara por si sola sino se cumplen las medidas impuestas. Pero comprendamos que significa un modelo sanitario; esto significa que, en torno al eje central fortalecido de la Atención Primaria de Salud (APS) y con capacidad resolutoria real en los respectivos niveles, suprima las inequidades y universalice el acceso a la salud de toda población, en concordancia con la propuesta de Seguro Universal de Salud y el **Nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural**. (46)

En la legislación nacional vigente encontramos poca información acerca de la negligencia médica, desde la reciente Constitución Política del Estado aprobada en el año 2009 a través del Referéndum Nacional esta se centra en criterios bastante abiertos a nuevas formas de acceso a la salud, fundado en la diversidad cultural de nuestro país.

La Constitución Política del Estado en el:

“Artículo 18. I. Todas las personas tienen derecho a la salud.”

II. “El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.”

III. “El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno”. (37)

En Bolivia existen muchas políticas públicas de salud, con la premisa de que la salud es un derecho y una responsabilidad de todos en la que se refiere a que es una verdadera revolución del pensamiento sobre la salud cuando se lanza **salud para todos** que fue uno de los mayores retos del siglo XXI dando el derecho a todos a acceder a estos servicios de salud que no solo sea asistencialista sino que se deba proveer a la comunidad de conocimientos e instrumentos suficientes para promover el ejercicio pleno de este derecho a la salud.

Para Menendez, la medicina tradicional debería ser referida al sistema cultural dentro del grupo que representa las prácticas no solo de la medicina tradicional, sino del conjunto de saberes que determinan permanentemente el sentido, el significado y uso de la medicina tradicional. Por otro lado, “La crisis del modelo médico hegemónico, el surgimiento de nuevos ‘estilos de vida’, las modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos [...] condujeron desde la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y a la recuperación de una serie de concepciones y prácticas ‘curativas’, que parcialmente ponen en duda, no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica” (Menendez, 1994), que descuida el aspecto de la persona en su contexto, inclusive se constituye en una medicina de riesgo porque no tiene un enfoque holístico e integral. (43)

Habitualmente, el sistema de salud oficial limita su diagnóstico a una explicación biomédica de la enfermedad, sin embargo, la persona que presenta la enfermedad puede también entender y explicar su problema de salud desde sus propias percepciones y

experiencias, interpretando sus síntomas, definiendo sus causas y estableciendo el tratamiento más pertinente para su sanación cuando cuenta con los elementos culturales adecuados. Conocer las causas que las personas atribuyen a sus enfermedades o desarmonías permite no sólo incorporar una visión más amplia de la epidemiología, sino también validar la cosmovisión y las prácticas de una cultura al considerarlas en su proceso de sanación o recuperación del equilibrio. ³⁰

Junto al nuevo periodo de gobierno, el Ministerio de Salud y Previsión Social; el colegio Médico departamental (CMDLP); la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSCI), la cooperación técnica Alemana (GTZ), y la OMS/OPS, consideran necesario continuar la reflexión y análisis sobre las políticas de salud y los procesos de implementación de reformas del sector, para aportar en la construcción y viabilización de alternativas adecuadas que respondan a la actual situación socio sanitaria de nuestro país. Esta fue la primera consulta interinstitucional sobre políticas públicas de salud desde la gestión 2002. (47)

En materia sanitaria, el director general de Servicios de Salud del Ministerio del área, Rubén Colque, destacó que desde 2006, en el país, se privilegió la promoción y prevención en salud. Para el efecto, se fortalece el primer y segundo nivel de atención a través de políticas como la aplicación del Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), el incremento en un 30% a 40% de centros de salud y equipamiento médico.

Colque señaló que el fortalecimiento de centros hospitalarios está en la perspectiva de mejorar el acceso a los servicios de salud de la población. El Programa Misión Salud (Mi Salud), que se implementa en El Alto desde enero, plasma la política preventiva y de promoción a través del modelo Safci. Mi Salud. ³¹

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) Así, la salud familiar comunitaria intercultural se constituye en la *nueva forma de hacer salud* en el “Sistema Nacional de

³⁰ Eduardo Menendez “La Enfermedad y la curación ¿Qué es Medicina Tradicional?”

³¹http://www.cambio.bo/sociedad/20130806/gobierno_destaca_avances_de_politicas_educativa_y_de_salud_96960.htm

Salud”. En esta nueva forma de hacer salud el equipo de salud, la comunidad y sus organizaciones implementan la Gestión Compartida de la Salud y la Atención de la Salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad.

Actualmente Bolivia se encuentra en una etapa de transformaciones sociales y políticas. Se transita de un enfoque de mercado en las políticas públicas a uno de derechos y a una siempre mayor inclusión social. Mediante el Decreto Supremo N° 29601 de 11/06/11 se plantea, para el sector salud, un nuevo modelo de atención y gestión en salud, denominado Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), basado en los principios de Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad; este modelo amplía la participación social en el diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de salud, que incluyen acciones de promoción y reparación de la salud y prevención de las enfermedades, orientadas al desarrollo integral de la comunidad, dentro del concepto de derechos y crea instancias de diálogo entre la institución de salud y la población en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional y no sectorial o corporativo.

El SAFCI recupera el concepto de salud–enfermedad proveniente de la cosmovisión de los pueblos originarios de tierras altas y tierras bajas, que la define como “un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza”. (48)

Una de las políticas más conocidas es la, Política Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que permitirá el acceso a los servicios de salud del 100% de la población boliviana bajo la creación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario, promoviendo hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad para lograr una población sana y productiva.

5.2. CON RELACIÓN DE LA PARTICIPACION SOCIAL SOBRE EL TEMA.

Desde la década de los 80 en Bolivia se han iniciado procesos de Reforma del Estado que han incorporado cambios en la reorganización económica en la descentralización y en la integración de la participación Popular.

Estas reformas estructurales pasaron a integrar de manera sustancial un enfoque de mercado, de reducción del gobierno y de traspaso de las responsabilidades estatales a la sociedad. La reforma del sector de la Salud enmarca en este enfoque, ha sido un asunto importante en la reforma del Estado.

En ese entendido diremos que la participación y control social es realizado a través de las organizaciones de la sociedad civil y sus responsabilidades en la cogestión de los planes y programas en el ámbito municipal y regional. Así como la participación de Redes sociales y su participación en los controles sociales, sobre la vigencia del derecho a la salud, la equidad y la calidad de los servicios. (49)

A su vez se propuso generar estrategias de estímulos al interés por participar en los procesos de construcción de políticas en Salud dirigida a la sociedad Civil, sin embargo pese a que se tiene amplias convocatorias la subjetividad al prejuicio que aún existen en los sectores tradicionales impide el compromiso de la sociedad.

La Política de Movilización Social, que plantea la democracia sanitaria y el desarrollo de las capacidades y formas de participación y vigilancia de la sociedad civil en el quehacer de la salud. Orientada a la promoción de una ciudadanía activa, participativa y responsable.

CAPITULO VI

LA MALA PRÁCTICA EN LA LEGISLACIÓN BOLIVIANA

En nuestra legislación, Código Penal manifiesta que el error médico es sancionado, como delito, tipificado como homicidio culposo primera parte.

El delito de Homicidio Culposo Art. 260 del Código Penal, refiere: “El que por culpa causare la muerte de una persona incurrirá en reclusión de seis meses a tres años”; ya que en este acto se actuó con imprudencia, sin prevenir ni querer el resultado, que lamentablemente es la muerte del paciente. Si bien el dolo está ausente en este caso, sin embargo la culpa también es una conducta antijurídica por esa razón estamos en un delito culposo, ya que se está vulnerando el bien jurídico protegido la vida y la integridad física.

Sin embargo en nuestra legislación no se tiene clara la situación de la negligencia médica aunque simplemente se esté hablando de la problemática en debates públicos.

En este entendido podemos comprender que la responsabilidad medica tiene un procedimiento muy amplio primeramente se realiza un proceso ético, luego una sanción administrativa luego del proceso ético, además de la responsabilidad civil y por ultimo un proceso o responsabilidad penal.

En nuestro país el ejercicio profesional médico está regulado por la Ley N° 3131 del Ejercicio Médico.

El Estatuto Orgánico del Colegio Médico de Bolivia señala las sanciones éticas y disciplinarias encargando a los Tribunales de Ética y Deontología Médica, dividido en:

- a) Tribunal de Ética Médica Nacional
- b) Tribunal de Ética Médica Departamental.
- c) Tribunal de Ética Médica Provincial

Bases para la Organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS). Ministerio de Salud. (Auditorias).

Código de Salud de la Republica.

Guía Básica de Conducta Medico Sanitaria, Ministerio de Salud.

6.1. LEGISLACIÓN COMPARADA

ARGENTINA.

La Mala Praxis en la Legislación Civil y Penal: El Código Civil Argentino contempla la responsabilidad emergente de la mala praxis y la obligatoriedad de su resarcimiento económico (arts. 1073 a 1090 del Código Civil) y/o de la prestación asistencial reparadora, encuadrándola dentro de los Títulos de las Obligaciones, de los Hechos Jurídicos y de las Obligaciones que nacen de hechos ilícitos que no son delitos, esto último especialmente, a través de los artículos 1109 y 1113 del Código Civil. En particular, el art. 902 del Código Civil nos dice: "Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento, mayor será la obligación que resulte de la consecuencia posible de los hechos. El art. 903 dice: "Las consecuencias inmediatas de los hechos libres, son imputables al autor de los hechos.". El art. 904: "Las consecuencias mediatas son también imputables al autor del hecho, cuando las hubiere previsto, y cuando empleando la debida atención y conocimiento de la cosa, haya podido preverlas". El art. 905: "Las consecuencias puramente casuales no son imputables al autor del hecho, sino cuando debieron resultar, según las miras que tuvo al ejecutar el hecho."

El Código Penal.- Por su parte, el Código Penal tipifica la mala praxis de modo específico, a través de los delitos de homicidio culposo (art.84 CP) y de lesiones culposas (art.94 CP), que de ella, la mala praxis, se deriven y, sanciona a quienes resulten declarados culpables, con penas de prisión y de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión o de la actividad que por su ejercicio, haya sido generadora de la muerte o de la lesión.

Más aún, gravando la situación preexistente, el 29 de Septiembre del año 1999, el Congreso de la Nación sancionó, para su promulgación por el Poder Ejecutivo el 26 de Octubre del mismo año, la Ley 25.189 que incrementó la pena por muerte culposa, a un mínimo de prisión por seis meses y a un máximo de cinco años e inhabilitación especial

de entre cinco y diez años, así como para el caso de lesiones culposas determinó la pena de prisión entre un mínimo de tres meses a un máximo de tres años o multa [...] (35)

PERU:

El Código civil peruano habla sobre la Responsabilidad en la Ley General de Salud - Los profesionales, técnicos y auxiliares del campo de la salud, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.

a.- Imprudencia: Falta de precaución y discreción. Realizar un acto intrépido, riesgoso e injustificado.

b.- Impericia: Incapacidad profesional o técnica.

c.- Negligencia: Obrar con descuido o abandono. (50)

ESPAÑA.

En España se están determinando las responsabilidades no solo penales, sino también las civiles y administrativas. La mala praxis está determinado como una figura que atenta a la vida humana y la salud, pero además se establecen castigos severos debido a que el gobierno realiza una tarea que siempre ha sido tratada de imitar en otros países, el sistema de seguridad social quien proporciona toda la atención medica de primera y de igual forma le proporcionan todos los medicamentos que se requiere para cada tratamiento. El incremento de mala práctica se dio luego de los años 70, alguno de los motivos podrían ser la Socialización de la medicina, que trajo consigo el deterioro de la relación médico – enfermo. ³²

ECUADOR.

³² L TORRES, Tratado de anestesia y reanimación. p. 69

En vario países exceptuando Ecuador, la mala práctica médica es considerada un delito completamente independiente, estableciendo sanciones propias para este delito.

En este país han considerado muchas entidades del sistema de salud pública y privada calificándola como una consecuencia de las equivocaciones del sistema de educación y en general de las políticas estatales que no atienden a la salud en toda su amplitud e importancia que tiene.

La ley Orgánica de la Salud, es el principal cuerpo normativo que regula al ejercicio de las profesiones médicas, afines y conexas y al estar en una ley especial la autoridad competente para juzgar. ³³

Ellos afirman que el problema no está en el profesionalismo, sino que radica en la falta de compromiso del médico con la persona que se encuentra en sus manos.

CHILE:

En la legislación chilena encontramos disposiciones de quienes pueden ejercer legalmente la medicina dentro de sus cuerpos legales, sancionando a las que ejercen de forma ilegal la medicina sancionando a quienes cometan una mala práctica ya sea legal o ilegal.

Además del título profesional uno de los requisitos que exigen es que no se mezcle la relación profesional con intereses comerciales, como el caso de médico-cirujano o el médico-farmacéutico. ³⁴

La Asociación Médica de la Salud informa a las asociaciones médicas nacionales, sobre hechos y problemas que se relacionan con las demandas de negligencia médica, de las leyes de cada país deberían influenciarse por esta declaración, pues se trata de que se deje de violentar el bien jurídico protegido, la vida.

³³ Federación Médica Ecuatoriana

³⁴ H. SILVA SILVA Medicina Legal y Psiquiatría Forense pp. 606-608

6.2. SITUACIÓN JURÍDICA DE NEGLIGENCIAS MÉDICAS EN LA CIUDAD DE LA PAZ

podría decirse que la Negligencia Médica en la ciudad de La Paz, está al día, éstas son conocidas por denuncias realizadas en medios de comunicación, ante el Ministerio de Transparencia o por ultimo a la Fiscalía y realizando un trabajo de campo en distintos juzgados de este distrito judicial, pudimos observar que no existe casos de Negligencia Médica tipificadas como tal ya que por falta de fundamentación, terminan en eso simplemente denuncias, pero encontramos un caso que nos llamó la atención que es de HOMICIDIO CULPOSO tipificado en el art. 260 del Código Penal de comisión por omisión en relación a homicidio, dentro de la acusación formulada por el Ministerio Publico y la acusación particular de los señores Butrón L. y Mamani C., que luego de 6 años de lucha recientemente se pudo obtener una sentencia favorable a su demanda.

RELACION DE HECHOS: Caso N° 201199200828847

QUERELLANTE

001 MINISTERIO PÚBLICO

002 BUTRON L.

003 MAMANI C.

IMPUTADO

001 CAJIAS W. - Medico Otorrino laringólogo.

002 SERRUDO I. M. - Médico Cirujano.

En este caso concreto vemos que el médico es acusado por negligencia médica sucedido en la sala de emergencias de la Clínica Urkupiña posteriormente llevada al Hospital La Paz procediendo al levantamiento del cadáver de la Sra. MAMANI de 25 años de edad trasladándolo a la Morgue para su correspondiente autopsia de ley. De acuerdo a las primeras investigaciones y por la declaración recepcionada por el Sr. Butrón L., quien refiere que su esposa el día 20 de noviembre de 2008 ya había estado en la clínica a objeto de coordinar fecha y hora para una intervención quirúrgica de **Rinoplastia**, programando

una cirugía para el día siguiente a Horas 20:00 p.m. la paciente conjuntamente su esposo se dirigieron con anticipación de una hora de la cita con los médicos y al promediar las 21:30 p.m. la paciente ingresa a la sala de quirófano para la intervención a cargo de los doctores Cajías W. y Maribel S., médicos de la clínica Urkupiña, pidiendo el marido a que no se le coloque anestesia general y el médico le dijo que solo se lo realizaría con anestesia local donde en pleno proceso de cirugía tuvo complicaciones cardiacas, conforme al acta de Autopsia: muerte indeterminada a esperar los informes histopatológicos donde se colecta los glóbulos y los tejidos para determinar los daños microscópicos. Sin embargo la médico ayudante señala que el acusado no llevo adelante las medidas y *valoraciones pre anestésicas y cardiológicas debidas*. El mismo doctor Cajías fue quien suministro la lidocaína y la epinefrina y la anestesia, no estando presente un especialista anesthesiólogo ordenando que se pusiera una dosis de *fentanyl* y *midazolam* a la víctima, de tal efecto que la anestesia suministrada provoco a la víctima un paro cardiorrespiratorio que le produjo la muerte, que provoco que los acusados tuvieran que trasladar a la víctima al Hospital La Paz, donde los médicos que la atendieron la declararon muerta, posteriormente los médicos W. Cajías y M. Serrudo fueron llevados a la FELCC por intervención policial.

En este caso podemos observar que un médico con amplio recorrido profesional comete un error, un acto negligente que provoca el deceso de una persona que a pesar de sus conocimientos no pudo evitar entrar en lo que se llama costumbre o práctica, como mencionamos anteriormente ningún paciente es igual a otro aunque tenga la misma enfermedad su reacción siempre será diferente en razón de muchos factores mencionados en el capítulo II; debido a esa imprudencia a esa inobservancia de la *lex artis* el deberá pagar este acto típicamente antijurídica y culpable.

De la exposición de motivos de hecho y probatorios habiéndose valorado las pruebas de cargo y prueba extraordinaria de descargo ofrecidas conforme a las reglas de la sana crítica, prevista por el Art. 359 del Código de Procedimiento Penal. Se evidencia que el Dr. Cajías médico responsable de la rinoplastia no llevo adelante las medidas debidas y fue el mismo en suministrar lidocaína y epinefrina sobre la anestesia no siendo el

especialista ni siquiera bajo la supervisión de un anesthesiólogo, lo que provocó la muerte de la víctima, siendo esta una persona sana, mental y físicamente que simplemente por mejorar su salud y apariencia física (nariz) perdió la vida en manos de una persona se suponía cuidarla con diligencia su vida.

En base a la exposición de motivos de derecho los que prueban en juicio, efectuando la subsunción normativa prevista por el Art. 359 num. 2) del CPP. Se califica en el tipo penal previsto y sancionado por el Art. 260 (Homicidio Culposo primera parte) del que refiere “el que por culpa causare la muerte de una persona incurrirá en reclusión de seis meses a tres años”; en el delito de homicidio culposo el bien jurídico protegido es la vida y la integridad física.

Se actúa con imprudencia, sin prevenir, ni querer el resultado, que lamentablemente fue la muerte de una persona, si bien el dolo está ausente en este caso, la culpa también es considerara como conducta antijurídica por esa razón se está ante un delito culposo, argumentándose además doctrinalmente que el tratadista Francisco Muñoz Conde señala, como homicidio imprudente, que precisa de una acción sin la diligencia debida, la previsibilidad en producir la muerte de alguien y como nexo causal la producción de un resultado.

Por lo que la parte resolutive manifiesta: el Tribunal de Sentencia Sexto del Tribunal Departamental de Justicia de La Paz, administrando en nombre del Estado Plurinacional de Bolivia, falla por UNANIMIDAD a los acusados: W. Cajías, AUTOR de la comisión del delito tipificado por el Art. 260 Código penal, por existir suficiente prueba que género en el tribunal la convicción sobre la responsabilidad penal del acusado, condenándolo a la pena privativa de libertad de 3 (tres) años de reclusión a cumplir en el Penal de San Pedro de esta ciudad, además de los daños civiles y costas al estado a calificarse en ejecución de sentencia.

Este uno de los casos que tuvo éxito llegando a una sentencia sin embargo no se tiene una estadística clara de cuantos casos ingresan a los juzgados en este Estrado Judicial

Departamental, siendo que como mencionamos solo se realizan denuncias tal es el caso que encontramos un cuaderno de investigaciones gracias al apoyo mismo del personal de la Fiscalía de Distrito de la ciudad de El Alto.

Caso N° EAL0903269.

Formulario del caso: delito Homicidio (Art. 251) Homicidio Culposo (Art. 260). Fuente denuncia, modo escrito.

Referido a una supuesta mala praxis, suscitado en el año 2007 del mes de noviembre en el Hospital Agramont de la ciudad de El Alto, por un error de diagnóstico y a consecuencia de una mala intervención quirúrgica que provocó contrajera otra enfermedad que le quito la vida a una menor de 12 años.

Con este dato quiero señalar que muchos casos de negligencia no prosperan debido a que falta una ley especial que regule y agilice este tipo de delitos, llegando simplemente a Plataforma de Atención, unidad de Análisis y Solución Temprana de la Fiscalía.

Y en otras ocasiones a llegar a acuerdos económicos entre los pacientes y los médicos denunciados por evitar sanciones y desprestigio.

6.3. LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DEMANDAS CONTRA LOS PROFESIONALES MÉDICOS

La Asociación Médica Mundial informa a las asociaciones médicas nacionales sobre algunos de los hechos y problemas relacionados con las demandas por negligencia médica. Las leyes y los sistemas jurídicos en cada país, como las tradiciones sociales y condiciones económicas, influirán en la aplicación de ciertos elementos de esta declaración para cada asociación médica nacional. Sin embargo, la Asociación Médica Mundial estima que esta declaración debe ser de interés para todas las asociaciones médicas nacionales.

El aumento de demandas por negligencia médica puede ser el resultado, en parte, de una o más de las siguientes circunstancias.

- El progreso en los conocimientos médicos y de la tecnología médica permite que los médicos logren proezas que eran imposibles en el pasado, pero estos logros implican nuevos riesgos que pueden ser graves en varios casos.
- La obligación impuesta a los médicos de limitar los costos de la atención médica.
- La confusión entre el derecho a la atención, que es accesible y el derecho a lograr y mantener la salud, que no se puede garantizar.
- El papel perjudicial que a menudo representa la prensa, al incitar la desconfianza en los médicos y cuestionar su capacidad, conocimientos, conducta y control del paciente y al sugerir a éstos que presenten reclamos contra los médicos. (18)

En la sociedad paceña estas son algunas de las causas más frecuentes de demandas contra los profesionales:

- El mal trato por parte del personal de salud.
- Demora en el diagnóstico
- Errores en el diagnóstico.
- Consecuencias fatales en la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Accidentes terapéuticos.
- Agravación de la enfermedad primaria por demora en el diagnóstico, tratamiento erróneo o complicación quirúrgica.
- Tratamiento incompleto que incluye resección parcial de tumores y empleo inadecuado de la terapéutica establecida.
- Cuidado o seguimiento inadecuado o erróneo por médicos o personal paramédico incluyendo enfermeras. (4)
- Otra causa más frecuente es el ejercicio ilegal de la profesión tal el caso de los médicos que realizan abortos clandestinos sin tener ni siquiera un título profesional.

- muchas veces se da la responsabilidad a un estudiante de la carrera de último año que sin duda no tiene el grado de preparación, por ejemplo una cesárea en un parto de riesgo.
- El hecho más consecuente en este tiempo es recetar vía teléfono, o utilizar los medios de comunicación abierto, sin tener la debida prosecución de los protocolos médicos señalados por el Ministerio de Salud.
- Hechos de corrupción, principalmente en sectores públicos, seguros privados.

CAPITULO VII

METODOLOGÍA

El presente trabajo es de tipo Transversal y descriptivo.

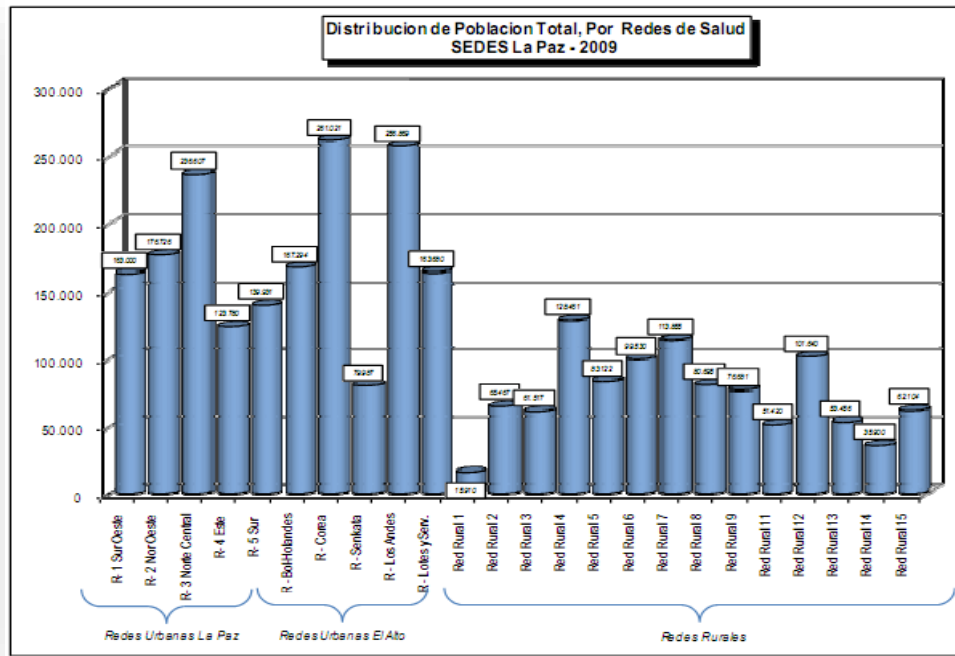
ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la ciudad de La Paz. Este Departamento situado al noroeste del país. Tiene una extensión de 133.985 km² y una población estimada en 2012 de 2,7 millones de habitantes. Su capital departamental es la ciudad de Nuestra Señora de La Paz, sede del Gobierno Central y del Poder Legislativo, que se encuentra a una altitud de 3.640 msnm.

Datos de Demográficos del Departamento de La Paz			
DESCRIPCIÓN	AÑO	LA PAZ	BOLIVA
Población Total	2009	2.798.653	9.827.522
Población Urbana La Paz*	2009	840.044	
Población Urbana El Alto*	2009	928.851	
Población Rural*	2009	1.029.758	
Superficie (Km2)	2009	133.985 (12 %)	1.098.581
Densidad de Habitantes x Km2	2009	20.26	8.95
% de Población Masculina	2009	49.47	49.86
% de Población Femenina	2009	50.53	50.14
Tasa media anual de crecimiento (%)	2005-2010	15.58	2.01

Fuente. INE - 2009

Distribución de las Redes de Salud por población en la ciudad de La Paz en el año 2009



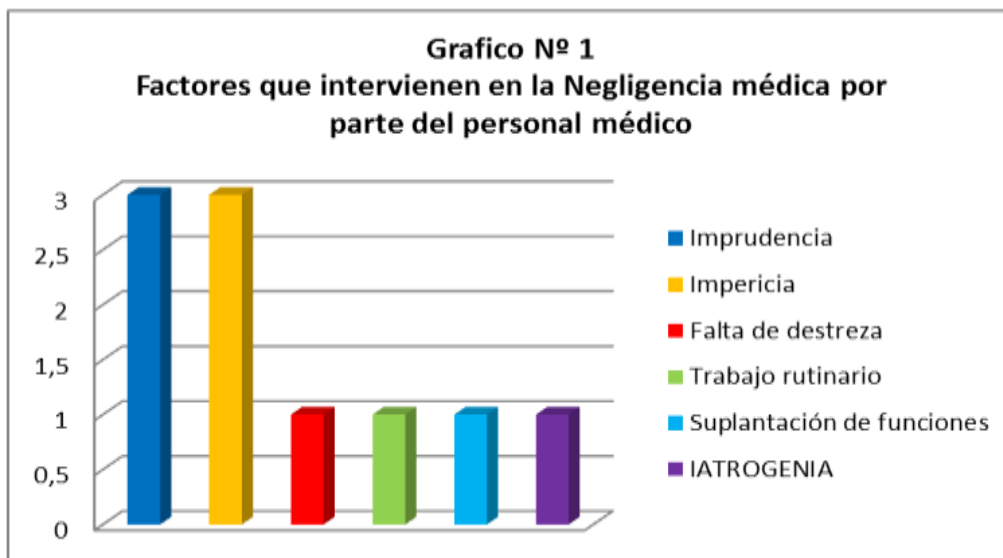
Fuente. INE - 2009

RESULTADOS

En el estudio realizado en la ciudad de La Paz departamento de Bolivia, 3 casos fueron tomados en cuenta y sus muestras fueron procesadas en el estudio bajo los criterios de inclusión, el resto se excluyó, en base a datos que fueron obtenidos mediante un trabajo de campo en los diferentes juzgados de La Paz y la Fiscalía, se clasificó en 2 grupos:

Factores que intervienen en la Negligencia médica por parte del personal médico (**Gráfico N° 1**). Y tenemos que:

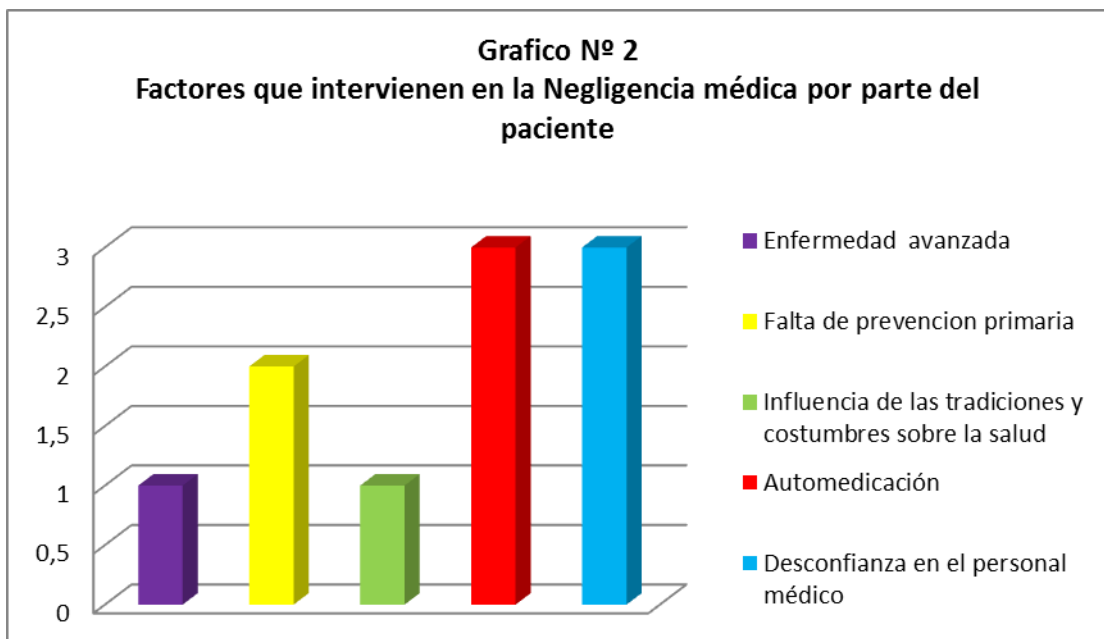
- De los 3 casos incluidos se obtuvo que en los tres se cometió negligencia Médica por imprudencia.
- En los tres casos hubo impericia por parte del encargado en Salud.
- En el estudio hubo mayor cantidad de pacientes menores de edad afectados por negligencia.



Factores que intervienen en la Negligencia médica por parte del paciente (**Gráfico N° 2**).

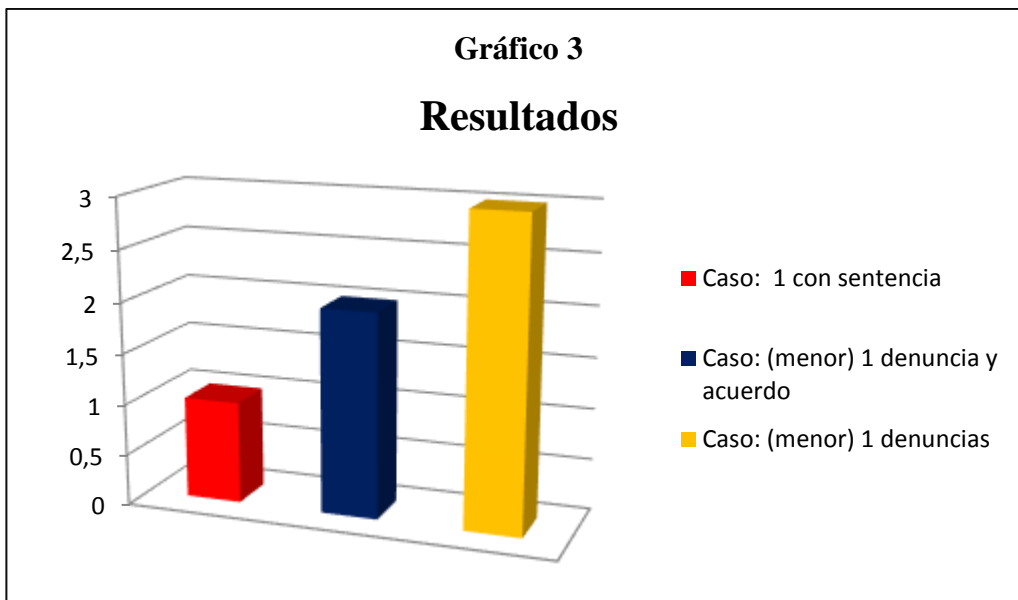
- En un caso la enfermedad estaba avanzada. (Descuido del paciente)
- En dos de los casos falta de prevención. (Falta de información primaria)

- En un caso la enfermedad fue tratada con anterioridad por medicina tradicional y cultural.
- La automedicación en general cometida por todos.
- Se puede ver que en los tres casos hubo desconfianza debido a nuestra cultura introvertida, la mayor cantidad tiene temor o desconfianza en los médicos.



De los tres casos que tomamos en cuenta: **(Gráfico N° 3)**.

- Un solo caso tiene sentencia, desde fecha 22 de noviembre de 2008 que se formalizando la querrela criminal hasta la fecha reciente del 25 de septiembre de 2013 se dictó sentencia, luego de transcurridos 6 años.
- Un caso se llegó a un acuerdo transaccional entre médico y paciente.
- Y el último caso solo llegó a ser una denuncia.



CONCLUSIONES

- ✓ La negligencia médica es poco conocida en el medio urbano por el personal en salud y sobretodo de la población este sector por el poco interés que muestra.
- ✓ En zonas peri urbana existe alto índice de pobreza y falta de acceso a servicios básicos, no se puede descartar la posibilidad de factores que influyan a la mala praxis cometidos por los propios pacientes.
- ✓ La ciudad de La Paz no está reconocida como la zona con más alto índice de negligencia médica, sin embargo si existe muchos casos de mala praxis que fueron denunciados en los órganos correspondientes.
- ✓ Las costumbres y tradiciones son factores importantes para la negligencia, lo que implica que los pacientes primeramente recurren a alguna costumbre y posteriormente en caso extremo va a un establecimiento de salud.
- ✓ Se puede observar que los pacientes esperan que la enfermedad desaparezca sola, lo que comienza con algo sencillo de tratar pasa a ser una enfermedad incurable lo que puede ser tomado por los familiares como acto médico negligente.
- ✓ El uso de la automedicación ante los síntomas son factores de negligencia en los tres casos presentados.
- ✓ En la ciudad de La Paz, la poca cultura educativa sobre la salud es sin duda determinante en esta problemática.

RECOMENDACIONES:

El presente trabajo de investigación en base a todo lo referido sugiere y recomienda lo siguiente:

- ✓ La Negligencia Médica necesita ser completado por una ley especial, porque estamos ante delitos donde existe incriminación abierta, ya que existe vacíos jurídicos al respecto.
- ✓ Es necesario establecer a la mala práctica médica como un delito culposo independiente a aquel delito de homicidio o a las lesiones cometidas dolosamente.
- ✓ Para no acarrear suspicacias en los pacientes y/o familiares se debería crear un procedimiento abreviado acerca de los protocolos médicos que sea unificado y entregar el mismo en cada cirugía o tratamiento médico, pero que permanezca dentro del establecimiento de salud cuya verificación del mismo este avalada por el Ministerio de Salud y el Comité de Auditoria Médica.
- ✓ Iniciar una **Educación Médica Continua**, que constituya un proceso educativo de actualización y perfeccionamiento continuo, sostenido y verificado, realizado a través de un conjunto de actividades educativas médicas cuya finalidad sea mantener, desarrollar o incrementar los conocimientos, habilidades técnicas y las relaciones interpersonales que mejoren el quehacer profesional y hagan posible los servicios de calidad a la población. La Educación Médica Continua permitiría acumular créditos académicos que llevarán a la recertificación de los médicos generales y de los especialistas. Con esto el profesional en salud realizaría un examen anual una vez concluida el curso de actualización, debiendo fijarse los créditos en su título profesional, esta a su vez se actualice en su información curricular a nivel nacional sobre los avances y especializaciones que adquiriera el profesional, de modo que la población conozca el grado de especialidad que tenga. Las encargadas de prestar los servicios podrían ser: Las Universidades Publicas con acreditación internacional, sociedades científicas certificadas por el Ministerio de Salud y Deportes, los Sedes departamentales.

- ✓ Mejorar las políticas de Salud y equipamiento de los hospitales públicos, ya que ningún hospital de tercer nivel cuenta con el equipamiento completo, contar con especialistas, durante las 24 horas, por ejemplo anesthesiólogos, traumatólogos, cardiólogos, cirujano, cirujano internista, nefrólogo, radiólogo, neurocirujano, etc., en todos los hospitales de tercer nivel como indica las normas sanitarias a nivel mundial.
- ✓ Se ve la necesidad de reglamentar a la medicina tradicional, a su vez crear un ente encargado de la certificación y otorgación de títulos para el ejercicio legal de estos médicos tradicionales y que estos a su vez tengan la responsabilidad de sus actos debiendo ser sancionados como negligencia médica tradicional.
- ✓ Los encargados de realizar la investigación sobre negligencias médicas deberían realizar el PERITAJE MÉDICO IMPARCIAL, ya que algunas veces los encargados trabajan en el mismo establecimiento de salud o en el Sedes Departamental, de este modo ocurre encubrimiento entre los mismos médicos y casi nunca llegan a dar solución a esa negligencia, el encubrimiento médico es desde la dirección del establecimiento de salud, encubrimiento por evitar el desprestigio de la institución o la confiabilidad que se perderían por estos casos si no se logra encubrirlos, a su vez los administradores de justicia deberían tener conocimiento básico sobre el tema en cuestión.
- ✓ Para evitar adulteración o alteración en las historias clínicas y al expediente clínico se debería foliar y codificar específicamente y ser realizado a pulso con letra legible y clara, con copia indeleble y exclusivamente para cada paciente, debiendo hacerse cumplir lo que indica la norma después de su utilización sellarla y firmarla al culminar el día, sin ocasionar ningún tipo de alteración, por ser un documento médico legal.
- ✓ Deberían realizarse auditorías internas y externas periódicamente, con participación de entes colegiados, personal civil, estos últimos solo como veedores del procedimiento imparcial.

GLOSARIO

Anamnesis.- La anamnesis médica (recolección, reminiscencia) de un paciente es el término empleado en medicina, así como en enfermería, psiquiatría y psicología, para referirse a la información recopilada por un médico mediante preguntas específicas, formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas que conozcan a este último (en este caso, también es llamada heteroanamnesis) para obtener datos útiles, y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente.

Iatrogenia.- también llamado acto médico dañino, es el acto médico debido, del tipo dañino, que a pesar de haber sido realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente, debido al desarrollo lógico e inevitable de determinada patología terminal. Este acto médico tiene resultados negativos temporales, debido a factores propios de la patología enfrentada o a factores propios, peculiares y particulares del paciente ("ya sea su hábito constitucional, su sistema inmunológico, su forma de reaccionar o disreaccionar, o cualquier factor desconocido pero evidentemente existente, o sea idiopático" como refiere el Dr. Luis Alberto Kvitko). (51)

Comprende los actos nocivos, inevitables de la actuación profesional del médico y de los medios que emplea, en el ejercicio de la medicina. Está representado por las complicaciones que ocurren a pesar de haberse actuado con la debida técnica, diligencia, prudencia y con observancia de reglamentos, no es por lo tanto punible. (4)

Etiopatogenia.- de formación etimológica "(aiti- αἰτία gr. 'causa') + (path(o) gr. 'padecimiento' o 'sentimiento') + (géneia gr. 'nacimiento', 'proceso de formación')" es el origen o causa del desarrollo de una patología. (3)

Lex Artis Medicae.- es la ciencia y el arte que de acuerdo con los avances técnicos y científicos de la Medicina, reconocidos y validados por la comunidad médica internacional, aplica y ejerce el profesional médico después de un proceso formal de capacitación superior universitaria. (11)

ABREVIATURAS

INASES.- Instituto Nacional de Seguridad Social.

OPS.- Organización Panamericana de la Salud.

PRONACS.- Programa Nacional de Calidad en Salud.

OMS.- Organización Mundial de la Salud.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Federico Lara P. El Código de Hammurabi. 1986.
- (2) Ente reporta 300 casos de negligencia médica. 2011.
- (3) Diagnostico Diferencial. 2013.
- (4) Ministerio de Salud, IDIF, Organización Panamericana de Salud. Aspectos de Medicina Legal en la practica diaria. 2004.
Ref Type: Statute
- (5) Anamnesis. 2013.
- (6) SUROS B. SEMIOLOGIA MEDICA. 22-8-2013.
Ref Type: Personal Communication
- (7) Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Ginebra S. Declaración de Ginebra. 1948.
Ref Type: Statute
- (8) Ministerio de Salud. GUIA BASICA DE CONDUCTA MEDICO - SANITARIA. 2008.
Ref Type: Statute
- (9) Colegio Médico de Bolivia. CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA. 4-3-2004.
Ref Type: Statute
- (10) ASOCIACION CIVIL ARGENTINA EN DEFENSA DEL PACIENTE, Adepaci. Diccionario Práctico Médico-Legal. 15-6-2008.
Ref Type: Statute
- (11) Dr.Luna Orozco Javier. Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica. 2008.
- (12) Gavilanes Játiva CG. Tesis Negligencia Médica. 2011.
- (13) Monografías.com. NEGLIGENCIA DE LOS MEDICOS. 2013.
- (14) Dra.Centellas BC, compiladora. Código Penal Ley Nº 1768 de 10 de marzo de 1997. 2013.
Ref Type: Statute

- (15) Jimenez de Asua Luis. La Teoria Juridica del Delito de Jimenez de Asua. 2013.
Ref Type: Statute
- (16) Fernández Carro CD. CAMPUS VIRTUAL, ASOCIACION PENSAMIENTO PENAL. La Incidencia de la Victima en el resultado de un delito imprudente. 2012.
Ref Type: Statute
- (17) Bañuelos D.Nicolas. La Mala Práctica. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit. 1999.
Ref Type: Unenacted Bill/Resolution
- (18) AHRQ. Declaración de Lisboa de la Asociación Medica Mundial sobre derechos del paciente. 2000.
Ref Type: Statute
- (19) Dr.Castillo Q.Ruben, Dr.Reynaldo Carvajal. GUIA DE PROTOCOLO MEDICO PARA CONSULTA. 22-8-2013.
Ref Type: Personal Communication
- (20) Dr.Castillo Q.Ruben, Dr.Reynaldo Carvajal. GUIA DE PROTOCOLO MEDICO PARA CONSULTA. 22-8-2013.
Ref Type: Personal Communication
- (21) Los Tiempos. Gobernación demandará por supuesta negligencia médica a galenos que amputaron brazo a un niño. 16-12-2010.
Ref Type: Report
- (22) Dr.Luna Orozco Javier, Dr.Cáceres Vega Edgar. BASES PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS). 26-2-2008.
Ref Type: Statute
- (23) INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional. 25-6-2006.
Ref Type: Statute
- (24) Armando Medinaceli y Gabriela Aguirre. Medicina tradicional de las comunidades indígenas del río Quiquibey, Bolivia. 2013. Impreso en Bolivia por SPC Impresores S.A.
Ref Type: Statute
- (25) Ministerio de Salud, Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoria. NORMA TECNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO. Documentos Técnico - Normativos. 2008.
Ref Type: Statute

- (26) Ministerio de Salud, Documento Técnico Normativo N° 65. OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO. 2008.
Ref Type: Statute
- (27) Calp.org a. Principales concepciones teoricas. 2000.
Ref Type: Statute
- (28) Dr.Luna Orozco Javier, Dr.Cáceres Vega Edgar. BASES PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS). 26-2-2008.
Ref Type: Statute
- (29) Colegio Médico de Bolivia. Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia; Estatuto del Médico empleado y de la carrera funcionaria. 2008.
Ref Type: Statute
- (30) Honorable Congreso Nacional. LEY No 3131 LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO. 8-8-2005.
Ref Type: Statute
- (31) Roxin C. *Reflexiones sobre la problemática de la imputación en el Derecho Penal*, en *Problemas básicos del derecho penal*, trad.*Reflexiones sobre la problemática de la imputación en el Derecho Penal*, en *Problemas básicos del derecho penal*, trad. Reus Madrid: 1976.
- (32) FORMAS DE APARICIÓN DE LA CULPA. 2013.
- (33) Maurach RyZH. *Derecho penal. Parte General, I, Teoría general del Derecho penal y estructura del hecho punible*. Astrea: 1995.
- (34) Terragni Marco Antonio. *La Moderna Teoria de la Imputación Objetiva y la Negligencia Médica Punible*. 2013.
- (35) Apuntes Sobre la Responsabilidad Médica Legal y la Mala Praxis. 2013.
- (36) Alberto Donna Edgardo. DERECHO PENAL PARTE ESPECIAL TOMO II C. 1ª edición Santa Fe; Rubinzal-Culzoni ed. Buenos Aires: 2002.
- (37) Asamblea Constituyente de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 2008.
Ref Type: Statute
- (38) Batista Ramos Márcia. Negligencia médica. 18-9-2011.
Ref Type: Report

(39) ASOCIACION CIVIL ARGENTINA EN DEFENSA DEL PACIENTE. Diccionario Práctico Médico-Legal. 6-6-2011.

Ref Type: Statute

(40) Gaceta Oficial de Bolivia. Código de Salud de la República de Bolivia. 20-7-1978.

Ref Type: Statute

(41) Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. La Salud, un derecho y una responsabilidad de todos. 2004.

(42) Plan Estratégico PDM-C, Salazar Cesar. Políticas y Estrategias Nacionales de Salud. Política Estrategica PMD-C 2011.

(43) Salud Integral Incluyente. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE BOLIVIA. 2011.

(44) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Atención Primaria de la Salud - Declaración de Alma Ata. SWITZERLAND: 1978.

(45) Ministerio de Salud, CMDLP, SCSI, GTZ, OMS/OPS. Primera Consulta interinstitucional de sobre politicas de Salud en bolivia. 2002.

(46) Dr.Luna Orozco Javier, Dr.Cáceres Vega Edgar. BASES PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS). 26-2-2008.

Ref Type: Statute

(47) Ministerio de Salud, CMDLP, SCSI, GTZ, OMS/OPS. Primera Consulta interinstitucional de sobre politicas de Salud en bolivia. 2002.

(48) Salud Integral Incluyente. SAFCI. Medicus Mundi-Navarra 2011.

(49) Ministerio de Salud, CMDLP, SCSI, GTZ, OMS/OPS. Primera Consulta interinstitucional de sobre politicas de Salud en bolivia. 2002.

(50) Poder Legislativo. CÓDIGO CIVIL PERUANO. 14-11-1984.

(51) Cortez GF. Pequeño Diccionario Medico Etimológico. 28-2-2000.

ANEXOS