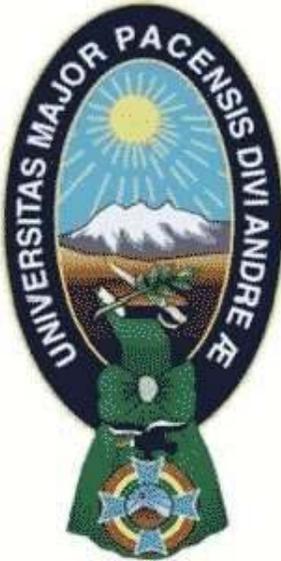


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES**  
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA NUTRICION  
**POSTGRADO**



**PROPUESTA DE INTERVENCION**

Para obtener el titulo de especialista en auditoria medica y gestion de salud

LAS IMPLICACIONES MEDICO LEGALES POR NEGLIGENCIAS MEDICAS Y  
POLITICAS DE PREVENCION PARA SU DISMINUCION

**AUTOR**

DR. RAUL CABALLERO ARANCIBIA

**TUTORES**

DR. FELIX HUANCA AYAVIRI

LA PAZ - BOLIVIA  
2010

## Dedicatoria

*Con mucho cariño a mi querida amada Elena a quien le debo tiempo por dedicarme a este trabajo y a mi compañero y amigo que en silencio estaba escuchandome y parecia siempre entenderme siempre fiel siempre amigo mi cachorro Gaston que fallecio en la culminacion de este trabajo*

## Agradecimientos

*Agradezco a Dios y a la Virgen, por su infinita bondad, al guiar mis pasos en todo momento.*

*Al Dr. Felix Huanca al Dr. Edgar Caceres y al*

*Dr Otto Fernandez , mi maestro de siempre y a toda mi familia en especial a mi hija Rocio por su gran apoyo en el presente proyecto de intervención.*

---

---

# Índice general

---

<b>Introducción</b>	<b>X</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>XI</b>
<b>1. Cuestiones Metodológicas</b>	<b>1</b>
1.1. Problemática . . . . .	1
1.1.1. Descripción del Problema . . . . .	1
1.1.2. Formulación del Problema . . . . .	1
1.2. Justificación . . . . .	1
1.3. Objetivos . . . . .	1
1.3.1. Objetivo General . . . . .	1
1.3.2. Objetivo Específico . . . . .	1
1.4. Marco de Referencia . . . . .	1
1.4.1. Marco Histórico . . . . .	1
1.4.2. Marco Conceptual . . . . .	2
1.4.3. Marco Teórico . . . . .	2
1.4.4. Marco Jurídico . . . . .	2
1.5. Formulación de Variables . . . . .	3
1.5.1. Variable Independiente . . . . .	3
1.5.2. Variable Dependiente . . . . .	3
1.5.3. Nexos Lógicos . . . . .	3
1.5.4. Unidad de Análisis . . . . .	3
1.6. Delimitaciones . . . . .	3
1.6.1. Delimitación Temática . . . . .	3
1.6.2. Delimitación Espacial . . . . .	3
1.6.3. Delimitación Temporal . . . . .	3
1.7. Metodología . . . . .	4

1.7.1. Método Dialéctico . . . . .	4
1.7.2. Método Interpretativo . . . . .	4
1.7.3. Método deductivo . . . . .	4
1.8. Técnicas de investigación . . . . .	4
1.8.1. Estadístico . . . . .	4
1.8.2. Documental . . . . .	4
1.8.3. Bibliográfico . . . . .	4
<b>2. Conceptos Relacionados con mala praxis</b>	<b>5</b>
2.1. Definición de salud . . . . .	5
2.2. Definición de mala praxis . . . . .	7
2.3. Víctima . . . . .	7
2.3.1. Clasificación de víctima . . . . .	8
2.4. Delito . . . . .	9
2.5. Dolo . . . . .	9
2.6. Daño . . . . .	9
2.6.1. Definición . . . . .	9
2.6.2. Tipos de daño . . . . .	10
2.6.2.1. Patrimonial . . . . .	10
2.6.2.2. Intrínseco . . . . .	11
2.6.2.3. Extrínseco . . . . .	11
2.6.2.4. Estético . . . . .	11
2.6.2.5. Resarcible . . . . .	11
2.6.2.6. Emergente . . . . .	11
2.6.2.7. Lucro Cesante . . . . .	12
2.6.2.8. Daño a la Intimidad . . . . .	12
2.6.2.9. Sociológico . . . . .	12
2.7. Culpa . . . . .	12
2.7.1. Definiciones . . . . .	12
2.7.2. Tipos de culpa . . . . .	13
2.7.2.1. Impericia . . . . .	13
2.7.2.2. Imprudencia . . . . .	14
2.7.2.3. Negligencia. . . . .	15
2.7.2.4. Inobservancia de normas y procedimientos . . . . .	16
2.8. Iatrogenia . . . . .	17
2.9. Deontología médica . . . . .	18

---

<b>3. Responsabilidades en la Mala Praxis</b>	<b>19</b>
3.1. Responsabilidad profesional del médico	19
3.2. Responsabilidad Jurídica Penal y Civil	20
3.2.1. Responsabilidad Penal Médica	20
3.2.2. Responsabilidad Civil Médica	21
3.2.2.1. Responsabilidad Contractual del médico	21
3.2.2.2. Responsabilidad extra contractual del médico	22
3.3. Derechos y deberes del médico y paciente	22
3.4. Errores Médicos	24
3.5. Secreto Profesional	29
3.6. Responsabilidad de Centros Médicos	29
3.6.1. Responsabilidad de hospitales	29
3.6.2. Responsabilidad de clínicas	29
3.7. Otras Responsabilidades	30
3.7.1. Responsabilidad en la transfusión de sangre	30
3.7.2. Responsabilidad en la donación y transplante de órganos	31
3.7.3. Responsabilidad de la comercialización de medicamentos	31
3.7.4. Responsabilidad por estupefacientes y la Ley 1008	33
3.8. Responsabilidad del Médico y la Huelga	35
<b>4. Historia Clínica y el Consentimiento Informado</b>	<b>36</b>
4.1. Historia Clínica	36
4.1.1. Definición Historia Clínica	37
4.1.2. Funciones de la Historia Clínica	37
4.1.3. Material necesario para la elaboración de la Historia Clínica	37
4.1.4. Partes de la Historia Clínica	38
4.1.5. Importancia médico legal de la Historia Clínica	38
4.1.6. Finalidad	39
4.1.7. Características, de acuerdo al Reglamento	40
4.1.7.1. Seguridad	41
4.1.7.2. Disponibilidad	41
4.1.7.3. Única	41
4.1.7.4. Legible	41
4.1.7.5. Propiedad Intelectual de la Historia Clínica:	41
4.1.8. Requisitos de la Historia Clínica	42

---

4.1.8.1.	Veracidad . . . . .	42
4.1.8.2.	Exacta . . . . .	43
4.1.8.3.	Rigor técnico de los registros . . . . .	43
4.1.8.4.	Coetaneidad de registros . . . . .	43
4.1.8.5.	Completa . . . . .	43
4.1.8.6.	Identificación del profesional . . . . .	43
4.1.9.	Elaboración de la historia clínica y sus componentes . . . . .	43
4.1.9.1.	Obligación . . . . .	43
4.1.9.2.	Historia Clínica . . . . .	43
4.1.9.3.	Numeración . . . . .	43
4.1.10.	Manejo de Historia Clínica . . . . .	45
4.1.10.1.	Características . . . . .	45
4.1.10.2.	Estadísticas . . . . .	45
4.2.	Consentimiento Informado en el Derecho Médico . . . . .	45
4.2.1.	Definición de consentimiento informado . . . . .	47
4.2.2.	Información del Consentimiento Informado . . . . .	47
4.2.3.	El deber de información y el principio de autonomía. . . . .	48
4.2.4.	Presupuestos del Consentimiento Informado . . . . .	49
4.2.4.1.	El paciente y el consentimiento informado . . . . .	49
4.2.4.2.	El médico y el consentimiento informado . . . . .	49
4.2.4.3.	Forma del consentimiento informado . . . . .	49
4.2.5.	Objetivo del Consentimiento Informado . . . . .	50
4.2.6.	Consentimiento Informado y la Legislación Nacional . . . . .	51
<b>5.</b>	<b>Aspectos Jurídicos Nacional e Internacional</b>	<b>53</b>
5.1.	Jurisprudencia Boliviana . . . . .	53
5.1.1.	Posibles casos de mala praxis médica . . . . .	54
5.2.	Análisis a Leyes de Bolivia . . . . .	59
5.2.1.	Vacío del Código Penal con respecto a la mala praxis médica . . . . .	59
5.2.2.	Respaldo del Código Civil al Código Penal . . . . .	59
5.2.3.	Vacios en el Código de Ética Médica (Ley 728) . . . . .	59
5.2.3.1.	Observaciones . . . . .	60
5.2.3.2.	Contradicciones . . . . .	60
5.2.4.	Ley del Ejercicio Profesional Médico (Ley 3131) . . . . .	61
5.3.	Análisis de Derecho de algunos Países respecto a la Mala Praxis . . . . .	61
5.3.1.	Derecho Alemán . . . . .	61

5.3.2.	Derecho Italiano . . . . .	62
5.3.3.	Derecho Español . . . . .	63
<b>6.</b>	<b>Políticas sobre la Mala Praxis Médica en Bolivia</b>	<b>65</b>
6.1.	Factores de Riesgo . . . . .	65
6.1.1.	Factores No Asistenciales . . . . .	66
6.1.1.1.	El sistema de salud . . . . .	66
6.1.1.2.	La falta de compromiso del médico . . . . .	67
6.1.1.3.	La no-participación de la sociedad . . . . .	67
6.1.1.4.	La no-revisión del aparato formador . . . . .	67
6.1.1.5.	La falta de enseñanza continuada . . . . .	68
6.1.1.6.	La precaria fiscalización del ejercicio profesional . . . . .	68
6.1.2.	Factores Asistenciales . . . . .	68
6.1.2.1.	El desgaste de la relación médico-paciente . . . . .	69
6.1.2.2.	La falta de condiciones de trabajo . . . . .	69
6.1.2.3.	El abuso de potestad médica . . . . .	69
6.1.2.4.	La falsa garantía de resultado . . . . .	70
6.1.2.5.	La falta del consentimiento esclarecido . . . . .	70
6.1.2.6.	La precaria documentación de los procedimientos . . . . .	70
6.1.2.7.	El abandono del paciente. . . . .	71
6.1.2.8.	El llenado inadecuado de las historias clínicas . . . . .	71
6.2.	Políticas de prevención de la mala praxis médica . . . . .	71
6.2.1.	Políticas de asignación presupuestaria a Salud y Educación . . . . .	71
6.2.1.1.	Presupuesto . . . . .	71
6.2.1.2.	Educación . . . . .	75
6.2.1.3.	Infraestructura . . . . .	75
6.2.1.4.	Actualización profesional . . . . .	76

<b>7. Análisis de Mala Praxis en la ciudad de La Paz</b>	<b>77</b>
7.1. Datos Ciudad de La Paz . . . . .	77
7.1.1. Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC) . . . . .	78
7.1.2. Ministerio Público . . . . .	80
7.1.3. Prensa . . . . .	80
7.1.4. Otras Instituciones. . . . .	81
7.1.4.1. INASES . . . . .	81
7.1.4.2. SEDES . . . . .	81
7.1.4.3. Consultorios Particulares . . . . .	81
7.1.4.4. Consultorios Clandestinos . . . . .	82
7.2. Ajuste de datos de mala praxis de la ciudad de La Paz . . . . .	82
7.2.1 Insidencias de mala praxis entre sector publico y privado	<b>83</b>
7.3. Objetivopara la creacion de items de auditors medicos . . . . .	84
7.4. La justificacion de items para auditores medicos . . . . .	85
7.4.1. Puntos de justificacion . . . . .	86
7.4.2 Problemas y actividades . . . . .	88
<b>8. Norma Tecnica de la Auditoria de casos clinicos en implicaciones medico legales</b>	
8.1. Conceptos . . . . .	91
8.2 Auditoria . . . . .	91
8.3 Tipos de Auditoria	<b>91</b>
8.4 Auditoria en Salud . . . . .	92
8.5 Disposiciones generales y comunes . . . . .	94
8.5.1. Objetivo . . . . .	94
8.5.2 Finalidad . . . . .	94
8.5.3. Tipos de auditoria medica en salud	94
8.6 . Auditoria Medica . . . . .	94
interna	
8.7 Auditoria Medica Externa	95
8.8 Gestor de Calidad	95

8.9	Procedimientos de la auditoria medica	96.
	Interna especial periodica	
8.9.	Proposito	96
1.		
	8.9.2 Solicitud de Auditoria	96
	8.9.3..Documentos Esenciales	96.
	8.9.4. Relato e Interpretacion Documental	
	8.9.5 Requisitos Basicos del expediente clinico	97
	8.9.6 .Caracteristicas Documentales	97
	8.9.7 Contenido del análisis	97
	8.9.8 .Cierre e informe Final	99.
8.10	Procedimientos de auditoria medica externa	
	8.10.1 Legitimacion Activa	99
	8.10.2 .Legitimacion pasiva	99
	8.10.3 La AME en la seguridad social	100
	8.10.4 .Reacusacion de Auditores	100
	8.10.5 Obtencion y custodia de expediente clinico	100
	8.10.6 .Liberacion de Cargos	101
	8.10.7 Indicios o evidencias de responsabilidad.	101
8.11	Ministerio Publico	101
9.1.	Norma Tecnica de pericia	102
9.2	Fundamentación Juridica	102.
9.3	Procedimiento Inicial	102.
9.4.	Designacion de Funciones Proposito	103.

9.5	Documentos esenciales	103
9.6	Designacion del perito en auditoria	103
9.7.	Acta de entrega y recepcion del expediente clinico	103
9.8	Notificación de la AME a las partes involucradas	104
9.9	Reacusación de peritos	105
9.10.	Resolucion de recusacion	105
9.11	Excusa Voluntaria	106
9.12	Admisión o rechazo de la auditoria medica Forence	106
	9.13 De admision	106
	9.13.1. De Rechazo	107
9.14	Evaluacion Tecnica	107
9.15.	Liberación de Cargos	107
9.16	Indicios o evidencias de responsabilidad	108

9.17	Devolucion del expediente clinico	108
<b>A.</b>	<b>Declaración de Ginebra</b>	<b>109</b>
<b>B.</b>	<b>Juramento de Hipócrates</b>	<b>110</b>
<b>C.</b>	<b>Declaración de Lisboa</b>	<b>112</b>
C.1.	Introducción	112
C.2.	Principios	112
<b>D.</b>	<b>Modelo: Consentimiento Informado</b>	<b>117</b>
	<b>Bibliografía</b>	<b>119</b>

---

---

# Introducción

---

Bolivia, está atravesando un momento bastante crítico, tanto en lo económico, social y político, esta situación se refleja en casi todas las áreas de nuestra sociedad, en lo referente al presente tema en estudio, se puede indicar que la salud esta siendo afectada por la falta de recursos económicos y una adecuada política de asignación presupuestaria de parte del Estado, situación reflejada en la precaria calidad que presentan muchos de los nosocomios, donde los equipos médicos e insumos, son insuficientes para cubrir la gran demanda de pacientes que hoy en día se van presentando en los diferentes centros asistenciales, es sorprendente que ante esta situación el personal médico, para-médico y otros, tengan que desempeñar su labor en esas condiciones ínfimas por falta de un presupuesto adecuado.

Sin embargo el comportamiento de algunos médicos, que desempeñan la *lex artis* en los diferentes hospitales, clínicas, etc.; se encuentran ante una situación de mucha controversia, por el elevado número de demandas judiciales, como lo demuestran las estadísticas de los últimos años, por parte de las personas afectadas (víctimas), a causa de una supuesta mala praxis médica, cometida por el personal médico. Lejos de su carácter punitivo como resultado de una auditoria medica debemos analizar el acto concienial de cada medico , para nadie es desconocido que el medico no realiza procedimiento alguno para causar daño, mas al contrario trata problemas de salud anteponiendo el único interés común que se tienen la relación medico paciente. Este resultado tiene que beneficiar a ambos, al medico como un exitoso profesional y al paciente como usuario del procedimiento medico.Lamentablemente no siempre es exitoso este procedimiento muchas veces con resultados adversos que tiene como consecuencia los casos de negligencia, impericia, imprudencia médica.

Es de suma importancia hacer un análisis jurídico de nuestras leyes, para llevar adelante una política orientada a la disminución y/o prevención de posibles actos de mala praxis médica en nuestro país. Para tal efecto es necesario hacer el respectivo estudio de los datos que se tiene, en este caso, dedicado a la ciudad de La Paz, con respecto a los casos de supuesta negligencia médica, los cuales serán verificados de acuerdo a las estadísticas, con los que se podrán confirmar tal aseveración.

Por lo expuesto cabe mencionar que la vida no tiene precio, el cuidar y preservarla, es deber de todos los bolivianos, mientras no se tome conciencia de la problemática que aqueja al territorio nacional, no podremos librarnos de tan cruel realidad.

---

---

# Antecedentes

---

El noble ejercicio profesional médico desde tiempos muy remotos fue objeto de reglamentación acerca del tema de la Mala praxis Médica, dentro el código Hamurabi hace 4000 mil años; en el corpus civiles compilado en el siglo VI, en la jurisprudencia francesa de 1825 y 1833; en 1832 el famoso caso Thouret Noroz, entre otras podemos citar algunos casos de los Estados Unidos, New York, el caso de Jazmine Rodríguez que recibió una indemnización de 52 millones de dólares americanos, otro caso es el de la niña Ashley Hunghes dictada por la Corte Suprema de Los Ángeles, ordenando el pago de 24 millones de dólares.

Nuestros país nunca a estado exento de este tipo de problemas relacionados con la mala praxis médica. Es asi que se tiene las primeras disposiciones legales con el decreto del 9 de febrero de 1828 dictada en la ciudad de Sucre (Capital de Bolivia) por el gran Mariscal de Ayacucho y su ministro Augusto Infante.

|Como ejemplo tenemos el caso Castellanos, en la ciudad de La Paz, donde a pesar de existir un desistimiento, el juez de la causa señala una fianza real para el coimputado, de 120 mil dólares para cubrir dicho monto de fianza, éste a optado por el camino de la fuga.

En Bolivia recién esta despertando la observación en el acto medico, desde la modificación del nuevo código penal, donde el juicio oral es publico y contradictorio y se expone hasta tener un resultado condenatorio, ha abierto las puertas para ventilar una serie de denuncias a nivel de todas las esferas sociales, pero se ha incrementado la ventilación de casos de negligencia medica, descubiertos por denuncias y expuestos por resultados de pericias y auditorias medicas

Por otros lado los cambios que se producen en la medicina y el reconocimiento mundial de derechos esenciales de los pacientes que reconocen los países, son elementos esenciales para la creciente vulnerabilidad de la calidad y exelencia en la prestación médica, con las irreparables consecuencias profesionales y personales, esto hace que en los últimos años se hayan incrementado las denuncias y reclamos por mala praxis y responsabilidad , que genera una actividad profesional defensiva en nuestro país.

---

## Cuestiones Metodológicas

---

### 1.1. Problemática

#### 1.1.1. Descripción del Problema

En los últimos años se evidencia un incremento de mala praxis de algunos profesionales médicos, provocando daños lesivos en la salud de las personas afectadas, inclusive la muerte.

Como medico sabemos que desde que han existido los centros hospitalarios siempre han existido casos de negligencia medica, impericia e imprudencia en los actos médicos, pero no han sido denunciado o se controlaba y mediante explicaciones, poco entendibles para los familiares dejando en la impunidad actos medico que si debían sancionarse

Estos hechos se producen por un vacío jurídico dentro del código penal el cual no tipifica la mala praxis, impidiendo una buena administración de la justicia.

#### 1.1.2. Formulación del Problema

¿Que implicancias legales, existiría en el sector medico por las demandas, por negligencias medicas, durante la gestión 2006-2009 en la ciudad de La Paz? ¿Por qué existirá denuncias de mala praxis médica?¿Los reglamentos y leyes referidas a la salud de los bolivianos, serán suficientes para evitar casos de mala praxis médica ¿Será que la ausencia de políticas de prevención ha generado la desprotección a los pacientes que son afectados por la mala praxis médica?

¿El Estado tendrá políticas de prevención para evitar actos de mala praxis médica?

¿Será que es suficiente, el actual código penal, para una buena administración de justicia, en casos de mala praxis médica?

¿Podrán influir los paros y movilizaciones del sector salud, en actos de negligencia médica?

### 1.2. Justificación

Las continuas denuncias de actos de mala praxis médica de la última década, demuestran la importancia que debe tener la salud y la vida de los pacientes, y que el Estado es el encargado de precautelar, cuidar y proteger la vida de las personas.

Por tal razón amerita una investigación que constituya un aporte para prevenir los hechos lesivos hacia los pacientes, si bien existen normas y reglamentos que están para regular el acto profesional médico; estos no son tomados con mucha seriedad, por el cual se justifica que nuestra sociedad tenga una ley adecuada para la regulación de estos actos.

### 1.3. Objetivos

El presente trabajo de investigación tendrá los siguientes objetivos:

#### 1.3.1. Objetivo General

El objetivo general será, la búsqueda de políticas de prevención destinadas a disminuir la mala praxis médica.

#### 1.3.2. Objetivo Específico

El objetivo específico, es el de la creación de Auditores Medicos específicamente con Item que controlen la calidad de gestion como mecanismos de prevención para evitar más casos de negligencia médica en los pacientes. A continuación se detallan los siguientes:

- Buscar falencias en el personal medico y administrativo mediante auditorias medicas permanentes de control de calidad para evitar las Negligencias Medicas, mala praxis, impericias, temeridad etc.
- Que las instituciones de Salud como la caja Nacional Hospital de Clinicas y Hospitales y clinicas privadas cuenten, con auditores medicos con experiencia y a dedicacion exclusiva.
- Demostrar que la Auditoria Medica esta legislada pero no institucionalizada teniendo el marco legal ley 3131 y la Norma tecnica PRONACS  
Establecer el impacto en el sector medico.

### 1.4. Marco de Referencia

Esta investigación estará integrada por los siguientes marcos: histórico, conceptual, teórico y jurídico; los mismos, que por la importancia que cada uno de ellos tiene, se encuentran relacionados entre si, se puede afirmar que implica analizar, investigar, exponer las teorías, y los antecedentes en general.

#### 1.4.1. Marco Histórico

En nuestro país una de las primeras disposiciones legales es el decreto del 9 de febrero de 1828 suscrito en Sucre por el gran *Mariscal de Ayacucho* y su ministro *Augusto Infante*, quien se refería a que cuando ingrese al hospital algún herido a mano violenta, el facultativo deberá actuar inmediatamente sin perdida de tiempo, avisara al juez competente, mismo que formalizará el reconocimiento para que esclarezca el hecho, esta pequeña historia nos demuestra que a lo largo del tiempo

Los administradores de justicia de alguna manera norman la ciencia de la medicina, buscando siempre el bienestar en los derechos de los pacientes que acuden a los centros hospitalarios en la intención de buscar salud precautelando la vida y la salud del paciente víctima de la mala praxis médica. Sin embargo en el último decenio se puso de manifiesto la ausencia de una legislación penal que tipifique la negligencia médica sin considerar al paciente como víctima penal.

### **1.4.2. Marco Conceptual**

Como marco conceptual se darán todos los conceptos necesarios relacionados con el presente trabajo de investigación, desde las definiciones de la salud, tipos de víctima, como también en las responsabilidades en la mala praxis médica, posteriormente se darán las definiciones necesarias de la historia clínica como el consentimiento informado y en lo relacionado con la parte jurídica se hablará de los aspectos jurídicos nacional e internacional.

### **1.4.3. Marco Teórico**

Nuestro país no escapa a los problemas de otros países del mundo, como es el caso de la mala praxis médica, por falta de una buena política jurídica que pueda prevenir estos actos. Es difícil decir en que año empieza, sólo podemos indicar que el problema persiste y persistirá probablemente en el futuro; la sociedad en su conjunto es víctima sin discriminación alguna a la clase social que corresponda, sin embargo la clase más pobre será la más afectada. Todo esto implica el peligro al que están expuestos los futuros pacientes en un determinado tratamiento de la salud.

Como podemos ver estos actos no dependen de forma directa al sistema político y económico, al que pueda corresponder un determinado país.

### **1.4.4. Marco Jurídico**

El marco jurídico es escaso en Bolivia por no decir que no existe con respecto a la mala praxis médica.

Aunque nuestra Constitución Política del Estado garantiza el derecho a la vida y la salud de las personas, *art.7 inc. a)* "Toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad", de la misma manera el código de salud y el ejercicio profesional médico indican que la salud es un bien de interés público y el Estado es el encargado de velar la misma

---

## 1.5. Formulación de Variables

### 1.5.1. Variable Independiente

Como variable independiente podemos identificar los instrumentos jurídicos.

### 1.5.2. Variable Dependiente

La variable dependiente es la *política de prevención* de la negligencia medica

### 1.5.3. Nexo Lógico

Como nexo lógico, podemos decir que la *ausencia de políticas de prevención* provoca *Mala Praxis Médica* y esto genera *Víctimas*.

### 1.5.4. Unidad de Análisis

Las unidades de análisis seran las siguientes:

- Mala praxis y negligencias medicas del ejercicio médico.
- Instituciones de regulación de actos médicos.
- Fiscalía de Distrito

## 1.6. Delimitaciones

Es de conocimiento general que la negligencia médica es un mal que afecta a la sociedad por falta de una política de prevención, a nivel nacional, por la dificultad que conlleva este tipo de trabajo de investigación se da las siguientes delimitaciones:

### 1.6.1. Delimitación Temática

El estudio del presente trabajo esta enfocado a la problemática de la negligencia médica.

### 1.6.2. Delimitación Espacial

El área de estudio para esta delimitación esta dirigida a la ciudad de La Paz (sede de gobierno), por ser esta una de las ciudades mas representativas de nuestro país, desde luego uno de los más importante.

### 1.6.3. Delimitación Temporal

Para esta delimitación se ha fijado un tiempo prudente de 3 años, desde el 2006 hasta el 2009, donde se buscará y analizara los actos de negligencia medica.

## **1.7. Metodología**

El trabajo de investigación se realizará mediante los métodos: dialéctico, interpretativo y deductivo. Para realizar un análisis jurídico y científico, buscando las posibles falencias en las normas y protocolos a la negligencia médica.

### **1.7.1. Método Dialéctico**

Este método por ser universal nos permite hacer un análisis de las políticas (jurídicas, económicas y sociales) que se viene desarrollando en nuestro país.

### **1.7.2. Método Interpretativo**

Este método nos exige un análisis exhaustivo a las leyes relacionadas con la negligencia medica, como son el código penal y código civil en los artículos relacionados, como también a la *ley 728 código de ética médica* y a la *ley 3131 ejercicio profesional médico*.

### **1.7.3. Método deductivo**

Una vez hecho el estudio interpretativo y los datos estadísticos se deducirá de acuerdo a los resultados que pueda originar este análisis para plantear una política destinada a prevenir futuros actos de negligencia médica.

## **1.8. Técnicas de investigación**

### **1.8.1. Estadístico**

Se utilizará esta técnica de investigación para ver en forma gráfica el comportamiento de lo hechos de mala praxis médica con respecto al tiempo (2008 a 2009).

### **1.8.2. Documental**

Se considera esta técnica de investigación, toda vez que las normas y protocolos y leyes son documentos jurídicos, de la misma manera se hará análisis de los trabajos de esta propuesta de intervencion relacionados con la negligencia medica.

### **1.8.3. Bibliográfico**

La parte bibliográfica es el pilar más importante para el presente trabajo de investigación, ya que los autores de los diferentes textos, revistas entre otros, muestran la problemática de acuerdo al tipo de indagación que realizaron, los mismos nos sirven para ampliar nuestros conocimientos, colaborando con el objetivo principal de nuestra investigación

---

# Conceptos Relacionados con negligencia medica.

---

## 2.1. Definición de salud

La palabra salud viene del *latin Salus y Salvatio* que significa estar en condiciones de poder superar un obstáculo, de estas palabras latinas derivan sus equivalentes castellanas salud y salvación, salvarse incluye el significado original de superar una dificultad.

El concepto de salud puede vislumbrarse desde dos ámbitos distintos, aunque complementarios: el primero en el sentido individual y el segundo en lo social. La primera acepción concibe a la salud como el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades. La segunda, como explica la Organización Mundial de la Salud (OMS), trasciende el aspecto individual para abarcar un estado completo de bienestar físico, mental y social<sup>1</sup>.

Ambos ámbitos del concepto son complementarios en el sentido de que la salud no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades sino que precisa de condiciones sociales apropiadas para el adecuado desarrollo del ser humano.[1] Como explica *Julio Frenk*, en esta materia "*confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado . . .*".[9] La salud es, además un medio para la realización personal y colectiva, fomenta la seguridad general de la sociedad y ". . . es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como (un) elemento indispensable para la reproducción de la vida social".[9]

La salud más que una noción médica: es un concepto predominantemente social porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, y porque involucra la participación de todos los agentes de la comunidad. En el plano individual requiere la educación de higiene que deben tener las personas; en el plano colectivo

---

<sup>1</sup>Organización Mundial de Salud (OMS), Constitución de 1946. [http://www.who.int/about/definition/es/http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://www.who.int/about/definition/es/http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42)

requiere la participación del poder público en la satisfacción de las necesidades sociales.

Aunque la legislación boliviana no ofrece definiciones precisas sobre esta materia, las autoridades han adoptado el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual dice a la letra: *"La salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico-social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones, sociales y culturales y es, con ellas, un componente sinérgico de bienestar social"*. De la misma forma, *el Estado boliviano asume que la salud es una tarea del gobierno en la que debe participar la comunidad organizada, porque constituye uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y es primordial para promover una auténtica igualdad de oportunidades*.

Las instituciones y el sistema jurídico boliviano han enfatizado la importancia de impulsar la salud pública, a la que confieren un significado similar al de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para este organismo, la salud pública es una ciencia un arte y una filosofía cuyo objetivo final es la prevención, promoción y protección de la salud de la población bajo una visión colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.[18] ya que según el **Art. 2 de la ley 15629 del Código de Salud**, el Estado es responsable de la salud de los bolivianos, como también el **Art. 3** de la misma ley, la responsabilidad del poder ejecutivo sobre la política nacional de salud, el **Art. 4** establece el derecho a la salud que es garantizado por el Estado y **el Art. 5** indica que:

1. Gozar de las prestaciones integrales de salud de la misma calidad, en eficacia y oportunidad.
2. A ser informado por la Autoridad de Salud en materias relacionadas como la conservación, restauración y mejoramiento de la salud.
3. A no ser sometido a exámenes, tratamientos, médicos o quirúrgicos innecesarios.
4. A no ser sometido a experimentación clínica y científica sin el previo consentimiento de la persona, con la debida información en cuanto al riesgo.
5. A ser atendido por cualquier servicio médico, público o privado en caso de emergencia, al margen de cualquier consideración económica o del sistema de atención médica a que pertenece el paciente.
6. A proporcionar al niño, al incapacitado, al inválido y al anciano prestaciones especiales de salud.
7. A proporcionar a la mujer control médico pre y post natal.



8. A recibir servicios de salud adecuado a las personas mentalmente afectadas, respetando su condición de persona humana.

Como campo de la medicina social, la salud pública incluye desde la prevención de las dolencias y las discapacidades, la prolongación de la vida y el fomento a la eficiencia física y mental, hasta educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud<sup>2</sup>.

La salud pública es una especialidad de la medicina que se orienta a la prevención de las enfermedades y promueve la salud para que las personas tengan una vida larga y saludable, mediante acciones organizadas entre las autoridades responsables de la salud.[17] En esta perspectiva, la salud pública es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que, directa o indirectamente, contribuyen a la salud de la población con la mejor calidad posible<sup>3</sup>.

## 2.2. Definición de mala praxis

La mala praxis se define como un acto realizado con imprudencia, negligencia e impericia en la profesión del médico, causando un daño en la salud de un paciente. Este daño puede ser parcial o total (limitado en el tiempo o permanente). Por lo cual podemos hacer los siguientes tipos de análisis:

1. Para una mala praxis debe existir necesariamente un daño constatable en el cuerpo del paciente, tanto físico como mental, estas pueden ser afecciones y trastornos de un orden individual, laboral, psíquico, psicológico y de relación; pueden incidir en las demás personas afectando en la totalidad de las actividades del afectado.
2. También el daño causado puede originarse en un acto imprudente o negligente o fruto de la impericia o inobservancia de las normas y deberes a cargo del causante del daño.

## 2.3. Víctima

"Derecho Penal" de Benjamin Harb, que dice: "*Sujeto pasivo o víctima de un delito es el titular de un bien jurídico lesionado o puesto en peligro*". (HARB 1996: 192) Según este jurista, en un sentido netamente jurídico, víctima es sinónimo de sujeto pasivo pero, dentro del proceso penal,

<sup>2</sup>Giaconi Gandolfo Juan, "Los desafíos de la Salud Pública", Boletín Esc. de Medicina, P.Universidad Católica de Chile 1994, 23:3-5. [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud\\_Publica/1\\_1.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_1.html)

<sup>3</sup>Ibid, 153.

se hace la diferencia entre actor civil, que es aquel que tiene un interés legítimo en el proceso y espera que un daño sea resarcido; y parte civil, que es sobre quien recae la acción del delito (sujeto pasivo). Así por ejemplo en un proceso penal por la comisión del delito de homicidio por negligencia del médico, la víctima es el occiso, el actor civil podría ser su padre y la parte civil su cónyuge pero, bajo ninguna circunstancia se podría tener como sujeto pasivo del delito a su padre o a su cónyuge porque no recae sobre ellos el acto delictivo, aunque de algún modo están afectados por la situación, pero el Código Penal les reconoce a cada uno de ellos un rol específico en el Proceso Penal. También, en términos estrictamente jurídicos, se hace la diferencia entre víctima o sujeto pasivo del delito y damnificado que es la persona que puede ejercer la acción penal o civil y no siempre es la víctima, como en el caso del homicidio. Concluyendo las definiciones de víctima se podría decir: "En **Sentido General**, víctima es la persona que sufre los resultados gravosos de: sus propios actos, de otros y de la casualidad, en otra palabras, persona que padece un daño por culpa propia, ajena o por causa fortuita y en sentido **Jurídico General**, víctima es quien sufre directamente ofensa o amenaza a bienes tutelados por el derecho o persona cuyos derechos han sido violados o amenazados. Desde el punto de vista **Jurídico Penal Restrictivo**, víctima es el individuo que sufre directamente las consecuencias de la violación de la norma penal y desde la **Óptica Jurídico Penal Amplia**, abarcaría el individuo y la comunidad que sufren las consecuencias del delito".

### 2.3.1. Clasificación de víctima

Mendelsohn, también con un enfoque interaccionista, diferencia a las víctimas según su posición en una escala que va desde la menor a la mayor contribución de la víctima en la etiología del hecho delictivo.

Así, diferencia cinco tipos principales de víctimas:

- Víctima totalmente inocente (o víctima ideal).
- Víctima de culpabilidad menor o ignorante: el comportamiento irreflexivo de la víctima desencadena el delito.
- Víctima voluntaria (tan culpable como el infractor): suicidio por adhesión, eutanasia, etc.
- Víctima más culpable que el infractor: víctima provocadora, imprudente, etc.
- Víctima únicamente culpable: víctima infractor, víctima simuladora, etc.

Por su parte, Elías Neuman centra su clasificación en el sistema social básico afectado. Establece varios criterios clasificatorios: actitud jurídico-penal de la víctima, tipología delictual y aspectos personales. Establece cuatro grandes grupos de víctimas (con sus respectivos subgrupos):

- Individual: sin actitud víctimal.
- Familiares: malos tratos a menores, mujeres, etc.
- Colectivos: comunidad como Nación, etc.
- Víctimas de la sociedad o sistema social: enfermos, ancianos, etc.

## 2.4. Delito

En la presente sección se definirá el significado del delito como tal, tomando en cuenta que el delito evoluciona junto con la sociedad y su cultura, eso quiere decir que el delito puede cambiar de acuerdo a nuevos criterios que la sociedad pueda imponer, para establecer cierto orden social, creando leyes, reglamentos, que lleven a regular el comportamiento de un determinado Estado, pueblo o algún grupo social.

Por lo expuesto podemos definir al delito como: *"una conducta típica antijurídica que quebranta o viola las leyes donde se aplica el delito"*.

Sin embargo podemos decir que las leyes penales definirán el tipo de delito en función a la infracción de la ley que corresponda.

Queda a cargo del administrador de justicia, definir el tipo de delito que corresponda.

## 2.5. Dolo

La definición de dolo viene del *latín dolos*; a su vez, del *griego Dolos*. Comúnmente, mentira, engaño o simulación. Jurídicamente adquiere tres significados: vicio de la voluntad en los actos jurídicos, elemento de imputabilidad en el incumplimiento de obligaciones, o calificación psicológica exigida como un integrante del delito civil o agravante del delito penal.

En el primer sentido el dolo puede definirse como lo hace el **Art. 931 del Código Civil Argentino**: *"Toda aserción de lo que es falso o disimulación de lo que es verdadero, cualquier artificio astucia o maquinación que se empleé"* para conseguir la ejecución de un acto. El segundo y el tercer sentido de la voz dolo corresponden a lo que comúnmente llamamos *"intención"*; los actos antijurídicos pueden cometerse con la intención de producir un mal o simplemente con la previsión del resultado dañoso, aunque no medie intención. (ver la sección 2.7) Los antijurídicos civiles configuran *"delitos"* cuando media dolo, y *"cuasidelitos"* mediando sólo culpa.

## 2.6. Daño

### 2.6.1. Definición

El daño lo podemos definir como una lesión causada en el cuerpo de una persona, muchas veces esto es cometido con conocimiento y voluntad es decir con dolo.

Según la Academia, que remite la definición del sustantivo al verbo respectivo, detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor, molestia, maltrato de una cosa.

Si el daño es causado por el dueño de los bienes, el hecho tiene escasa o ninguna relevancia jurídica. La adquiere cuando el daño es producido por la acción u omisión de una persona en los bienes de otra. El causante del daño incurre en responsabilidad, que puede ser civil, si se ha ocasionado por mero accidente, sin culpa punible ni dolo, o penal, si ha mediado imprudencia o negligencia (culpa), o si ha estado en la intención del agente producirlo. La responsabilidad civil por los daños puede surgir aún cuando el responsable no haya tenido ninguna en los casos de responsabilidad objetiva y en aquellos otros en que se responde por los hechos de terceras personas o de animales. (delito del daño).

Según el **Art. 14 del Código Penal**. *"Actúa dolosamente el que realiza un hecho previsto en un tipo penal con conocimiento y voluntad, para ello es suficiente que el autor considere seriamente posible su realización y acepte esta posibilidad"*.

## **2.6.2. Tipos de daño**

En las siguientes subsecciones identificaremos a cada uno de estos daños, como son: daño patrimonial, daño intrínseco, daño extrínseco, daño estético, daño resarcible, daño emergente, lucro cesante, daño a la intimidad y daño sociológico; por su importancia en los siguientes párrafos se tipificarán cada uno de los enunciados:

### **2.6.2.1. Patrimonial**

Se dice daño patrimonial cuando el paciente (*víctima*) es afectado en lo físico como en lo psíquico, de esta manera queda mermada la capacidad productiva, es decir que es privado totalmente del trabajo, no podrá dar o darse algún soporte económico de supervivencia, en otras palabras se afecta a la capacidad productora de beneficios económicos; en este tipo de daños también la víctima es afectada en su capacidad productora, sus costumbres, cultura, edad, estado físico, intelectual, honestidad, ingresos, laboriosidad, posición económica, social, profesión, sexo y vida probable. Por otro lado existen terceras personas afectadas en caso del fallecimiento de la víctima por la asistencia que estos recibían como cultura, edad, necesidad asistencial, posición económica, social, profesión, sexo y vida.

Dentro el daño patrimonial también esta el daño moral que se refiere a los sentimientos y emociones, provocando temores, angustias y tristezas, como se puede ver el daño patrimonial provoca el daño moral.

A pesar de los argumentos y aclarada entre el daño patrimonial y moral existen daños relacionados a este grupo denominados daños directos e indirectos.

### **2.6.2.2. Intrínseco**

Se dice daño intrínseco cuando el paciente acude a un centro médico para ser tratado de alguna enfermedad y este no recibe la atención correcta o la atención es deficiente la cual provoca agravación, complicación, produciendo lesiones de incapacidad y en el peor de los casos se produce la muerte.

### **2.6.2.3. Extrínseco**

El daño extrínseco es ocasionado al acreedor, afectando a sus otros bienes por incumplir la obligación. Está claro que aún no se presentaron casos de este tipo en la relación médico paciente.

### **2.6.2.4. Estético**

Este daño afecta directamente a la belleza natural de una persona, a causa de alguna alteración que va deteriorando el cuerpo y la salud de la víctima, esto provocaría en el futuro disminución en las ganancias económicas y posibilidades de adquirir un trabajo, por ser tan dura la realidad, no es fácil ser aceptado en una sociedad llena de complejos como es la nuestra, más aún si la lesión se hace tan desagradable a la vista de las demás personas. Este daño al cual se hace referencia, tiene mayor gravitación sobre la psiquis del que la sufre, causándole complejos de inferioridad. En consecuencia un daño de esta magnitud provoca sufrimientos de inquietud e inseguridad.

### **2.6.2.5. Resarcible**

El daño es la pérdida que sufrió el acreedor tanto en su salud como en su integridad física y demás. Todo esto nos lleva a deducir que provocó un daño pecuniario que si bien este perjuicio es material y afecta a la seguridad personal de quien la sufre. Debemos tener bien en claro que la vida humana y la salud tienen un valor en igual magnitud, por tanto la responsabilidad civil de todo daño causado debe ser siempre reparada.

### **2.6.2.6. Emergente**

Cuando hablamos de daño emergente, nos referimos a aquellos donde la vida de un ser humano ha sido afectado, lesionado, causando una notoria incapacidad total, inclusive causando la muerte, ahí debemos centrarnos a pensar que la vida es un derecho de la personalidad que no tiene precio.

Por tanto siempre se debe tomar en cuenta que la lesión debe ser actual y futura, y debe existir al momento de la reparación, para procurar dicho resarcimiento se debe tomar en cuenta la edad, el sexo, la profesión, analizando siempre que la víctima dejó un vacío en las personas de su entorno para las cuales el era el sustento económico. En síntesis se dirá que el daño emergente es un perjuicio causado en el patrimonio de la víctima.

### 2.6.2.7. Lucro Cesante

Podemos señalar que el lucro cesante es la pérdida causada a las ganancias del que fue privado la persona lesionada o muerta, dejando de recibir un emolumento que normalmente recibía, en tal sentido el responsable debe resarcir a la víctima, las ganancias perdidas.

### 2.6.2.8. Daño a la Intimidad

El daño causado a la intimidad de las personas es el provocado por los médicos con una conducta reprochable al utilizar sus conocimientos profesionales, lo hacen de manera ilícita, sin respeto a la moral y las buenas costumbres de las cuales deben estar investidos. Esta situación provocada por tales facultativos, afecta en gran manera a los sentimientos y a la dignidad de las personas dañadas.

### 2.6.2.9. Sociológico

En el terreno sociológico, también existen daños que afectan al paciente, este daño se refiere a la disminución o merma de la potencia física y psíquica del paciente, generalmente es a causa de una intervención quirúrgica.

Como podemos ver los daños son varios, los cuales acarrear culpabilidad.

## 2.7. Culpa

### 2.7.1. Definiciones

De acuerdo al Diccionario Jurídico[16], Lato Sensu, la culpabilidad es definida por Jiménez de Asúa como "*el conjunto de presupuestos que fundamentan la reprochabilidad personal de la conducta antijurídica*". Esta definición viene a coincidir con la aceptación académica de la palabra, de "*falta más o menos grave cometida a sabiendas y voluntariamente*". Claro es que el concepto primeramente señalado es el que encuadra científicamente dentro de la órbita del Derecho Penal; en tanto que el segundo es de un contenido vulgar, jurídicamente discutible, porque puede haber culpa sin voluntariedad en cuanto al resultado del acto delictivo.

La coincidencia precipitada no va más allá de la terminación de que en toda conducta antijurídica reprochable interviene en el agente una culpabilidad. Ahora bien, esa culpabilidad genérica presenta diversos aspectos, entre los cuales son los principales; que dividen en dos, la dolosa y la culposa, y de ahí que los delitos se distinguen en dolosos y culposos. En cuanto a los primeros, serán examinados al tratar de delito doloso y del dolo (*ver la sección 2.5*). Y en cuanto a la culpa, strictu sensu, referida al delito culposo (*ver sección 2.7*), es también definida por Jiménez de Asúa al decir que ella existe "*cuando se produce un resultado típicamente antijurídico por falta de previsión del deber de conocer; no solo cuando ha faltado al autor la representación del resultado que sobrevendrá, sino también cuando la esperanza de que no sobrevenga ha sido fundamentado decisivo de las actividades del autor; que se producen sin querer el resultado antijurídico y sin ratificarlo*".

En términos generales, puede decirse que actúa con culpa quien causa un daño sin propósito de hacerlo, pero obrando con imprudencia o negligentemente o, pudiera añadirse, con infracción de reglamentos. Es un concepto contrapuesto al dolo, porque, mientras en la culpa la intención está referida a la acción u omisión que causa el daño sin propósito de hacerlo, en el dolo la intención recae sobre el daño mismo que se ocasiona. Uno de los muchos ejemplos de delito culposo es el del automovilista que comete la imprudencia (*ver sección 2.7.2.2*) de marchar a excesiva velocidad, o la negligencia de no haber hecho arreglar los frenos, y atropella a una persona.

En Derecho Civil, la persona que en un acto jurídico obra con culpa, lato sensu, responde por los daños causados y debe repararlos.

La culpa de acuerdo al **Art. 15 del Código Penal** indica "*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".*

Estas culpas pueden ser graves, leves o levísimas según el **Art. 271 Lesiones graves y leves del Código Penal**, por lo cual puede ser culpa profesional o culpa médica, donde la culpa profesional es la fuente de responsabilidad si se han contravenido las reglas propias de tal actividad, o sea si hubo falta de idoneidad, imprudencia o negligencia, las que determinarán la existencia de culpa, y la culpa médica que también es culpa profesional con la salvedad de ser una culpa contractual.

## 2.7.2. Tipos de culpa

Estas formas de culpa pueden ser: La impericia, imprudencia, negligencia, e inobservancia de los reglamentos.

### 2.7.2.1. Impericia

Impericia es 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. Por tanto podemos tener tres tipos de impericia: anestesiología, terapéutica peligrosa y cirugía.

#### Impericia y Anestesiología.

Este tipo de impericias pueden ocasionar, desde paresias<sup>4</sup> hasta la muerte del paciente.

La mayoría de los problemas se presentan con las anestias raquídeas intra o peridurales. Son elementos de valoración:

---

<sup>4</sup>Parálisis

1. Conocimiento anatómico correcto.
2. Conocimiento de las envolturas medulares y anexos.
3. Modo de acción de los anestésicos y lugar en que bloqueará los impulsos sensitivos.

Factores que regulan la anestesia: Lugar, volumen, posición del paciente, rapidez de aplicación, disminución de la presión arterial, influencia sobre los músculos respiratorios, etc., conocimiento de posibles complicaciones: punción de vasos sanguíneos, hipertensión grave, reacción tóxica, parálisis.

### **Impericia y Terapéuticas peligrosas:**

El uso de terapéuticas peligrosas en algunas afecciones, requiere la adecuada preparación del profesional.

### **Impericia y Cirugía:**

Se dice impericia y cirugía cuando no se toma en cuenta los siguientes elementos de valoración en una cirugía:

1. La oportunidad de realizar una operación y el riesgo que se corre.
2. El diagnóstico post operatorio.
3. La técnica que será usada.
4. Los recaudos necesarios previos a la operación (internación, coagulación, sangría, existencia de otras afecciones, posibilidad de anomalías anatómicas y alergias).

#### **2.7.2.2. Imprudencia**

La imprudencia es realizar un acto con ligereza, sin la adecuada precaución; es decir, es la carencia de templanza o moderación. 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.

#### **Ejemplos:**

- Hacer operaciones o amputaciones con diagnóstico de cáncer con sólo el examen clínico.
- Dejar gasa o instrumental en la cavidad abdominal.
- Transmitir enfermedades contagiosas, por el médico o el instrumental (TBC, sífilis, SIDA).

- Transfundir sangre sin establecer el grupo sanguíneo, VIH, VDRL, hepatitis, etc.
- Realizar un acto innecesario (histerectomía abdominal con apendicectomía profiláctica).

### 2.7.2.3. Negligencia.

Por su parte podemos definir que la negligencia es el descuido, omisión o falta de aplicación o diligencia, en la ejecución de un acto médico. Es decir, es la carencia de atención durante el ejercicio médico. Puede configurar un defecto o una omisión o un hacer menos, dejar de hacer o hacer lo que no se debe. Es no guardar la precaución necesaria o tener indiferencia por el acto que se realiza.

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.

Por tanto podemos agrupar la negligencia en tres grandes grupos: la negligencia alérgica medicamentos, abandono negligente y la negligencia de la omisión del historial clínico.

A continuación describimos algunos ejemplos relacionados con la negligencia médica:

#### Ejemplos:

- No advertir efectos colaterales de un determinado tratamiento.
- No controlar con regularidad y a cortos intervalos, la temperatura de la incubadora, el respirador artificial, etc.
- No sujetar al paciente a la mesa de operaciones o camilla.
- Dar de alta a un paciente con fractura, sin ordenar una radiografía de control.
- No concurrir a un llamado.
- No indicar las pruebas de sensibilidad.
- Examen médico insuficiente, en ingesta de sustancias tóxicas.
- No informar al paciente o familiares sobre su enfermedad o pronóstico.
- En transplantes, no informar al donante y receptor sobre los riesgos, secuelas, evolución previsible y limitaciones resultantes.
- Olvidar el retiro de gasas o instrumental en intervenciones quirúrgicas.
- No atender al paciente (huelga).
- No esperar en casos graves, el relevo por otro médico.

- Abandonar al enfermo (guardia, emergencia o huelga).
- Omisiones, defectos y falta de evoluciones cronológicas completas.
- Falta de protección en la aplicación de radioterapia.
- Negarse a atender a un paciente en caso de emergencia.
- No controlar al paciente en el post-operatorio.
- Falta de aplicación de sueros o vacunas, ulteriores a heridas contaminadas.
- No ordenar la biopsia ante una sospecha de cáncer.
- Auxiliares solicitados, tratamiento instituido.
- Atender un parto sin control del estado del feto.
- Carencia de fichas de diagnóstico adecuado en la historia clínica

Muchas veces la negligencia y la imprudencia suelen ser las caras de una misma moneda, a continuación citamos algunos ejemplos:

### **Ejemplos:**

- Hacer un legrado uterino (imprudencia) sin vigilar el estado de la paciente, ni dar aviso al familiar o persona responsable (negligencia), y autorizar el alta si "*se siente mejor*" constituyéndola en juez (Médico) de su propio estado (imprudencia).
- Indicar PNC (imprudencia) sin haber realizado previamente la prueba de sensibilidad (negligencia).
- Dejar instrumental (imprudencia) y no sacarlos (negligencia).

#### **2.7.2.4. Inobservancia de normas y procedimientos**

En cuanto a la inobservancia de normas, es una forma de acción culposa que se configura cuando, existiendo una exigencia u orden verbal o escrita, dispuesta con fines de prevención de un daño y ordenado por un superior responsable, el subalterno no le da cumplimiento, generando un daño al paciente. Puede circunscribirse a la esfera administrativa si no ocasiona daño al paciente.

### **Ejemplo:**

- El Interno o Residente realiza actos no autorizados o sin la debida supervisión.

- No obtener la autorización del paciente o de sus familiares en casos quirúrgicos.
- Abandonar sin dejar sustituto, incubadoras o pacientes graves.
- Abandono de guardia.
- Omisión o defecto en la confección de la historia clínica.
- Abandonar el centro laboral sin autorización.
- Recetar productos milagrosos o no autorizados.
- No fiscalizar las tareas del personal auxiliar, que deben cumplir con las indicaciones dadas por el médico.

## 2.8. Iatrogenia

La palabra Iatrogenia viene del griego *IATROS: Médico* (curar) y *GENOS: origen*. Es el daño en el cuerpo o en la salud del paciente, causado por el médico a través de sus acciones profesionales, conductas o medios diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, psicoterapéuticos, etc., y que este daño o resultado indeseado no le es imputable jurídicamente. Es decir, la iatrogenia es el resultado nocivo que no deriva de la voluntad o culpa del médico en la producción del daño, sino es producto de un hecho imprevisto (o mejor imprevisible) que escapa a toda posibilidad de ser evitado por los medios habituales o normales de cuidado individual o colectivo.

Ha sido definida como el ámbito de aquellos casos en que se produce un daño como consecuencia de la gestión inculpable de vida, debido a un error excusable del médico. Esto se puede traducir así: cuando para salvar un mal mayor se produce un mal menor, el médico es absolutamente excusable de culpa es decir cuando realiza una intervención quirúrgica, sea como fuere, tiene secuelas menores, el médico no puede ser inculpado de este tipo de daño, considerando que en realidad para realizar esa intervención que le salva de una secuela muy importante, le produce una consecuencia menor<sup>5</sup>.

### Ejemplos<sup>7</sup>:

- Úlcera duodenal aguda generada por la administración de dosis altas de corticoides, siendo este el tratamiento indicado.
- Secuela de biopsias, que determinan abortos a repetición en mujeres jóvenes.

<sup>5</sup>GRILLE, Antonio. La responsabilidad médica en el Uruguay. Tomada de la página de Internet, <http://200.51.176.173//smu//doctri//SDMD0003.html>

<sup>7</sup><http://unslgderechomedlegal.americas.tripod.com/>

- Incompetencia cervical uterina en los casos de conización.
- Formación de queloides.
- Daño por un medicamento considerado inofensivo.

## 2.9. Deontología médica

El término deontología viene del griego *Diceos* que significa *Derecho* y *Logos, Tratado*. Aplicado a la ciencia médica, expresa "*el estudio de los deberes y obligaciones de los profesionales en el arte de curar*".

De la misma manera podemos definir la deontología de acuerdo al diccionario "Ciencia o tratado de los deberes"<sup>8</sup>.

Nicolás Carrasco entre nosotros refiriéndose a la Deontología Médica y relevando la importancia de la misma ha dicho: la deontología admirablemente definida por el *Dr. José de Letamendi* como el estudio de la "*Decencia Hipocrática*", y que bajo las denominaciones diferentes ha llegado hasta nosotros con el sencillo nombre de *Moral Médica*.

---

<sup>8</sup> Biblioteca de Consulta, Encarta 2004

---

# Responsabilidades en la Negligencia Medica

---

Cuando indicamos la mala praxis médica debemos definir las responsabilidades y los tipos que existen, por lo cual podemos hablar de responsabilidad social, individual, moral y otros relacionados; entonces viene el dilema de tener que responder qué es la responsabilidad desde el punto de vista jurídico. Sin embargo el **Art. 291 del Código Civil** establece el deber de prestación y derecho del acreedor, "**I.- el deudor tiene el deber de proporcionar el cumplimiento exacto de la prestación debida. II.- El acreedor en caso del incumplimiento puede exigir que se haga efectiva la prestación por los medios que la ley establece**". Entonces podemos decir que la responsabilidad significa la calidad o condición de responsable y la satisfacción de reparar y satisfacer toda pérdida, daño o perjuicio ocasionado.

Por otro lado la doctrina determina que la antijuridicidad es un elemento de la responsabilidad, sin confundir que la omisión puede ser también antijurídica, cuando existe la obligación de evitar un daño, obligación impuesta por la ley o por la naturaleza de oficio o la profesión del sujeto.

### 3.1. Responsabilidad profesional del médico

Antes de definir sobre la responsabilidad del profesional médico, debemos aclarar sobre la responsabilidad profesional en sí, la cual se enfoca de dos maneras, contractual y extra contractual, donde la contractual nos habla del incumplimiento de obligaciones derivadas de un contrato y la extra contractual sobre la violación de la ley o alguna norma en un sentido estrictamente jurídico, sujeto al **Código Penal y Civil**, como determina el **Art. 87 del Código Penal** que dice: *toda persona responsable penalmente lo es también civilmente y esta obligado a la reparación del daño material y moral causados por el delito.*

Por tanto podemos considerar la responsabilidad médica como contractual, dentro la responsabilidad profesional del médico, es decir que el médico asume un compromiso de antever al paciente

con cuidado y diligencia para lograr su total curación.

Entonces podemos definir a la responsabilidad médica, como la obligación que tiene este profesional médico y como ciudadano de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos que pueden ser realizados con imprudencia, negligencia o impericia, debiendo ser sancionado conforme a la ley y resarcir los daños que hayan ocasionado.

## 3.2. Responsabilidad Jurídica Penal y Civil

Hablando en el terreno estrictamente jurídico; podemos decir que cuando la conducta de un médico tiene una responsabilidad reprochable deberá ser sancionado represivamente (desde el punto de vista penal), si esto tiene un acto ilícito, entonces tendrá sanciones indemnizatorias y reparatoras si eso implica un daño, y debiendo ser compensado por la vía civil; esto quiere decir que el médico deberá probar la buena ejecución del contrato y el damnificado (paciente), probará que esa ejecución fue defectuosa por culpa del médico.

### 3.2.1. Responsabilidad Penal Médica

La responsabilidad penal, se define como la obligación de asumir las consecuencias jurídicas que resultan de la violación de la ley penal, y la misma determina la conducta generadora de responsabilidades penales y sus respectivas sanciones. Según el diccionario básico de términos jurídicos Legisla responsabilidad penal *"es el sometimiento del autor o partícipe de un hecho punible a las consecuencias jurídicas de la infracción a la ley penal. Si es penalmente responsable cuando por acción u omisión sea realizada una conducta delictiva o contravencional"*[14].

Este actuar culposo o doloso en el que el médico es el autor ya sea por acción u omisión lesiva, y estando tipificado en nuestro **Código Penal**, es constituido como delito o falta; sin embargo debe estar dentro del marco de la responsabilidad para que se describa como tal, cuya sanción generalmente son penas privativas de libertad.

Debemos tener en cuenta que si bien la responsabilidad del médico por un actuar culpable en la comisión de un delito por negligencia médica no está tipificado en la ley penal, este es adecuado a lo que es el homicidio culposo **Art. 260**, cuyas sanciones serán de acuerdo a la gravedad del hecho, **Arts. 270 y 271 del Código Penal (lesiones)**, de esta manera imponer al autor la respectiva condena a indemnizar a la víctima por el daño causado, sin perjuicio de las sanciones penales.

Es importante poner en claro que la responsabilidad penal es una responsabilidad enteramente personal puesto que ello implica que la sanción (condena) impuesta, sólo puede ser cumplida por la persona que de forma directa es autor del delito o la falta.

### 3.2.2. Responsabilidad Civil Médica

En los casos de responsabilidad de mala praxis médica no solo el Código Penal (*ver la sección 3.2.1*) es encargado de definir el tipo de sanción que se debe dar al acto, sin embargo la responsabilidad Civil juega un papel muy importante, por lo cual empezamos indicando que el acto profesional, *"es la conducta profesional que genera el resultado dañoso en el hecho generador de responsabilidad, ya sea contractual o extra-contractual"*<sup>1</sup>.

De la misma manera el acto médico generador de responsabilidad en la actividad médica, puede darse por omisión o por acción. Este Acto Médico comprende aquellas actividades que profesionalmente deben cumplirse en relación con la atención que debe brindarse al paciente.

Entonces la responsabilidad civil podemos definir como *"la obligación de reparar el daño causado a una persona sea por culpa o sea en ciertos casos determinado por la actividad del responsable"*[4], la responsabilidad civil supone un daño causado a otro, donde este podrá pedir la reparación de ese daño en particular, **Art. 984 "resarcimiento por hecho ilícito"**, del **Código Civil Boliviano**.

En otras palabras: La responsabilidad médica significa la obligación que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios, dentro de ciertos límites y cometidos en el ejercicio de su profesión. Es decir, el médico que en el curso del tratamiento ocasiona por culpa un perjuicio al paciente, debe repararlo y tal responsabilidad tiene su presupuesto en los principios generales de la Responsabilidad; según los cuales todo hecho o acto realizado con discernimiento (capacidad), intención (voluntad) y libertad genera obligaciones para su autor en la medida en que se provoque un daño a otra persona.

Por tal razón en casos de mala praxis, el médico también está sujeto a una responsabilidad civil, que puede ser contractual y extra contractual, esta puede ser por los elementos de: culpa, daño o perjuicio y el nexo causal entre culpa y daño. Por su importancia se detallan en los siguientes párrafos los dos casos (contractual y extra contractual):

#### 3.2.2.1. Responsabilidad Contractual del médico.

Se dice responsabilidad contractual la que deriva del incumplimiento de un contrato por parte del nexo que vincula al paciente y presupone por tanto, que aquel acudió al médico como cliente particular o bien miembro de una organización de naturaleza pública o privada.

Este acuerdo entre médico y paciente (*ver el capítulo 4.2*) está estipulado en el **Art. 291** del **Código Civil** hace referencia al *Deber de Prestación* y *Derecho del Acreedor* que a la letra dice: *"el deudor tiene el deber de proporcionar el cumplimiento exacto de la prestación debida. El acreedor, en caso de incumplimiento, puede exigir que se haga efectiva a la prestación por los medios que la ley establece"*.

---

<sup>1</sup>De acuerdo al Autor Gilberto Martines Rave, en su libro la responsabilidad Civil Extra contractual en Colombia

### 3.2.2.2. Responsabilidad extra contractual del médico

Tiene lugar cuando entre el médico y el paciente no ha mediado ningún acuerdo de voluntad, en tal sentido a causa de este vacío ante una inexistencia de contrato o cuasicontrato, las consecuencias se regularán por la responsabilidad civil extra contractual.

Si bien, en la doctrina existen algunas razones por las que la responsabilidad extra contractual presentan ciertas situaciones:

- En el momento en que el médico atiende a un paciente en caso de suma urgencia.
- Cuando el paciente se encuentra inconsciente y no existe la voluntad.
- Por razones de un potencial suicida que se rehusa a recibir atención.
- En caso de un accidente u otra circunstancia, un tercero lleva a la persona afectada sin que entre ambos exista relación alguna, más que la de un afán de colaboración.

En último caso cuando el médico actúa sin consentimiento, ni mediación de contrato con el paciente, está ante una situación de emergencia donde debe salvarle la vida por estar en peligro inminente, se puede establecer que se encuentra ante un momento de desesperación y necesidad, ante esto el **Código Civil** establece el **Art. 986** Estado de Necesidad que dice: "*Quien por salvar un derecho propio o ajeno de un peligro actual no provocado por el y no evitable de otra manera, ocasiona a otro un daño para impedir otro mayor, solo debe indemnizar al perjudicado en proporción al beneficio que personalmente ha obtenido. La misma obligación debe el tercero a favor de quien ha precavido el mal*".

## 3.3. Derechos y deberes del médico y paciente

De acuerdo a la **Constitución Política del Estado** en su **Art. 6**, "*todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica, con arreglo a las leyes. Goza de los derechos, libertades y garantías reconocidos por esta Constitución, sin distinción de raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen, condición económica o social u otra cualquiera*", ésta garantiza los derechos de todos los bolivianos en el cual esta implícito tanto el médico como el paciente; sin embargo el médico al tener un cúmulo de responsabilidades también tiene derechos, ya que el **Art. 1279** del **Código Civil** "*los derechos se ejercen y los deberes se cumplen tanto conforme a su naturaleza y contenido específico, que se deducen por las disposiciones del ordenamiento jurídico, las reglas de la buena fe y el destino económico social de esos derechos y deberes*". Esto quiere decir que el médico no sólo tiene derechos, sino también deberes que cumplir ante la ley.

Por otro lado la **ley 3131 del Ejercicio Profesional del Médico capítulo V Derechos y Deberes del Médico** en los **Art. 11** y **Art. 12** indican los siguientes:

**Art. 11 *Derechos del Médico.***

- Renumeración justa.
- Trato digno del paciente y de los familiares.
- Trabajar en condiciones adecuadas.
- Ejercer en forma libre y sin presiones.
- Respeto a su criterio médico diagnóstico y terapéutico.
- Recibir capacitación y actualización.

**Art. 12 *Deberes del Médico.***

- Cumplir los principios éticos de la Declaración de Ginebra.
- Estar inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.
- Colaborar a las autoridades del Sistema Nacional de Salud.
- Respetar el consentimiento expreso del paciente.
- Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnica establecidas.
- Brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin consentimiento expreso.
- Otorgar los beneficios de la medicina a toda persona que lo necesite.
- Informar al paciente o responsables sobre los riesgos de las intervenciones.

De la misma manera los pacientes también tienen derechos y obligaciones (deberes) que cumplir como describe la misma *Ley 3131 de Ejercicio Profesional del Médico Capítulo V Derechos y Deberes del Paciente Art. 13 y 14* que detallan lo siguiente:

**Art. 13 *Derechos del Paciente.-***

- Recibir atención médica humanizada y de calidad.
- La dignidad como ser humano y el respeto a sus creencias.
- La confidencialidad.
- Secreto médico.
- Recibir información adecuada y oportuna.
- Libre elección de su médico.

- Reclamar y denunciar si sus derechos fueron vulnerados.
- Disponer de un horario y tiempo para su atención.
- Respeto a su intimidad.
- Trato justo y equitativo sin desmedro de su condición.
- Solicitar la opinión de otro médico.
- Negarse a participar en investigaciones o enseñanzas de la medicina.
- Apoyar la práctica médica como voluntarios en el tratamiento de enfermedades.

**Art. 14 *Deberes del Paciente.***

- Trato digno y respetuoso a su médico.
- Cumplir oportuna y disciplinadamente las prescripciones e indicaciones médicas.
- Comunicar de manera veraz y completa sus antecedentes de salud personales y familiares.

### **3.4. Errores Médicos**

La profesión de los médicos esta sujeto a diversos tipos de errores que lo llamaremos "Errores Médicos" que pueden ser muy comunes y por tal efecto ser susceptible de algún reclamo de parte del ex paciente como caso de negligencia.

Por esto es tan importante que los profesionales de la salud estén correctamente asesorados a escala legal y cubiertos con un *Seguro de Responsabilidad Civil*, saber hacer prevención, actualizarse, saber redactar un Consentimiento Informado, etc., dado que si bien muchas veces no se puede evitar el error o el reclamo del ex paciente, de hecho el error se comete y es reclamable, por lo menos, se debe contar con las mejores armas para defenderse y/o negociar y/o hacer frente al mismo. De esta manera, el paciente deberá evaluar por medio de un abogado e ínter consulta médica o bien con un informe del médico especializado en el tema que verifique la viabilidad de su reclamo al profesional.

Por tal razón es de suma importancia el de dar algún tipo de clasificación a los errores médicos de donde puede surgir una negligencia médica a causa de una mala praxis ya sea por imprudencia, negligencia e impericia. Dentro de los Errores médicos más comunes que generan obligación de indemnizar, podemos citar los siguientes:

1. Un error muy común es el de no obtener el consentimiento informado previo a la operación de un paciente o antes de la utilización de medios de diagnóstico de riesgo: paracentesis,

endoscopías, artroscopías, contrastes, etc.

De la misma manera este consentimiento puede estar viciado por muy diversas razones entre las que es necesario destacar:

- a) Falta de información o evidente presencia de defectos en el documento del consentimiento informado.
- b) Por causa del estado emocional del paciente impidiendo el uso de la voluntad.
- c) Por miedo justificado o no, perjudicando el uso del razonamiento lógico del juicio crítico.
- d) Por presiones o necesidades muy variadas (laborales, familiares, sociales, etc).

Debemos hacer prevalecer para que el consentimiento informado sea valedero, se debe informar al paciente por escrito el nombre de la intervención o tratamiento a realizar, los riesgos y beneficios de la operación al que será sometido, inclusive es importante comunicar del pronóstico y las posibles alternativas de tratamiento. De la misma manera se debe hacer hincapié en el riesgo personal y propio que cada paciente presenta en razón a la edad, al estado de salud, etc.

2. Otro gran error de los médicos es la falta de empleo de los medios adecuados de diagnóstico o su empleo a destiempo (enfermedad de cáncer, cuya detección precoz va relacionada directamente con la supervivencia del paciente).

Cáncer de mama.- en este caso el error esta presente en la retardada practica de exámenes como la mamografía, ecografía, punción o biopsia, para detección de algún bulto anormal o sintomatología específica. Falta de empleo de pruebas diagnósticas específicas ante sospecha de cualquier otro tipo de neoplasia o tumor.

3. Por prescripción inadecuada de medicamentos pudiendo llegar a producir:

- Lesiones Graves.
- Fallecimiento.
- Reacciones alérgicas severas.
- Estado de coma vegetariano.

4. Por errores de diagnóstico que produzca daños como:

- Fallecimientos.

- Empeoramiento del pronóstico vital o de remisión total de la enfermedad.
  - Lesiones Graves.
5. Las diversas formas de intervenciones quirúrgicas con resultado lesivo para el paciente pueden tener un resultado de:
- Fallecimientos injustificados.
  - Tetraplejías<sup>2</sup>, paraplejías<sup>3</sup>.
  - Parálisis o disfunciones nerviosas, es decir operaciones de hernias siendo como consecuencia de ésta, lesión de nervios: poplíteo<sup>4</sup>.
  - Atrofia de órganos, lesiones vasculares como ejemplo una operación de hernia inguinal siendo su consecuencia la atrofia testicular o vascular y la disfunción eréctil.
  - La pérdida de visión en intervenciones oculares simples, como ser las cataratas.
  - El empeoramiento de las patologías de base o partida que llevaron al paciente a operarse.
6. Infecciones de la sangre (sepsis).
7. Por infecciones adquiridas en el medio hospitalario, causadas por numerosas bacterias (estreptococos, pyogenes, coli, etc).
8. Infecciones respiratorias (neumonías intra hospitalarias).
9. Por agujas sondas catéteres y demás material hospitalario y/o quirúrgico deficientemente esterilizado o contaminado.
10. Por transmisión post-transfusional de enfermedades infecciosas (hepatitis C ó SIDA VIH).
11. Pérdida de la oportunidad de sobrevivir por no prestar los cuidados adecuados de parte del médico o la prestación a destiempo.
12. Los errores mas comunes en la especialidad de Ginecología y Obstetricia:
- El error cometido durante el seguimiento de embarazos o partos.
  - No detectar la malformación visible en pruebas ecográficas.
  - Lesiones en el feto por negligencia en el transcurso del parto.

<sup>2</sup>Parálisis de las cuatro extremidades.

<sup>3</sup>Parálisis de la mitad inferior del cuerpo.

<sup>4</sup>Perteneciente o relativo a la corva. Músculo poplíteo. Arteria poplíteo.

- 
- Daños en el feto por mala prescripción de medicamentos a la madre.
13. Otros daños pueden ser los que se cometen a consecuencia de las listas de espera siendo las siguientes:
- Por tardanza en la realización de la prueba de diagnóstico o la intervención quirúrgica, sobreviniendo posteriormente la muerte.
  - Por la demora en la atención, se presenta un agravamiento en la enfermedad.
14. Por la falta de adecuado control, preparación y vigilancia, para la realización de pruebas diagnósticas puede resultar lo siguiente:
- Los daños producidos por el propio material quirúrgico, como ser las quemaduras por bisturí eléctrico o electrocuciones.
  - Daños producidos por una excesiva radiación al paciente.
15. Se presenta el error por la mala interpretación de los resultados de las pruebas diagnósticas.
16. Daños causados por no seguir los protocolos y las guías médicas.
17. El olvido del material médico en el cuerpo del paciente en el transcurso de una operación.
18. Los errores a consecuencia del funcionamiento interno del propio hospital:
- Las caídas de camillas.
  - Las caídas de las sillas de rueda.
  - Mal desempeño de la sección de enfermería.
19. Los fallecimientos producidos a causa de no estar presente el facultativo o por razones de otra índole, al momento de presentarse una emergencia:
- La tardanza en atender a una persona con signos de sufrir un infarto o cualquier otra que requiera asistencia inmediata.
  - Al momento de requerir una atención de urgencia se esta ante la ausencia de los especialistas.
  - En caso de un siniestro que amerita la atención inmediata de profesionales médicos, se da el retraso de la ambulancia o de los facultativos al lugar de los hechos.

20. Los resultados anormalmente desproporcionados con lo que es habitual y usual comparativamente:
- Cuando se esta presente ante un resultado totalmente ajeno a los que persigue el médico, en el momento de realizar un tratamiento o llevar a cabo una intervención quirúrgica.
21. Fallecimiento o lesiones graves sucedidos durante el transcurso de intervenciones quirúrgicas sencillas o tratamientos médicos sin complicaciones.
22. Ausencia de detección de preeclampsia<sup>5</sup>, eclampsia<sup>6</sup> o Síndrome de Hellp<sup>7</sup> en embarazadas y fallecimiento de las mismas.
23. La muerte de parturientas<sup>8</sup> en el hospital sin patología previa.
24. Por no obtener el resultado prometido en cirugía voluntaria, satisfactiva o estética:
- Pérdida de visión tras intervención oftalmológica.
  - Embarazo no deseado tras ligadura de trompas o vasectomía.
  - Daños o mal resultado estético como consecuencia de operaciones mamarias, liposucciones, implante de cabello, rinoplastias<sup>9</sup>, odontología.

---

<sup>5</sup>Preeclampsia (PEC): es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la 20a semana de gestación.

Cualquiera de los siguientes criterios son suficientes para el diagnóstico de Hipertensión:

- a) Aumento de la presión sistólica en 30 mm Hg o mayor, Aumento de la presión diastólica en 15 mm Hg o mayor.[21]
- b) TAM (Tensión Arterial Media) mayor a 105 mm Hg o incremento de 20 mm Hg en 2 determinaciones.[22]

<sup>6</sup>Enfermedad de carácter convulsivo, que suelen padecer los niños y las mujeres embarazadas o recién paridas. Acomete con accesos, y va acompañada o seguida ordinariamente de pérdida o abolición más o menos completa de las facultades sensitivas e intelectuales.

<sup>7</sup>El síndrome HELLP es una complicación seria de la hipertensión inducida por el embarazo (problemas de alta presión del embarazo). Se presenta aproximadamente en 2 a 12 por ciento de las mujeres con hipertensión del embarazo. Generalmente se desarrolla antes del parto, pero puede presentarse también después del mismo. El síndrome HELLP consiste en los siguientes problemas:

- Hemólisis - desintegración de los glóbulos rojos.
- Enzimas hepáticas elevadas - daño a las células hepáticas que altera la función hepática (detectado mediante análisis de laboratorio).
- Plaquetas bajas - las células de la sangre necesarias para la coagulación y el control de la hemorragia.

<sup>8</sup>Dicho de una mujer: Que está de parto o recién parida.

<sup>9</sup>Operación quirúrgica para restaurar la nariz.

### 3.5. Secreto Profesional

Dentro las responsabilidades profesionales esta el secreto profesional según el **Código Penal** en su **Art. 302** que dice: " *El que teniendo conocimiento de secretos en virtud de su estado, ministerio, profesión, empleo, oficio, arte o comisión, los revelare sin justa causa, o los usare en beneficio propio o ajeno, si de ello se siguiere algún perjuicio, será sancionado con privación de libertad de tres meses a un año y multa de treinta a cien días*" como podemos ver este artículo tipifica de manera específica la violación de dicha ley (penal), entonces la profesión del médico no podrá revelar sin justa causa algún secreto de estado de salud de su paciente, está claro que tampoco podrá usar información alguna sobre el estado de salud del paciente en beneficio propio, sin embargo a esto surge una especie de contradicción en sentido de que también existe otro deber de obligación de denunciar delitos de cuya existencia tome conocimientos debido a su profesión, siempre y cuando afecte esto a la salud de la familia, de la sociedad, o que se este ante un proceso judicial a solicitud de la autoridad competente.

Por tal razón podemos considerar algunas causas que justifican el revelar el secreto de su profesión, por ejemplo la declaración como testigo (dentro una demanda de responsabilidad civil); cuando a sido comisionado para reconocer el estado físico de una persona ante autoridad competente, cuando se trate de denuncias destinadas a evitar que se cometa un error judicial cuando, hay una denuncia de enfermedad infecto contagiosa, al expedir certificado de defunción y cuando actúa como autoridad o funcionario de un centro médico.

### 3.6. Responsabilidad de Centros Médicos

#### 3.6.1. Responsabilidad de hospitales

Dentro de las responsabilidades cabe resaltar la responsabilidad de hospitales por una mala praxis médica.

La mala praxis o la negligencia en un hospital, ocurre cuando esta institución proporciona servicios de salud en tratamiento y cuidado inadecuado a un paciente. Si su doctor fue descuidado, falto de entrenamiento o hizo caso omiso de las reglas durante su estadía en el hospital, el proveedor de los cuidados de salud (o el hospital) pueden ser hallados responsables de negligencia. Entonces los hospitales son responsables de la negligencia de sus empleados. Esto incluye a médicos, enfermeras y técnicos del staff.

#### 3.6.2. Responsabilidad de clínicas

Las clínicas también adquieren responsabilidades por ser éstas personas jurídicas de acuerdo a la **Ley 12760 Art. 58 del Código Civil** es evidente que no podrán cumplir una asistencia médica, sin embargo se valen de auxiliares médicos para cumplir una función, por lo cual las clínicas se pueden

considerar como una entidad deudora. Esto quiere decir que las clínicas tienen la obligación de garantizar la conducta de sus dependientes subordinados o sustitutos en la ejecución de la asistencia, es decir tienen una obligación implícita donde la clínica tiene que proporcionar al paciente una asistencia médica de acuerdo a la categoría y oferta de asistencia que hace en alguna especialidad. Por tal efecto la clínica debe responder por los daños que pueda ocasionar el médico por negligencia, impericia o falta de prudencia.

### 3.7. Otras Responsabilidades

Dentro de otras responsabilidades tenemos a la medicina transfusional, donación y transplante de órganos, comercialización de medicamentos y el control de estupefaciente; donde es posible que suceda algún tipo de negligencia, que no necesariamente es de los médicos.

Por su importancia en los siguientes párrafos se detallan cada uno, mostrando los artículos que pueden ser susceptibles a ser transgredidos por negligencia.

#### 3.7.1. Responsabilidad en la transfusión de sangre

Muchas veces los pacientes se ven en la necesidad de la transfusión de sangre. En estos casos el médico solicita a la entidad correspondiente la búsqueda de sangre adecuada para que el paciente pueda mejorar su salud de alguna manera; para este tipo de casos existe una ley que regula el manejo responsable de la transfusión de sangre nos estamos refiriendo a la **Ley 1687** denominada **Ley de la Medicina Transfusional y Banco de Sangre**.

Es importante analizar esta ley y verificar los artículos susceptibles a ser incumplidos y en consecuencia provocar algún tipo de mala praxis médica.

Para la transfusión de sangre, se debe seguir varios requisitos antes de ser puesta a disposición de un determinado paciente, para empezar la sangre deberá ser extraída de alguna persona donante la cual es regulada por el **Art. 13** "*Toda extracción de sangre se efectuará en establecimientos habilitados legalmente, previo examen médico y de laboratorio*", desde luego que este material después de ser recepcionado necesariamente debe ser guardado bajo ciertas condiciones y el depósito de esta se lo llama banco de sangre, y es precisamente el **Art. 14<sup>10</sup> inc. 1** de esta ley que pone ciertas condiciones para que este producto sea parte del *Banco de Sangre*, de la misma manera el **Art. 23** se refiere a la transfusión sanguínea y la compatibilidad que debe existir entre el donante y el receptor. Por otro lado tenemos el **Art. 37** que indica "*Toda acción u omisión que implique la violación de la*

---

<sup>10</sup> Artículo 14 : "Los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión tienen la obligación de realizar pruebas serológicas a toda sangre extraída a ser transfundida";

- a) Para Lues; (sífilis).
- b) Para Hepatitis A, B, C y D;
- c) Para VIH;
- d) Para Chagas;
- e) Para Malaria;

presente Ley y de su Reglamento, será sancionado como delito contra **La Salud Pública**, tipificada en el **artículo 216 del Código Penal**". Esto demuestra que la **Ley 1687** prevé las sanciones del incumplimiento de esta ley. Está claro que si no se cumple la **ley 1687** se estará dando algún tipo de *negligencia médica* para los profesionales que estén encargados de esta área.

### 3.7.2. Responsabilidad en la donación y transplante de órganos

Dentro de la praxis médica existe la posibilidad de que un determinado paciente tenga la necesidad del transplante de algún órgano vital para su supervivencia, la donación y transplante de órganos, células y tejidos es regida por la **ley 1716**.

Estos trasplantes pueden ser órganos, tejidos o células para un uso terapéutico y las mismas que serán extraídos de personas vivas o cadáveres. La donación de órganos, tejidos o células, debe basarse en el consentimiento informado del actor o de la persona que dona, el **Art. 2 de la ley 1716** que dice: "*El contrato de donación de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos se constituye por un acto expreso entre vivos, únicamente. Tendrá por objeto otorgar a los facultativos del área de trasplantes expresamente autorizados para esta práctica, facultades plenas para proceder a la ablación del órgano donado en beneficio de un tercero que requiera del trasplante, para la reposición de órganos afectados por patologías no reversibles*". Nos demuestra la importancia del contrato que debe llevar adelante este tipo de donaciones, debiendo existir la conformidad del donante.

Por otro lado el **Art. 9** nos habla sobre el donante vivo como el receptor que deben ser ampliamente informados sobre las características de la operación, de la misma manera resalta que debe existir el *consentimiento informado (documento firmado)*, para las partes interesadas.

También tenemos el **Art. 15** que se refiere a los pacientes sometidos a transplante, fallecen por causas sobrevinientes clínicamente y obligan a realizar una autopsia legal en presencia de un médico forense, para verificar si hubo algún tipo de mala praxis médica.

Los centros hospitalarios autorizados para este tipo de actividad son controlados de acuerdo al **Art. 19** de la **Ley 1716**.

### 3.7.3. Responsabilidad de la comercialización de medicamentos

El Estado boliviano da ciertos delineamientos para la comercialización de los medicamentos y lo controla de acuerdo a la **Ley 1737 de Política Nacional del Medicamento**.

Esta política nacional de medicamentos tienen los siguientes objetivos: suponer de medicamentos que garanticen eficacia, e inocuidad, especialmente para personas con bajos recursos, facilitar y promover el uso racional del medicamento lograr el abastecimiento regular y permanente de los medicamentos esenciales para la salud, considerar la actividad prioritaria a la industria farmacéutica nacional, establecer mecanismos de control, adquisición, suministro y dispensación de medicamentos, establecer y fomentar en todo el país farmacias populares.

El **Art. 2** de la **Ley 1737**, "*La presente Ley regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, así como de medicamentos especiales, como biológicos, vacunas, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos odontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos, y productos medicinales naturales y tradicionales*", de la misma manera el **Art. 3** define el área de aplicación.

El capítulo sexto control de calidad de los medicamentos de la **Ley 1737**, asigna como responsable al *Ministerio de Desarrollo Humano* a través de la *Secretaría Nacional de Salud*, quienes deben encargarse de los medicamentos y especialidades farmacéuticas las misma deben ser analizadas y evaluadas permanentemente para el control de su calidad, inocuidad e ineficacia, las cuales deben ser aprobadas por la farmacopea nacional y estar sujetos bajo la *Organización Mundial de la Salud*, la *farmacopea Británica* y de la *Europea*.

Del mismo modo el **Art. 23** de la misma ley responsabiliza al regente farmacéutico, la comercialización de acuerdo al reglamento.

Según el **Art. 37** de la presente ley los medicamentos solo podrán ser recetados por médicos autorizados. **Art.45** que se refiere a las recetas o prescripciones médicas como un documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa.

El **Art. 59** (*Se considerará como infracción punible a la transgresión de los artículos señalados en esta Ley y su reglamento, principalmente a:*

a) *La producción, importación y comercialización de medicamentos sin registro sanitario otorgado por la Secretaría Nacional de Salud del Ministerio de Desarrollo Humano.*

b) *La producción, importación y comercialización de medicamentos no respaldados por un certificado de Control de Calidad.*

c) *La alteración o adulteración de los medicamentos de producción nacional o importados, que serán verificados de oficio o a denuncia de partes.*

d) *La comercialización de los medicamentos, salvo aquellos autorizados previamente como de libre venta fuera de las farmacias, en ferias, mercados o vía pública.*

e) *La distribución y la comercialización de medicamentos, por parte de cualquier persona, institución pública y/o privada que no cuenten con el registro sanitario y la correspondiente autorización.*

f) *La publicidad, promoción y propaganda de medicamentos dirigida a la población en general sin previa autorización del Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Salud.*

g) *El cierre sin notificación previa a la autoridad competente de Laboratorios Industriales Farmacéuticos, Firms Importadoras y/o Farmacias.*

h) *El desabastecimiento intencional de medicamentos por parte de la industria farmacéutica,*

*firmas importadoras y/o farmacias en general. i) La falta de atención en las farmacias de turno.*

*j) La especulación y el agio con medicamentos.*

*k) La comercialización de medicamentos destinados a la promoción médica.*

*l) La inadecuada preservación de la materia prima y/o de especialidades farmacéuticas que requieran condiciones especiales de mantenimiento.*

*m) La venta de fármacos sin el respaldo de la prescripción o receta del facultativo y de acuerdo a reglamentación pertinente.*

*n) La comercialización no autorizada de medicamentos de donación.) se encarga de tipificar la infracción de la **Ley 1737**. De la misma forma el **Art. 61** señala: "Las infracciones señaladas en el **Capítulo XX** se castigarán por la vía administrativa con las sanciones establecidas por el reglamento, y con sanciones penales y responsabilidades civiles de acuerdo a los códigos de la materia", Complementa el cumplimiento de la **Ley 1737**.*

### **3.7.4. Responsabilidad por estupefacientes y la Ley 1008**

La prescripción de estupefacientes sucede cuando un médico extiende una receta de fármacos a sus pacientes de forma imprudente o inexperta ya sea entregando recetas en blanco o recomendando el uso psicotrópico, conociendo que estas son bastante dañinas para la salud, es por tal razón en algunas farmacias cuando la receta esta denominada como sustancia controlada por la **Ley 1008**, retienen la receta médica en el momento de vender para tener como prueba de que se vendió bajo autorización de dicha receta. En caso de que el médico recete a una persona adicta, será sancionado con severidad ya que estaría dando validez a un consumo ilegítimo; no está por demás recordar que la primera convención única de la *ONU* determina sustancias denominadas estupefacientes o drogas como ser *LSD*<sup>11</sup>, *Nescalina*, *Sicosilina*, etc, cuando la dosis es excesiva.

Por otro lado la **Ley 1008** en su **Art. 32 Significado Legal**: La terminología usada en la presente ley tendrá el significado corriente, pero si ella ha sido expresamente definida en su texto, esta definición será la de aplicación obligatoria. Y el **Art. 33 inc. h) Administrar**: *Por administrar se entiende la aplicación directa de una sustancia controlada al individuo, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio.* Y el **inc. j) Prescripción o despacho ilícito**: *Es prescripción o despacho ilícito, ordenar, recetar o facilitar sustancias controladas no necesarias o en dosis mayores a las indispensables, por profesionales de especialidades médicas (médicos, odontólogos, veterinarios y farmacéuticos y otros).*

Como podemos ver el **Art. 33 inc. h)** autoriza al médico a administrar la aplicación de sustancia controlada al paciente, sin embargo en el mismo artículo **inc. j)** también pone límites a dicha receta ya que fuera de ella se considera un acto ilícito e ilegal, y será considerada como tráfico para admi-

---

<sup>11</sup> Dietilamida del ácido lisérgico (LSD), Fármaco alucinógeno, conocido como compuesto psicodélico o psicofármaco.

nistrar a un narcodependiente y puede ser afectada al margen de la ley y será sancionada de acuerdo al **Art. 50 Administración**: *"El que ilícitamente administrare a otros, sustancias controladas, será sancionado con diez a quince años de presidio y mil quinientos a tres mil días de multa, cualquiera fuere la cantidad administrada"*, el médico puede ser sancionado.

Sin embargo el **Art. 58 Falsificación**: *"El que adulterare o falsificare receta médica con objeto de obtener sustancias controladas, será sancionado con tres a cinco años de presidio y doscientos a cuatrocientos días de multa"*.

El que adulterare y/o falsificare licencias, permisos, pólizas de importación, facturas, cartas de porte u otros documentos para internar al país sustancias controladas, será sancionado con ocho a quince años de presidio y tres mil a seis mil días de multa. Nos indica la gravedad en que se puede incurrir al intentar *falsificar* alguna *receta médica* esto va mas que todo para los pacientes.

Como complemento al **Art. 58** está el **Art. 62 Obligaciones de Profesionales**: *"Los profesionales de ramas médicas y de otras, en cuyo ejercicio tuvieran facultad de expedir recetas sobre sustancias controladas y que lo hagan sin llenar las formalidades previstas por disposiciones legales, serán sancionados de conformidad al Código de Salud más dos mil a cuatro mil días de multa. En caso de reincidencia serán sancionados con inhabilitación definitiva del ejercicio profesional, con presidio de dos a cinco años"*.

Adicionalmente se tiene el **Art. 125.- Internación en casas de salud** que dice: *Sólo en casos de urgencia médica el tribunal de la causa podrá disponer la internación de un procesado detenido en un hospital o clínicas públicas por el tiempo que dure el tratamiento, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:*

1. *Diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico a seguir, según certificado médico expedido por un médico especialista inscrito en los registros del Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas. El médico responderá por la calificación del grado de urgencia para la intervención quirúrgica y bajo pena de incurrir en sanción prevista en el **Art. 201 del Código Penal**.*
2. *Certificado médico forense de turno que avale el expedido por especialista.*
3. *Custodia durante las 24 horas del día bajo la responsabilidad del director de penitenciaría.*
4. *Informe del director de la clínica u hospital público de que el procesado detenido ha sido internado y que la operación o tratamiento es necesario.*

*El director de la clínica u hospital público elevará este informe en el día, bajo pena de incurrir en favorecimiento a la evasión prevista por esta ley si el hecho se produjera.*

Con respecto a este artículo podemos mencionar que también la internación en casas de salud de una persona tiene que ver mucho con la responsabilidad y probidad de los facultativos ya que de

ellos depende dar un buen diagnóstico y seguir las normas establecidas y requeridas en un proceso judicial puesto que si se estuviera ante una mala interpretación de diagnóstico se estaría poniendo en riesgo la veracidad de la causa, provocando que la sanción a este sujeto (autor) sea mal aplicada (mala praxis), y en tal sentido el mismo facultativo estaría infringiendo la ley por falsedad ideológica en certificado médico.

### 3.8. Responsabilidad del Médico y la Huelga

Según la **Ley 728 del Código de Ética Médica**, en su **Art. 57 inc.2)** indican que: “*Se impondrán sanciones disciplinarias a los médicos cuando, exista la resistencia a huelgas o paros, decretados por el Consejo Nacional o Departamental*”.

Esto quiere decir que el médico está obligado por ley a realizar huelgas y paros (rompiendo el sagrado juramento que hicieron como médicos, proteger al paciente), en contraposición a la **Ley General del Trabajo Art. 159**<sup>12</sup> que garantiza el derecho a la huelga.

Se puede entender que obligar al médico por ley a efectuar paros, induce directamente a ser negligente como profesional médico, eso explica el cansancio de la población ante este tipo de actitudes.

---

<sup>12</sup>“Fracasadas las gestiones de conciliación y arbitraje los trabajadores podrán declarar la huelga y los patronos el cierre de fábricas o establecimientos o “lock out”, a condición de que la resolución se tome por lo menos por las tres cuartas partes de los trabajadores o patronos interesados respectivamente

# Historia Clínica y el Consentimiento Informado

---

## 4.1. Historia Clínica

La historia clínica es el inicio del ejercicio de la medicina y de las profesiones médicas, tanto en la medicina institucionalizada como en la privada, está basada en la relación médico-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos, según el *Art. 12 del "Reglamento a la Ley 3131, DS. 28562"*. El profesional médico para prestar una buena y adecuada asistencia, tiene que respetar los derechos del paciente (*Art. 13, de la Ley 3131 Ejercicio Profesional Médico*) y cumplir con todos sus deberes (*Art. 14* de la misma), lo cual resulta muchas veces difícil dada nuestra realidad asistencial. Dentro del contexto médico legal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias. La historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar (*Art. 10 inc. c. de la ley 3131*), etc., convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones por responsabilidad a los profesionales médicos y/o a las instituciones públicas.

Como podemos ver la historia clínica adquiere su importancia desde varios puntos de vista: asistencial, ético, médico legal. Todos los aspectos que rodean y afectan a la historia clínica no pueden ser obviados por el profesional médico.

### 4.1.1. Definición Historia Clínica

La historia clínica es el conjunto de documentos surgidos de la relación entre el paciente y el médico, podemos estimar que este hecho surge a partir de la segunda mitad del *siglo XX* entre usuarios y el hospital o Atención Primaria. La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y jurídico también llamado historia de la salud del paciente o expediente médico.

Además de los datos clínicos que tenga relación con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, la historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento del paciente; entonces es un documento que se va haciendo en el tiempo, documentando fundamentalmente la relación médico-paciente.

### 4.1.2. Funciones de la Historia Clínica

La información recogida y ordenada en la historia clínica es un registro de datos imprescindibles para el desarrollo de actividades:

- Investigación clínica.
- Epidemiología.
- Mejora continuada de calidad.
- Gestión y Administración.
- Informativa.
- Probatoria.
- Estadística.
- Docencia.

### 4.1.3. Material necesario para la elaboración de la Historia Clínica

La historia clínica incluye documentos de distinto soporte como son:

1. Papel escrito.
2. Vídeos.
3. Fotografías.

4. Estudios radiológicos.
5. Soporte informático (En los nuevos hospitales y centros de salud las historias clínicas están informatizadas, mediante complejos programas informáticos que unifican la historia clínica.)

Las cuales podrían ser una especie de prueba en casos jurídicos, si la ley los previera.

#### 4.1.4. Partes de la Historia Clínica según ley nacional

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse por diferentes vías que son:

- La anamnesis: Es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente.
- Exploración física o clínica. Pruebas o exámenes complementarios realizados por el médico.
- Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad.
- Tratamiento instaurado.

Con el transcurso del tiempo los datos surgidos de la enfermedad del paciente ayudan a comprender la variación de la historia natural de la enfermedad.

#### 4.1.5. Importancia médico legal de la Historia Clínica

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical<sup>1</sup>, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial<sup>2</sup>, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal<sup>3</sup>, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico legal de acuerdo al *Reglamento de Hospitales Art. 37 inc. I*<sup>4</sup>. donde queda registrada toda la relación del personal médico con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizadas con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros médicos donde el paciente acuda.

---

<sup>1</sup> Conjunto de documentos escritos e iconográficos

<sup>2</sup> Seguimientos de la evolución de tratamiento de un paciente.

<sup>3</sup> Única prueba jurídica en un caso judicial

<sup>4</sup> *Art. 37, I*: "El expediente clínico, es un documento médico-legal de propiedad del hospital y por consiguiente ninguna persona o funcionario podrá retirarlo fuera de la institución, solo por orden de la autoridad competente, podrá emitirse fotocopias autenticadas por el director".

### 4.1.6. Finalidad

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia médica. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio médico, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra asistenciales de la historia clínica, como ser lo jurídico:

1. Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.
2. Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
3. Administrativa: la historia clínica es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
4. Médico-legal: Se trata de un documento público/semi público: estando el derecho al acceso limitado:
  - Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.
  - Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes: *Decreto Ley 15629, Código de Salud*, Ordenación de prestaciones sanitarias *Art. 5 Código de Salud, Derechos de los pacientes Ley 3131, Art. 13, Código Deontológico Médico*[20].
  - Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de

forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.
- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médicos legales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal.
- Defecto de gestión de los servicios clínicos.
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.
- Riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.

#### **4.1.7. Características, de acuerdo al Reglamento**

Entre las características más importantes de la historia clínica podemos señalar las siguientes:

- Seguridad.
- Disponibilidad.
- Única.
- Legible.
- Propiedad de la historia clínica.
- Privacidad y confidencialidad de la historia clínica.

Por su importancia en los siguientes párrafos se desglosa las definiciones necesarias del enunciado anterior.

#### 4.1.7.1. Seguridad

Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

#### 4.1.7.2. Disponibilidad

Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

#### 4.1.7.3. Única

La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria, siendo uno de los principios reflejados en el reglamento de historia clínica *artículo 4 (Reglamento para la elaboración, manejo y archivo de Ética Médica clínico en las entidades de seguridad social a corto plazo)* características de la historia clínica.

#### 4.1.7.4. Legible

Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

#### 4.1.7.5. Propiedad Intelectual de la Historia Clínica:

Según el reglamento de la historia clínica, es propiedad de las instituciones asistenciales *Art. 10 de la ley 3131* que tienen el derecho y la obligación de custodiarla. La historia clínica es en general el producto de trabajo en equipo de varios profesionales y por tanto la propiedad intelectual de su autoría implica a todos ellos. Sin embargo, dada la relación estatutaria entre el equipo médico y la institución para la que trabaja, será ésta última la propietaria de las historias clínicas que se generen sobre sus usuarios. De acuerdo a la definición de la historia clínica (*ver la sección 4.1.1*) podemos decir que; es la historia de la evolución del paciente como tal y esta historia solo sirve al paciente para el seguimiento de su salud. En caso de que el paciente fuera solo un objeto entonces la propiedad intelectual recae en la institución, pero al ser el paciente una persona como tal también tiene derecho a la propiedad intelectual, por todo lo expuesto considero que la propiedad intelectual de la historia clínica es tanto de la institución como del paciente ya que ambos tienen derecho sobre dicho documento.

los datos referentes a su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y tratamiento). De esta forma todo el personal que trabaja con los datos de los pacientes (ficheros de cualquier tipo) o que mantiene relación laboral con ellos, teniendo acceso a la información confidencial, están obligados a mantener el secreto de la información conocida. Y no sólo están obligados por el Código Deontológico de su profesión, sino también por nuestro *Código Penal Art. 302*. El secreto profesional alcanza a los facultativos, enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y personal administrativo, así como al personal auxiliar del hospital. El mantenimiento de la confidencialidad y privacidad de los pacientes implica primeramente a la historia clínica, que debe estar custodiada de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal autorizado. Sin embargo, los preceptos de privacidad deben ser observados en todos los campos de la vida hospitalaria: la privacidad en el momento de la realización de la anamnesis y de la exploración física, la privacidad en el momento de la información a los familiares, las conversaciones entre sanitarios en los pasillos, el mantenimiento de la reserva adecuada de los datos de los pacientes en los controles de enfermería de las plantas de hospitalización (tablones, pizarras), las conversaciones telefónicas, los interfonos abiertos, etc.

#### **4.1.8. Requisitos de la Historia Clínica a normas internacionales**

Por su importancia jurídica la historia clínica debe seguir necesariamente algunos aspectos como bien se define en el reglamento para la elaboración manejo y archivo del historial clínico; las cuales pueden ser:

- Veracidad.
- Exacta.
- Rigor técnico de los registros.
- Coetaneidad<sup>5</sup> de registros.
- Completa.
- Identificación del profesional.

Y tomando en cuenta que a la larga estos documentos son necesarios y en muchos casos, de bastante utilidad, más que todo en los aspectos jurídicos, los cuales definimos en los siguientes párrafos.

##### **4.1.8.1. Veracidad**

La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. Al no cumplir tal requisito se puede incurrir en un delito tipificada en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

---

<sup>5</sup>Referente a la misma edad, contemporáneo.

#### **4.1.8.2. Exacta**

La historia clínica debe ser elaborada exactamente como suceden en el tiempo del tratamiento del paciente.

#### **4.1.8.3. Rigor técnico de los registros**

Los datos contenidos en ella, deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuoso y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

#### **4.1.8.4. Coetaneidad de registros**

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.

#### **4.1.8.5. Completa**

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

#### **4.1.8.6. Identificación del profesional**

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.

### **4.1.9. Elaboración de la historia clínica y sus componentes**

La elaboración de la historia clínica es de suma importancia, por lo cual se detalla a continuación:

#### **4.1.9.1. Obligación**

Todos los establecimientos de atención médica de la seguridad social, deben elaborar con carácter obligatorio un historial clínico de los pacientes que requieren sus servicios, de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento.

#### **4.1.9.2. Historia Clínica**

Debe necesariamente contener esta historia clínica de consulta, hospitalización y emergencia, un solo número para su identificación como lo estipula el *Art. 9 y 10* del presente reglamento.

#### **4.1.9.3. Numeración**

Se debe asignar un solo número de identificación para el historial clínico, debiéndose mantener el mismo número en todo lo establecido que lo compone. A continuación se enumera todo los

---

componentes de acuerdo al reglamento de la elaboración de la historia clínica:

1. Hoja de admisión.
2. Historia clínica.
3. Datos generales.
4. Aspectos técnicos médicos.
5. Nota de internación.
6. Notas médicas de evolución y tratamiento.
7. Exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento.
8. Nota de referencia y contra referencia.
9. Nota pre operatoria.
10. Nota anestésica.
11. Protocolo operatorio.
12. Epícrisis.
13. Resumen de egreso o nota de alta.
14. Nota de alta solicitada.
15. Registro de incruentos técnicos administrativos del personal de enfermería.
  - Registros de signos vitales.
  - Hoja de enfermería según servicios.
  - Hoja de administración de medicamentos.
  - Hoja de kardex.
  - Hoja de administración y eliminación de líquidos.

Informes de juntas médicas, registro de trabajo social, registro de vacunas, etc. Que puedan generarse en el proceso de atención médica deberán ser incluidos en el historial clínico.

## 4.1.10. Manejo de Historia Clínica

### 4.1.10.1. Características

La naturaleza jurídica de la historia clínica que ha sido una cuestión tremendamente debatida, pues de su determinación derivan su eficacia jurídica, el acceso a sus datos y el poder de disposición de éstos, las garantías de la intimidad y del secreto profesional y los límites que por razones de interés público pueden oponerse a su estricta observancia.

En la historia clínica confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos, del médico, del paciente, de la institución sanitaria e incluso públicos.

Las doctrinas sobre la propiedad de la historia clínica son muy variadas, y están regidas por el *Art. 10 de la Ley 3131 Ejercicio Profesional Médico*.

### 4.1.10.2. Estadísticas

Define la evolución del paciente en un determinado tratamiento para dar el alta o la permanencia (baja) del enfermo.

*Sin embargo la estadística de la Historia Clínica no solo debería servir para mostrar el comportamiento de la evolución de un determinado tratamiento al paciente, sino esta debería ser la base informativa que muestre el estado y la evolución de cada persona, paralelamente a los tratamientos que podrían surgir, claro esta que no es posible este tipo de aseveraciones, pero si tomamos al paciente desde que nace ya cuenta con un tipo de historia clínica, esta podría ser una base para poder llevar adelante una estadística de la salud del paciente.*

## 4.2. Consentimiento Informado en el Derecho Médico

Para continuar el presente capítulo, y una vez definida la historia clínica y sus particularidades (ver sección 4.1), pasamos al otro punto de igual importancia como es el *Consentimiento Informado*, el mismo esta desarrollado en la presente sección.

El consentimiento informado viene de la *Lex Artis* que quiere decir, la forma o manera de llevar adelante una actividad médica, por lo cual podemos recalcar que el consentimiento informado en algún momento fue desconocido para la historia de la medicina, sin embargo en la actualidad es un elemento esencial en la relación paciente-médico, que implicará la mejora de la calidad asistencial.

Podemos decir que el consentimiento informado debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que la parte jurídica (derecho), hizo a la medicina, especialmente en el siglo XX, ya que hoy en día esto constituye como una exigencia ética y reconocida por las legislaciones de todos los países. Debido a que en las épocas pasadas la relación médico paciente era demasiado verticalista, es decir que el médico decidía que tratamiento se debería dar al paciente, sin dar ningún tipo de explicación, considerando al paciente como persona débil sin firmeza física, ni moral, por lo cual el médico ocultaba la información y podía valerse del engaño e incluso de la coerción, este

modelo exigía la obediencia y confianza al médico, esto quiere decir que el médico tenía la autoridad suficiente para cumplir con su deber y buscar el máximo beneficio objetivo del enfermo. En otras palabras a este modelo se puede considerar como un modelo paternalista.

Sin embargo en la actualidad la relación médico paciente experimentó una transformación bastante radical debido a que el paciente (enfermo) espera que sus derechos sean respetados como también su autonomía para decidir que es lo que se debe hacer con su salud, y al médico se le exige sobre todo competencia técnica para cumplir las aspiraciones y deseos del paciente. Por tanto este modelo autonomista va con el principio de beneficencia del médico, pero esta tropieza con las limitaciones impuestas con el principio de autonomía, que el paciente exige para decidir sobre sus propios valores.

Hoy en día nos encontramos en un momento democrático de la ciencia médica, donde la moral única pasa a la moral pluralista, quien respeta los derechos y dignidades de cada ser humano, en tal sentido el consentimiento informado viene a constituirse en uno de los derechos mas importantes. Por todo lo acontecido los enfermos hacen prevalecer sus derechos para decidir de acuerdo al principio de autonomía, por lo cual toda persona tiene derecho a la elección libre de sus actos sin ser presionado por nadie.

El consentimiento informado nace en los Tribunales Norteamericanos como una moderna doctrina, cuyas resoluciones destacan el postulado ético. Esta moderna doctrina de consentimiento informado es dictada en el año 1914 en el Tribunal de New York como una de las resoluciones más emblemática e influyentes, al tratarse el caso "Scholoendorff vs. Society of New York Hospital", se presenta el caso de un paciente quien deja estipulado que no admite ningún tipo de intervención, pero el médico que lo trataba consideró necesario operarlo por que presentaba un tumor fibroide, en consecuencia se llevo a cabo un juicio en el cual el juez estimó que todo ser humano adulto y con la lucidez necesaria tenía derecho a determinar que hacer con su propio cuerpo y que si un cirujano opera sin consentimiento comete una agresión, por la que se podrá reclamar por los daños causados, sin embargo tal demanda no prosperó en contra del médico, a pesar de haber las pruebas en ese sentido ya que la demanda se centraba directamente responsabilizando al hospital, por daños causados de parte de los cirujano que usaron sus instalaciones.

A consecuencia de este fallo en los EEUU se formó un importante cuerpo jurisprudencial que marcó las diferentes etapas que han presidido el desarrollo del consentimiento informado hasta adquirir los contornos actuales.

Por otro lado desde los años 90, España es otro de los países que esta difundiendo el consentimiento informado habiendo consagrado en su ley general de sanidad de 1986 (*Art. 10*). En 1997 los Estados Miembros del Consejo de Europa, suscriben el convenio de Oviedo, (para la protección de los DDHH y la dignidad del ser humano con respecto a la aplicación de la medicina y la biología), que entra en vigencia desde el primero de enero del año 2000, con la prohibición de llevar a cabo

intervención alguna sin el consentimiento informado y libre (*Art. 5*).

### 4.2.1. Definición de consentimiento informado

Tomando en cuenta la auto-determinación y libre desarrollo de la personalidad, el consentimiento informado es un proceso gradual que ocupa un lugar en la relación médico paciente, es decir que el paciente recibe toda la información necesaria del médico en términos comprensibles y permite participar en forma voluntaria, consistente y activamente en toma de decisiones respecto a su enfermedad. Hoy en día es aceptado el consentimiento informado en la relación médico paciente, donde el paciente acepta o no someterse a un determinado proceso, diagnóstico o terapéutico luego que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficiente los riesgos que el mismo lleva como las posibles alternativas que puedan existir.

Desde luego es de destacar el deber del médico que debe brindar toda la información de manera concreta y específica a su paciente, para de esa manera obtener el consentimiento informado del paciente, sin ningún tipo de presión psicológica alguna.

En otras palabras podemos decir que el consentimiento informado es la justificación del acto médico, siendo que el paciente, se base en la autonomía y auto determinación.

### 4.2.2. Información del Consentimiento Informado

La información terapéutica se puede considerar que concuerda con la doctrina y jurisprudencia actual, al considerar la información del paciente como fruto de la obligación asumida por el equipo médico, la cual es requisito para todo consentimiento, ya que el paciente puede emitir su conformidad al plan terapéutico de forma efectiva, para lo cual el médico debe necesariamente explicar a su paciente todo lo relacionado al estado de salud, posibles tratamientos, con sus ventajas y desventajas que puede llevar esto.

La información brindada al paciente debe realizarse con un lenguaje claro y de acuerdo al entorno cultural de cada persona, otorgando una explicación comprensible con respecto a la terminología científica que utiliza cada especialista.

Por lo expuesto podemos asumir que existen dos puntos de vista con respecto al deber de informar del médico a su paciente: Como presupuesto informado y presupuesto indispensable para llevar a cabo el tratamiento determinado.

Sin embargo, de acuerdo al derecho autónomo de cada persona, estas pueden conocer la información disponible en términos comprensibles, suficientes y acordes para su diagnóstico y tratamiento, aquí nos encontramos con el deber de informar terapéuticamente por parte del médico al paciente para posteriormente realizar dicho tratamiento.

La información constituye el núcleo esencial de la información clínica, orientada directamente a la toma de decisiones con relación al tratamiento, sin menospreciar la



éxito del tratamiento.

La información terapéutica es un proceso continuado en el tiempo, que no se agota con la obtención del consentimiento informado.

En síntesis podemos mencionar que la información juega un papel fundamental en la relación médico-paciente de calidad, siendo el paso más importante que el paciente conozca todo lo referente a su enfermedad, esto servirá para organizar y adecuar la conducta durante el periodo de duración de la enfermedad, por su parte, el médico fundamentará sobre este problema el resto de las explicaciones y justificará la petición de análisis complementarios y decisiones terapéuticas.

### **4.2.3. El deber de información y el principio de autonomía.**

Como se mencionó en párrafos anteriores la relación médico paciente, durante mucho tiempo se dio en un contexto paternalista, porque estaba guiado por el principio de beneficencia, ya que el médico siguiendo su criterio personal era el que decidía por su paciente. Es importante mencionar desde un punto de vista legal, que el consentimiento informado constituye el principal principio de autonomía, pero de la misma manera debemos analizar el papel que desempeña la información y el consentimiento. Se debe hacer la diferencia en el caso de que el médico es el eje de la situación, o por el contrario el eje de la situación que construye sobre la base de la autonomía del paciente.

Es necesario establecer que el médico de acuerdo a su ética profesional tiene un objetivo principal que es el bienestar del paciente, exista o no consentimiento, uno de los ejemplos bastante conocidos es el de los Testigos de Jehová, que generalmente se niegan a recibir una transfusión de sangre, en este caso el médico sin importar esta negativa realiza tal transfusión para salvarle la vida, pero en lo que respecta al presupuesto del paciente como eje de decisión la infamación pasa a un primer plano, utilizando para que el paciente de manera consciente y libre decida seguir los pasos, respetándose la autonomía de su voluntad.

Por otro lado *Cifuentes*[6], toma como principio insoslayable el "respeto por la persona y sus derechos más entrañables, su libertad y su autonomía. Los enfermos sin remedio deben saberlo para decir no sólo si se someten a un último esfuerzo operatorio, doloroso y que se propicia inútil, sino para preparar sus últimas voluntades. En todo caso en las reacciones más complicadas, no se modifica el respeto hacia el paciente en sí, por tal razón, solo el paciente puede tomar ciertas disposiciones cuando esta tiene cierta aptitud y el engaño solo sería una manera de entorpecer, ya que el médico es responsable en caso de ocultamiento de la verdad o modifique algún pronóstico, es por eso que el médico debe actuar con mucha prudencia, oportunidad y mesura, para lo cual debe estar preparado, sin olvidar que el derecho del paciente debe ser respetado.

A esto debemos agregar que según *Bueres*[2], los casos en que la negativa del paciente se debe a cuestiones religiosas, donde el médico debe actuar sin solicitar la autorización judicial respectiva y luego justificar su accionar en caso de que sea reprochado, pues es indiscutible que la vida del

paciente es un bien supremo tutelado por el ordenamiento jurídico, y ello no puede contraponerse a la voluntad de un paciente que se encuentra obnubilado<sup>6</sup> por sus creencias".

#### 4.2.4. Presupuestos del Consentimiento Informado

##### 4.2.4.1. El paciente y el consentimiento informado

Es evidente que el paciente es quien tiene el derecho a decidir la actuación o intervención y ser él quien reciba la información. En lo que respecta a menores de edad o incapaces se lo deberá realizar por medio de los representantes legales, quienes irán en busca de favorecer la salud, en caso de que los padres o tutores por motivos religiosos se negaren a una intervención como es el caso de los Testigos de Jehová, será el juez quien de la autorización, actuando en beneficio del menor, evitando de esta manera el abuso de derechos del padre o representante.

En caso de que un médico, estuviera en una situación en la que un paciente esté inconsciente y peligre su vida, siendo imposible localizar a sus familiares o representantes, éste actuará lícitamente para intervenirlo amparado por el estado de necesidad, como lo señala el *Art. 12 del Código Penal*.

Lo mencionado anteriormente, no es suficiente para abarcar todos los casos que puedan presentarse, por tal razón Javier Fernández Costales[8] sugiere algunos, por ejemplo cuando el paciente se niega a una intervención que es imprescindible para salvar su vida, el médico podrá realizar la operación amparándose en el estado de necesidad, en caso de que el representante legal de un enfermo inconsciente se opusiere. Por otro lado, el médico respetará la decisión del paciente, si la transfusión no fuera determinante para su salud.

##### 4.2.4.2. El médico y el consentimiento informado

El médico como tal es un importante jugador en la relación médico paciente por tal razón el consentimiento informado lo toma en cuenta como uno de los principales actores en esta relación, por eso es importante que el médico tenga la virtud de ostentar su habilitación legal como Profesional capaz de desempeñar la medicina, por tanto esta protegido legalmente de acuerdo al *Código Penal Art. 218*, donde establece una sanción para aquel que sin poseer título académico expedida por la autoridad, ejerza una profesión, por todo ello, podemos mencionar la *Ley 3131 Ejercicio Profesional Médico* en su *Art. 7* hace referencia a la *Matricula Profesional*, para los que la obtengan tendrán que estar matriculados en el Ministerio del Área de Salud, y podrán ejercer libremente la medicina en nuestro país.

##### 4.2.4.3. Forma del consentimiento informado

El consentimiento informado, necesariamente debe seguir ciertos pasos para ser válidos, a esto llamamos la forma de hacer las cosas o la forma de proceder, esto quiere decir que no se requiere de un requisito especial para que tenga validez este documento, sin embargo sí es necesario realizar

---

<sup>6</sup>Significa ofuscar o confundir, ( Según el diccionario de la enciclopedia Encarta 2003)

el consentimiento por escrito para salvaguardar posibles reclamos a causa de esto, ya que pone la carga de la responsabilidad al médico quien deberá probar haber obtenido el correspondiente consentimiento.

Como podemos advertir el consentimiento informado es de mucha importancia, especialmente para el médico ya que a éste le sirve como una especie de paraguas para protegerse de posibles actos que puedan presentarse después de una determinada intervención, sin embargo debemos tomar en cuenta que este consentimiento es un proceso largo que se va dando en la relación médico paciente, que luego debe ser estipulado en un documento, y esto se realizará conforme el médico vaya detallando al paciente el tratamiento que seguirá, con ventajas y desventajas que se puedan presentar, esto se lo hará siempre y cuando el paciente este consciente y con capacidad de entender, mejor si se efectúa en el momento de la consulta pre-operatoria.

Es de gran importancia las anotaciones hechas por los médicos en el historial clínico, cuyo contenido son valorados por las cortes, en especial cuando estas son progresivas, demostrando que fueron realizadas contemporáneamente de acuerdo a los hechos que se registran de los expresados por los pacientes.

Como podemos ver, la obtención del consentimiento informado es importante, ya que el médico debe llevar de forma adecuada y/o la referencia de la historia clínica del paciente, pero esto no exonera al médico de las posibles responsabilidades que pudiera incurrir en el tratamiento del paciente en un acto de mala praxis médica.

#### **4.2.5. Objetivo del Consentimiento Informado**

El objetivo que persigue el consentimiento informado es más que todo para un tratamiento médico quirúrgico, donde se debe incluir todos los riesgos inherentes a dicho proceso. Esta claro que el médico no debe incluir ningún resultado certero de la evolución del paciente pues le esta expresamente prohibido asegurar resultado alguno. Es decir, el médico deberá informar al paciente de todas las circunstancias que puedan incidir en la toma razonable de decisión, como los medios y el fin de tratamiento médico, indicando el proceso del diagnostico, su pronostico, como también los posibles riesgos al que se expone el paciente, las cuales deben estar detalladas con mucha precisión.

El consentimiento informado por su importancia debe seguir un modelo, el mismo permitirá descifrar con mucha facilidad las posibles fallas que pueda haber tenido el médico al realizar una praxis médica, por lo cual en el *Apéndice D* se presenta un modelo de consentimiento informado.

Si bien es cierto que muchas veces existe límites al momento de dar una información médica al paciente, creando un conflicto de intereses en lo que respecta la auto determinación que encierra el consentimiento por un lado y la vida por otro. Esta situación se da muchas veces por un mal incurable que padezca el enfermo, en tal sentido parece razonable que el médico omita la totalidad de la verdad en los casos en que el paciente no se halle en condiciones psíquicas adecuadas para

conocer la realidad de su estado de salud, ante esto se menciona que el médico tiene un campo de discrecionalidad, sin perjuicio de que sí se pueda revelar a los parientes el real estado del enfermo.

La existencia de diversas situaciones en las que el médico debe intervenir con suma urgencia y sin demoras, por estar en peligro la vida del paciente, y ni siquiera pudiendo avisar a los familiares, esto se lo conoce como el "*Privilegio Terapéutico*", porque este profesional está eximido de cumplir con la obligación de informar, actuando directamente para salvaguardar la integridad de su asistido, una vez que la salud se encuentre normalizada este profesional debe informar al paciente y familiares de lo sucedido. Tomando en cuenta que muchas veces este privilegio alcanza a la mayoría de los enfermos, depende del paternalismo de los médicos, y deberá ser utilizado solo en los casos justificados.

En lo que respecta a los pronósticos fatales, podemos decir que no es motivo suficiente para ocultar la información, aunque como ciertos autores opinan que sería una crueldad decir la verdad a un enfermo, es cierto que siempre aparecen situaciones difíciles que pueda afectar al médico para que no informe a su paciente o informar de manera gradual y atenuada incluso apoyándose en la deontología médica, sin embargo todo esto no impide que se comunique a los familiares. Cuando se trate de una grave enfermedad, teniendo aún posibilidades de salir adelante, dependiendo de la evolución física y psíquica del paciente, es cierto que no todo se puede decir a los pacientes, habrá que ver de quien se trata, porque una información muy detallada podría dañar en vez de mejorar la salud de este, de cualquier manera siempre se informará a los pariente cuando el enfermo no este en condiciones de recibirla.

Para terminar podemos mencionar que el consentimiento del paciente puede ser retirado en cualquier momento una vez conocida la información detallada y sus consecuencias, este es un principio arraigado porque nadie puede ser forzado a someterse a una intervención quirúrgica, por que los seres humanos deben ser capaces de dar o negar su libre consentimiento para realizar cualquier proceso médico sobre su persona.

#### **4.2.6. Consentimiento Informado y la Legislación Nacional**

El consentimiento informado se encuentra establecido en la *Ley 3131 Ejercicio Profesional del Médico* en sus *Art. 10 inc. c) Documentos oficiales* y *Art. 12 deberes del médico inc. i, j)*, donde establecen reglas claras con relación al deber que tienen los médicos a informar a sus pacientes acerca del proceso asistencia que recibirán, y del respeto que deben guardar cuando exista negativa de parte de estos a recibir algún tipo de terapia o intervención de acuerdo al *Art. 12 inc. d)* de la misma ley, solamente se podrá realizar sin tal consentimiento, cuando el paciente se encuentre en estado de inconsciencia o ante tentativas de homicidio, de la misma manera debemos tomar en cuenta lo que dice el *Código Civil* en su *Art. 14 " Toda persona puede rehusar someterse a un examen o tratamiento médico"*.

---

También el **Código de Salud Ley 15629 Art. 5 inc.b)** hace referencia al "*derecho de ser informado por la Autoridad de Salud en materias relacionadas con la conservación, restauración y mejoramiento de la salud*".

Sin embargo cuando se esta ante una cirugía mutilante de ciertas partes del cuerpo, se debe solicitar la conformidad del paciente por escrito, a menos que la inconsciencia o la gravedad del estado de salud lo impida, se deberá requerir la conformidad de los representantes por incapacidad de este, siempre apoyándose en lo que estipula el **Código de Ética Médica Ley 728, Art. 13** "*El médico para realizar cualquier tipo de amputación deberá pedir el consentimiento del paciente, o autorización de los familiares o apoderados del enfermo, en caso de incapacidad mental o legal, los que podrán exigir se haga por escrito o en presencia de testigos, salvo situaciones de urgencia y ausencia de aquellos en que dentro de lo posible deberá contar con la aquiescencia de uno o mejor dos médicos llamados a consulta*".

---

# Aspectos Jurídicos Nacional e Internacional

---

El presente análisis será relacionado con la salud y la mala praxis médica.

## 5.1. Jurisprudencia Boliviana

A continuación, de todo lo desarrollado en el presente trabajo de investigación, es importante que realizemos un análisis de los medios jurisprudenciales de los que se vale la práctica jurídica boliviana, para establecer la responsabilidad de quien es sometido a juicio.

En tal sentido debemos acudir a los cuerpos legales adjetivos como es el *Código de Procedimiento Penal* y el *Código de Procedimiento Civil*.

El Código de Procedimiento Penal hace mención a los siguientes artículos; **Art. 204 Pericia** "*Se ordenará una pericia cuando para descubrir o valorar un elemento de prueba sean necesarios conocimientos especializados en alguna ciencia, arte o técnica*". **Art. 205 Peritos** "*Serán designados peritos quienes, según reglamentación estatal, acrediten idoneidad en la materia*". **Art. 177 Levantamiento e identificación de cadáveres** "*La policía realizará la inspección corporal preliminar y la descripción de la situación o posición del cuerpo y de la naturaleza de las lesiones o heridas*". **Art. 178 Autopsia o necropsia** "*El fiscal ordenará la autopsia o necropsia conforme a las reglas de la pericia y bajo esas formalidades podrá ser introducida al juicio por su lectura. Si el fiscal no ha ordenado la realización de la autopsia o necropsia, las partes podrán solicitar al juez que la ordene de conformidad a los Artículos 307 y siguientes de este Código*". **Art. 179 Inspección ocular y reconstrucción** "*El fiscal, juez o tribunal podrán ordenar la inspección ocular y/o la reconstrucción del hecho, de acuerdo con las declaraciones recibidas y otros elementos de convicción, para comprobar si se efectuó o pudo efectuarse de un modo determinado. Si el imputado decide voluntariamente participar en la reconstrucción regirán las reglas previstas para su declaración. Su negativa a participar no impedirá la realización del acto*".

Como vemos, en éstos artículos del Código de Procedimiento Penal, está claramente establecido, que los fiscales y las partes gozan de libertad para decidir y solicitar la participación de actuaciones periciales, en circunstancias donde los estudiosos del derecho, no tengan conocimiento de una ciencia o especialidad, refiriéndonos específicamente, cuando se está ante un juicio por mala praxis médica, en tal sentido los peritos son los más experimentados, hábiles y prácticos en una determinada ciencia. Con respecto al levantamiento de cadáveres e incluso las autopsias para posibilitar una mejor investigación, de algún tipo de delito cometido en la integridad de una persona, queda a cargo de la policía llevando un trabajo conjunto con la fiscalía, de la misma manera la inspección ocular y reconstrucción de los hechos, es un punto de vital importancia en este tipo de proceso judiciales, aca interviene también el médico forense por estar capacitado en este tema.

Finalmente tenemos a nuestro *Código de Procedimiento Civil* que en el **Art. 430** indica: **Procedencia** "*Será admisible la prueba pericial cuando la apreciación de los hechos controvertidos requiriere conocimientos especializados en alguna ciencia, arte, industria o técnica*". En este punto es posible observar nuevamente, que las leyes adjetivas a las que hacemos mención, reconocen la necesaria participación de los peritos para el *esclarecimiento* de aquellos problemas que son vedados al juez, pero que requieren de su pronunciamiento.

El **Art. 443** del mismo cuerpo legal indica: **Gastos y Honorarios** "*Los gastos y honorarios de los peritos correrán a cargo de la parte que solicitare la pericia. Los de los peritos nombrados de oficio serán pagados a prorratas por las partes*". Es necesario tomar en cuenta este artículo, por ser una causal determinante para dificultar e imposibilitar definitivamente, la practica de peritaje provocando con ello aún más la impunidad de quienes son culpables.

### 5.1.1. Posibles casos de mala praxis médica

Como se habrá dado cuenta el lector, la jurisprudencia desde el punto vista jurídico se basa en la manera de proceder o aplicar las leyes en cada caso, sin embargo es bueno mostrar algunos ejemplos, donde puede ponerse de manifiesto la negligencia medica en los casos que se dictan en los siguientes párrafos[5], son ejemplos<sup>1</sup> que podrían darse en situaciones reales.

**Caso I (Lesiones)** Al paciente se le hace una intervención de hemorroides, se le aplica sin su consentimiento, raqui-anestesia o anestesia raquídea, se produce una paraplejía por anestesia. Naturalmente la operación no era de urgencia. Se aplica esa anestesia por falta de anestesista. De lógica que existe responsabilidad en el médico, por más de que la operación fuera sencilla, este estaba ante un hecho riesgoso.

**Caso II (Lesiones)** El actor fue internado en la clínica por una diagnostico de "cura de sueño".

Estando bajo tratamiento fue mandado a un piso superior a que le saquen una radiografía, al

---

<sup>1</sup> Los ejemplos de las posibles actos de mala praxis se extractaron del libro Responsabilidad Civil y Penal del Médico en Bolivia, de Juan José Castellón Prado, Pag. 310 a 325.

subir sufre una caída a consecuencia de su enfermedad, se plantea una demanda a la clínica la que es responsable por no mandar al paciente acompañado por una enfermera o auxiliar.

**Caso III (*Lesiones con incapacidad permanente*)** Una paciente intervenida quirúrgicamente por una fibroma. Luego de permanecer varias horas en el quirófano, se informa al esposo que había sufrido un paro cardíaco al practicarsele la primera incisión en la región pelviana, por lo que se paró la operación y la paciente debía permanecer en terapia intensiva. La paciente queda descerebrada, tiene una vida meramente vegetativa, tiene una deformación fisonómica. Realizadas las investigaciones, el bisturí eléctrico produjo un arco voltaico que le ocasionó graves quemaduras, de donde vino un paro cardíaco y que fue la demora de la recuperación lo que ocasionó la descerebración. Se admite la culpabilidad de los profesionales por falta de un aislamiento correcto.

**Caso IV (*Lesiones-parálisis facial y sordera*)** Se acusa a un neurocirujano actuante de negligencia al haberle seccionado el nervio facial a un paciente, produciéndole la parálisis facial y la sordera. El cirujano no aplicó métodos científicamente correctos o descuidando la mayor negligencia ocasión o expuesto.

**Caso V (*Lesiones*)** Es responsable el médico radiólogo actuante en su profesión, en el caso en el que se sometió a la actora a un tratamiento de la enfermedad de la piel que padecía sobre la base de los rayos a lo largo de varias aplicaciones, las mismas que se hicieron sin protección alguna sobre los ojos y a causa de ellas, a parte de muy serios trastornos se produjo su ceguera total. De lógica, es responsable este profesional que al curar de una dolencia en el rostro de un enfermo, se procedió con un tratamiento de rayos sin la debida protección, de cuyo resultado quedó ciego.

**Caso VI (*Lesiones resección del codo*)** Un paciente sufrió un accidente que le produjo una fractura pluri-fragmentaria del cóndilo externo del húmero derecho. Intervenido quirúrgicamente por dos traumatólogos; tuvo que recurrir a otra clínica donde fue nuevamente intervenido, resecionándole el codo derecho. Existe la responsabilidad de los primeros médicos que intervinieron por los daños que han ocasionado, ubicado en el incumplimiento contractual. Porque el médico se obliga a prestar a los pacientes, cuidados concienzudos y solícitos; a la aplicación del saber y proceder conforme a las reglas y adelanto de la ciencia; podemos sostener que la culpa de los facultativos en este caso sería en base a ciertas deficiencias que señala la pericia.

**Caso VII (*Lesiones*)** Esta es responsabilidad única y exclusivamente del bioquímico, por la errónea clasificación del grupo sanguíneo; como consecuencia del cual se transfunde sangre incompatible que puede favorecer la sintomatología del stock y producirse anuria post-transfucional. Aquí se presenta una responsabilidad exclusiva del bioquímico.

**Caso VIII (*Lesiones*)** La responsabilidad cae sobre el radiólogo en los daños causados al paciente como resultado de una excesiva exposición a los rayos X. El propietario es directo responsable y queda eximido de la misma el médico.

**Caso IX (*Lesiones*)** En un caso de operación de cirugía estética cuando prácticamente terminada estaba la misma, se produce un accidente por exceso de oxígeno en el sistema de anestesia que se aplicaba a cargo del especialista, la misma que le provocó un trastorno pulmonar y cardíaco bastante grande que derivó en un estado cianótico, con secuelas en el cerebro. Después de un periodo que se llevaron tratamientos y cirugías de emergencia sobrevino la descerebración y su muerte. Aquí viene el hecho de analizar 3 aspectos centrales del caso:

a).- Cirugía estética.

b).- Aplicación de la anestesia.

c).- La falla del aparato proveedor de oxígeno. En el presente caso es cierto que no hay nada que probar, el daño está dado, existe el damnificado, y tiene que procederse con su indemnización.

**Caso X (*Lesiones*)** Se trata de un paciente que fue operado de adenoma de próstata, en el cuarto día se presentó un cuadro de frialdad y paracétesis en el miembro inferior derecho; se recurre entonces a un especialista en cirugía cardiovascular, quienes prescriben medicamentos. Al lograrse mejoría, se da de alta, retornando el paciente a su domicilio para ahí continuar el tratamiento. Como se sintiera dolido y a sugerencia de su médico de cabecera es internado en otra clínica privada, diagnosticando obstrucción de la rama derecha de la prótesis aorto femoral (se practicó un by-pass), un mes después es intervenido quirúrgicamente realizándole un by-pass acciolo femoral, a los 7 días se produce una oclusión y se procede a amputar el miembro inferior derecho. Se procedió con mucha ligereza al dar de alta al paciente, por lo que existe responsabilidad profesional.

**Caso XI (*Homicidio*)** El médico al practicar un raspaje perfora en tres partes el útero y el intestino de la paciente, a la vez descuida el post operatorio al autorizarlo antes de la intervención a retirarse más tarde si se sentía mal, por último le da instrucciones sobre la forma en que debía ocultar a los padres de la enferma, ya que muere días después de una peritonitis. Existe negligencia e imprudencia y otros.

**Caso XII (*Homicidio Culposo*)** El médico comete impericia o tratamiento erróneo. Se diagnostica una hemorragia post-aborto y se efectúa un raspaje uterino; en rigor, se trataba de un embarazo ectópico roto con inundación peritoneal. A pesar de que el médico puede argumentar como error científico, que el raspaje pudo estar aconsejado o que no tuvo la intención de dañar a

la paciente, pero existe la responsabilidad médica por falta cometida en el desempeño de su profesión.

**Caso XIII (*Homicidio Culposo*)** El presente caso es un tanto común en nuestro medio y es a consecuencia de una intervención traumatológica practicada en la muñeca de un niño, para lo cual se aplica anestesia local, lo que requiere un estado de ayuno, circunstancias que no se daban en el presente caso, se halla culpable el anestesista, por el hecho de no haber verificado o consultado con el niño sobre si habría ingerido alimentos, el anestesista debió efectuar un sondaje de estomago y esperar un tiempo prudencial, lo que consideraría personalmente como una negligencia del examen médico, previo a la anestesia.

**Caso XIV (*Homicidio Culposo*)** Intervenida que fue la paciente quirúrgicamente en una clínica. Posteriormente se toma radiografía, la misma que revela la presencia de una pinza de Kocher en el abdomen. Como era inevitable extraerla (la pinza es una tijera punteaguda que mide aprox. 13 cm. de largo), se necesitó una segunda intervención, la misma que se realiza en una clínica a petición de los parientes. Se produce la muerte de la paciente en el post operatorio inmediato. La responsabilidad es de los intervinientes en la primera operación y simplemente en los segundos existiría concurrencia de causas.

**Caso XV (*Homicidio Culposo*)** Una paciente embarazada realiza su control médico desde el segundo mes de gestación ante un ginecólogo, pero cuando es atendida por otro médico se comprueba la muerte del feto inmacerado. El ginecólogo no cumplió con su contrato de asistencia médica para con su paciente, por lo que es responsable de las consecuencias de ese mal control y por la muerte del feto.

**Caso XVI (*Negligencia*)** Un paciente internado en una clínica, recibe varias transfusiones de sangre, posteriormente fallece con hepatitis, el paciente ingresó a la clínica con simples dolencias en el corazón. Analizadas las cosas se encuentra que el virus de la hepatitis estaba en la sangre que se le inyectó al paciente, osea en la transfusión. En razón de que la sangre esta clasificada como un "*producto*", vendido al paciente o como un servicio que presta el hospital; si llegamos a considerar como un producto, es aplicable la teoría de la responsabilidad del proveedor, si se lo considera un servicio sería una acción o negligencia del hospital. El responsable en este caso, sería el banco de sangre o los distribuidores.

**Caso XVII (*Negligencia*)** Se plantea la responsabilidad por falta médica (olvido) de retirar una gasa de la cavidad abdominal de una paciente, durante una operación cesárea, que a consecuencia de ello originó que se extirpe el ovario y la trompa correspondiente, así como una parte del intestino grueso, no hay fundamento para argumentar el olvido de una gasa.

- Caso XVIII (*Eximente*)** El paciente o sus pariente adquieren el marca-pasos del fabricante, de sus representantes o distribuidores. Estos venden el elemento con una garantía de 5 años o de por vida. Pero llegado el momento el marca-pasos no sirve o es defectuoso, por lo que no se puede responsabilizar al médico por el no funcionamiento o mal estado del aparato.
- Caso XIX (*Certificado Falso-Ley 1008*)** Un vendedor ambulante de droga (*cocaína*), que es detenido vendiendo a granel en nuestro medio, cae en manos de agentes de narcóticos o sustancias controladas, comercializando la droga y para no ser juzgado como tal, recurre a un médico para obtener un certificado médico que es de consumidor; o recurre a un laboratorio para hacerse sacar análisis de sangre con muestras de droga.
- Caso XX (*Certificados Falsos*)** El médico que extiende un certificado falso, sea a un estudiante universitario, para no presentarse a exámenes o a un trabajador para justificar su inasistencia al trabajo, incurre en el delito de falsedad ideológica y material.
- Caso XXI (*Incumplimiento de Reglamentos y Deberes*)** Se está practicando una intervención quirúrgica de alto riesgo en una determinada clínica, tanto en ella como en las zonas aledañas se presenta un atentado terrorista, y de lógica se produce un corte de energía eléctrica en media intervención quirúrgica, a consecuencia de dicho apagón, desde ya imprevista, fallece el paciente, porque no se puede proseguir con la operación, en razón de que el material quirúrgico a utilizarse era eléctrico, son responsables tanto la clínica como el jefe médico; era obligación de la clínica de que el momento de la intervención quirúrgica, este previsto el funcionamiento de un generador eléctrico en forma independiente. Es responsable el médico en razón de que debiera exigir a la clínica, antes de la operación, el funcionamiento de un generador de energía eléctrica.
- Caso XXII (*Pérdida de capacidad para concebir*)** Se imputa a la clínica, la mala atención a una paciente por los médicos dependientes del mismo. La intervención fue una operación cesárea seguida de un raspado uterino, posteriormente se hace una nueva intervención en un hospital del Estado, practicándole una histerectomía subtotal con conservación de ambos anexos y cierre de muñón uterino cuya natural consecuencia fue la pérdida definitiva de la capacidad para concebir. Presentada la demanda, admitida la misma en primera instancia se dicta auto de procesamiento, recurrida en apelación se revoca la misma indicando que no existe la suficiente prueba o culpa del médico o cirujano. Argumentando que evidentemente se exige del médico la observación de principios o técnicas de su disciplina y el mayor celo profesional en la atención del médico, pero en el presente caso no se ha probado ni impericia, ni negligencia en el tratamiento efectuado al paciente.

## 5.2. Análisis a Leyes de Bolivia

Para hacer un análisis jurídico de la mala praxis en nuestro país, ha sido necesario dedicar ciertos capítulos donde se explican los objetivos de este trabajo de tesis desde un punto de vista meramente técnico enfocando la parte jurídica de cada procedimiento, por lo cual podemos dividir en tres grupos el análisis que requiere nuestras leyes para los casos de mala praxis médica, a continuación se detallan las mismas:

1. Que la Constitución Política del Estado, las Convenciones del Pacto de San José, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, todas ellas en sus respectivos artículos garantizan el derecho a la vida.
2. Si bien nuestra Constitución nos garantiza el derecho tanpreciado como es la vida, es necesario que contemos con un conjunto de instrumentos jurídicos que puedan hacer cumplir ese derecho, y al hablar de este conjunto de instrumentos, nos referimos al código penal, código civil y sus procedimientos.
3. A todo esto se debe añadir las otras leyes médicas que intentan garantizar la buena praxis de la medicina.

Como podemos ver, se ve insuficiente para el objetivo que sigue este capítulo, por tal razón en los siguientes párrafos se presenta un análisis exhaustivo de las leyes relacionadas con la mala praxis médica.

### 5.2.1. Vacío del Código Penal con respecto a la mala praxis médica

El Código Penal boliviano si bien tipifica los delitos contra la integridad corporal y la salud en los *artículos 260* referente al *homicidio culposo* y el *Art. 270 de las lesiones* y siguientes, no establece de forma específica el efecto de una negligencia medica.

### 5.2.2. Respaldo del Código Civil al Código Penal

De la misma manera el Código Civil también juega un papel muy importante ya que según el *Art. 984* sobre *Resarcimientos por hechos ilícitos* que a la letra dice: "*Quien con un hecho doloso o culposo, ocasiona a alguien un daño injusto, queda obligado al resarcimiento*". Este artículo realza al código penal que sanciona penalmente, ya que según el *Art. 87* del *Título V Capítulo I del Código Penal* que se refiere a la *Responsabilidad Civil*.

### 5.2.3. Vacíos en el Código de Ética Médica (Ley 728)

Una vez analizado el código que corresponde a ética médica, podemos decir que esta ley es más dirigida a los deberes y derechos del médico hacia con los pacientes, sin embargo consideramos que

descuida bastante con respecto a los posibles actos de negligencia medica por incumplimiento de ciertas normas, protocolos y deberes, por lo cual encontramos observaciones y contradicciones, que se identifican en las siguientes secciones.

### 5.2.3.1. Observaciones

Entre las observaciones tenemos dos:

1. En la **Ley del Código de Ética**, hay ausencia de deber del médico de contar con un *seguro médico* para el caso de que se presentara algún acto de *mala praxis médica*. Este deber podría ser más que todo para apoyar al código penal en cuanto a sanciones por actos dolosos **Art. 91**, sin embargo se debe entender que este seguro solo debe abarcar (garantizar) en lo que respecta al resarcimiento económico y *no así al acto doloso (no debe proteger del acto de delito)*.
2. Por otro lado también observamos el **Art. 57** donde imponen sanciones disciplinarias a sus miembros que incumplan el **Art. 57 inc. 2** "*resistencia a huelgas o paros decretados por el consejo Nacional y/o departamental*" Según este artículo se obliga al médico a romper su juramento como profesional médico, de acuerdo a la *Declaración de Principio del Código de Ética y Deontología Médica* que indica "*ser fieles a nuestros principios y firmes*"<sup>2</sup> y por qué no decirlo! este artículo obliga al médico a incurrir en negligencia médica.

### 5.2.3.2. Contradicciones

Una vez hecho un análisis exhaustivo de los alcances que puede tener el **Art. 57 inc.2) del Código de Ética Médica**, al obligar a sus afiliados a acatar los paros y huelgas, en consecuencia su incumplimiento tendría sanciones disciplinarias. Encontramos que este artículo origina varias vulneraciones e infracciones a las siguientes leyes: **Ley 15629**, **Ley 728** (un hecho sui generis al contradecirse a si mismo), **Ley General del Trabajo**, **Constitución Política del Estado** y el **Código Civil**, por lo cual dedicamos la próxima sección para mostrar esas contradicciones.

Las contradicciones que genera el **Art. 57 inc.2)**, de la **Ley 728** son:

- La **Constitución Política del Estado** es vulnerada en su **Art. 7 inc. a), c), k)** y el **Art. 8 inc. a)**.
- La **Ley General del Trabajo**, a pesar de que esta ley regula y da delineamientos como debe reclamar un trabajador sus derechos y en última instancia llegar a realizar paros, es vulnerada en los **Art. 117**, **Art. 118**, y **Art. 119**.

---

<sup>2</sup>Estatuto orgánico y reglamento del colegio médico Pag. 220,

- El **Código Civil**, con mucha sorpresa verificamos que el **Art. 6** protección a la vida también es vulnerada.
- El **Código de Salud** también es afectado el **Art. 4**, que establece el derecho a la salud de todo ser humano.
- En el **Código de Ética Médica** increíblemente el **Art. 2 inc. 2.1)** actuación del médico "*respeto a la vida*", es ignorada completamente, ya que esto puede provocar la *Negligencia Médica*.
- Por último en la **Ley del Ejercicio Profesional Médico** encontramos que el **Art. 12 inc. a)** (*deber del médico*) y el **Art. 13 inc. a)** (*derechos del paciente*) son lesionados.

#### 5.2.4. Ley del Ejercicio Profesional Médico (Ley 3131)

Si bien esta ley prevé la regulación del ejercicio profesional médico, en el *Capítulo IV del Ejercicio Médico* y las funciones, podemos observar que no se da mucha importancia a la Historia Clínica, puesto que las historias clínicas son el eje principal en la relación médico paciente, muchas veces este aspecto es infringido por algunos médicos, quedando la posibilidad de que surja por esta situación alguna supuesta mala praxis en el ejercicio de la profesión.

### 5.3. Análisis de Derecho de algunos Países respecto a la Mala Praxis

#### 5.3.1. Derecho Alemán

El derecho Alemán, se enfoca en una defensa directa del médico, basándose en el comportamiento para un supuesto proceso, que no se encuentre sujeto a caprichosas interpretaciones, donde la supuesta mala aplicación de la actividad profesional, no se ajusta a la pura verdad, por lo cual debe darse una dispensa por llevar adelante una demanda que no se ajusta a las exigencias requeridas.

En tal sentido podemos mencionar que el tratamiento quirúrgico establece un ordenamiento que contemple no solo los intereses del paciente, sino también del médico. El tratamiento en cuestión ha sido estudiado y desarrollado a través de todas sus fases y con intervención de un análisis crítico, pero equidistante de toda subjetividad y cuyos alcances resultan muy severos cuando puede afianzarse a través del análisis la culpabilidad médica, implementando o utilizando la misma tesitura cuando se debe eximir de culpa e iniciar el embate contra la interposición por la falta de coincidencia entre relato y hechos.

Al referirnos al código penal y la omisión con la que actúa con referencia al ejercicio profesional del médico, es porque es un derecho inherente al médico el mismo puede ser traducido en una causal que justifica su propia actividad. En consecuencia se puede manifestar que si existe el consentimiento prestado por el paciente, tal acción servirá como absolución en la actividad realizada.

Debemos tomar en cuenta que el Derecho Alemán toma una preponderancia a la salud, por ser un bien jurídico cuya tutela resulta innegable, el cual debe desarrollarse dentro de la estrictez de las normas y su protección debe procurarse en cualquier momento.

Podemos mencionar que la punición alcanzará cuando la salud del paciente ha retrogrado quedando la responsabilidad sobre las espaldas del médico interviniente. Esto no significa que el derecho Alemán inculpe directamente, sino autoriza todas las defensas en contra de las incriminaciones. De lo expuesto se puede establecer que la falta de consentimiento puede llevar a una conducta dolosa, en cambio con la existencia de éste, se puede tomar como un justificativo, muchas veces de un acto cuya validez jurídica es innegable.

Con la existencia del consentimiento que es de aceptación universal en el Derecho Alemán [16], el código penal carece de fundamento cuando la actividad médica no presenta culpa o carácter doloso, en lo que respecta a la falta de responsabilidad en emergencias quirúrgicas en las cuales el consentimiento prestado resulta de fácil constatación.

En síntesis es innegable que la protección al médico aparece consagrada en doctrina y jurisprudencia, dependiendo de aquel en su comportamiento profesional, el no quedar afectado a acciones por mala praxis, recordando que las exigencias establecidas, al ser transgredidas, provocan la sanción, pero si de su actividad se desprende el acatamiento debido, mal podrá auto presagiar sanciones que atenten contra aquel ejercicio profesional.

### **5.3.2. Derecho Italiano**

En cambio el Código Italiano, establece que el médico no puede ser sujeto de delito, si es que este cuenta con el consentimiento del paciente o del persona autorizada para ello, en tal sentido esto quiere decir que la aplicación de un derecho que este habilitado por la norma excluye todo tipo de sanción que perjudique al médico.

En resumen y de acuerdo al derecho Italiano [16], podemos decir que el consentimiento es el elemento esencial y causal justificable para dispensar al médico de cualquier tipo de culpabilidad, al desempeñar un tratamiento quirúrgico, el mismo que debe ser manifestado por el paciente o representante en caso de incapacidad, el cual es exigido por la ley para el deslinde de responsabilidad médica.

Es importante resaltar que la salud y la integridad física, son los valores más importantes para el Estado y preservarla es beneficio para todo individuo, por todo lo descrito podemos mencionar que es imprescindible la presencia de todos los factores integrativos que hacen al tratamiento o intervención, que son preservación de la salud y el consentimiento expreso.

Para finalizar llegamos a la conclusión de que ambas legislaciones Alemana e Italiana, que si bien difieren en el aspecto jurisprudencial, no puede ser ignorada cierta similitud en algunos aspectos.

### 5.3.3. Derecho Español

Entrando a la doctrina del Derecho Español podemos destacar que se caracteriza por la mínima cantidad de sentencias dictadas que afectan a los profesionales de la salud, guardando cierta analogía con los ya mencionados (*ver las secciones 5.3.1 y 5.3.2*).

Esta incertidumbre que aparece generalizada y como respondiendo a una imposibilidad material de recurrir por ante un tribunal, ha hecho desistir al probable litigante de toda acción que implique la acreditación judicial de responsabilidad.

Por lo menos se ha operado una merma substancialmente apreciable en el número de demandas enderezadas a la demostración de culpabilidad.

Como bien dice Quintano Ripollés<sup>3</sup> resulta improbable determinar si la intervención quirúrgica estuvo adecuada a las circunstancias que generaron el éxito, respondiendo fielmente a las perspectivas previas, o si contrariamente se puede endilgar impericia u otra causal de responsabilidad médica en el evento quirúrgico que se debate. Si ello no surge con la meridiana claridad exigida, se constituye en un óbice trascendente para la condena que pueda meritarse o proponerse en perjuicio del médico interviniente. Difícil respuesta para tal interrogante por las dificultades que se manifiestan cuando de resolver se trata, ya que la simple posibilidad de duda neutraliza cualquier solución que se proponga. Del examen minucioso de los elementos obrantes debe concluirse con responsabilidad o eximición de ella.

Ello resulta justificativo en la prácticamente imposible oportunidad de dejar expedito el acceso a la condena, ya que el juzgador se atenderá objetivamente no solamente a las particularidades del caso, sino a la regla que establece una jurisprudencia uniforme, que si bien no es abundosa por la limitada promoción de demandas por mala praxis, aparece reconfortada y afianzada por el consenso del tribunal que decidirá expedirse en armonía con las cosas juzgadas y que responden a tales peculiaridades. Y en este punto tan controvertido en la mayoría de las legislaciones que no responden a solidarizar con la claridad de exposición y resolución de la jurisprudencia y parcial doctrina del derecho alemán, italiano y /o español, se vincula íntimamente y de manera excluyente con la valoración o preferente atención que debe merecer el tratamiento médico cuando es contemplado desde la óptica jurídico penal, con abstracción de todo otro enfoque que no tenga atingencia con la misma; y aparece como prioritaria consideración la responsabilidad penal del médico que debe ser asumida o que la legislación y/o jurisprudencia le impone en emergencias determinadas.

En el derecho español el médico se ve asistido por una serie de factores que impulsan un actuar obediente al respeto y acatamiento de la ciencia cuanto imposiciones de orden moral que deben imponer la sumisión del profesional a sus reglas.

La que ha enfatizado sobre la necesidad de afianzar este criterio irrestricto de libertad médica es

---

<sup>3</sup>Quintano Ripollés, Derecho Penal de la Culpa, Bosh, Barcelona.

precisamente la jurisprudencia, que ha dictaminado, concordantemente con el criterio de irresponsabilidad médica, la que debe ser esgrimida como sustento o alegación de dispensa, en cuanto el médico, al someter al paciente a una intervención, se ha conducido con la seriedad y solvencia del irremplazable rigorismo científico que le impone la disciplina que ejecuta.

Lo precedente se conjuga armónicamente con la imposibilidad de conocer de manera concluyente si el deceso del paciente o la lesión provocada fueron consecuencia del accionar negligente del médico o se debió a la derivación propia de la contingencia quirúrgica. Vale una u otra de las respuestas que puedan obtenerse, pero la imposibilidad de lograr con claridad y precisión la certeza y convicción de ello, hace inútil insistir en interpretar la resolución que pudiere recaer, como justa y adaptada a la realidad objetiva, salvo el caso de una prueba tan eficiente a la que no pueda oponerse excepción o no excusa procesa. Dice Quintano Ripollés, siguiendo con este razonamiento, por otra parte plausible y conducente, que la responsabilidad penal es sólo aplicable cuando pueda calificarse a la actividad médica como imprudencia temeraria.

Resulta obvio que la conclusión no puede ser sino aplicada a la tipicidad que corresponda al acto criminal, y el encasillamiento culposo con su dosis o complemento de sanción resulta irremediablemente cierto cuando la imprudencia temeraria resulte de aplicación[16]



---

# Políticas sobre la Mala Praxis Médica en Bolivia

---

El presente capítulo está dedicado a identificar alguna de las políticas de prevención del riesgo en la mala praxis médica, considerando también que se debe dar algún tipo de alternativa preventiva.

Aunque no exista una fórmula mágica e infalible para evitar la mala praxis, se hace necesario aplicar todos los esfuerzos en el sentido de crearse condiciones y mecanismos capaces de contribuir de forma efectiva, por lo menos en la disminución de esos malos resultados.

La primera providencia en este sentido es desarmar a las personas de un cierto pre concepto de que el médico es responsable por todo resultado atípico e indeseado en el ejercicio de la medicina, cuando algunas veces es también responsabilidad de la víctima. Por eso, se impone centrar nuestra comprensión en el montaje de un *perfil epidemiológico del mal resultado*, en el sentido de apuntar no apenas su diagnóstico, sino también fomentar la promoción de una política de conductas, medios y mecanismos que sea eficaz en la corrección de estos desvíos.

Es que la medicina actual no es otra cosa que una sucesión de riesgos. El gran arsenal tecnológico de que dispone actualmente la Ciencia Médica, trajo para el hombre, provechos inestimables. Por otro lado, ese nuevo orden no pudo evitar que surgiesen más accidentes en el ejercicio de la profesión médica, en otras palabras vivimos la era del riesgo.

El accidente médico es, algunas veces inevitable e inesperado y sus causas son, desde el punto de vista subjetivo, difíciles pero con posibilidades de ser determinadas.

## 6.1. Factores de Riesgo

Como se ve en la práctica del ejercicio médico, muchos son los factores de riesgo que llevan al mal resultado. Podemos clasificarlos como factores no asistenciales y factores asistenciales.

### 6.1.1. Factores No Asistenciales

Entre los factores no asistenciales podemos destacar los siguientes:

- El sistema de salud.
- La falta de compromiso del médico.
- La no-participación de la sociedad.
- La no-revisión del aparato formador.
- La falta de enseñanza continuada.
- La precaria fiscalización del ejercicio profesional.

Por su importancia en las siguiente subsecciones de detalla cada uno de los factores no asistenciales.

#### 6.1.1.1. El sistema de salud

Lo que más llama nuestra atención en el ejercicio de la medicina es la desorganización que el sistema de salud pública tiene. La llamada socialización de la medicina con la expansión de los servicios de salud y la creación de las instituciones prestadoras de la asistencia médica, colocó al médico y al paciente en ciertos conflictos, los cuales, casi siempre, cuentan con complejas implicaciones de orden ética y legal. Por otro lado, las políticas sociales y de salud no se realizaron como instrumento de redistribución de la renta y de atenuación de las desigualdades sociales. No se atiende el principio de la universalización y de la equidad, y pasan lejos de la discusión y de la participación democrática de los sectores organizados de la sociedad. El modelo de desarrollo económico y social impuesto durante las últimas décadas mostró excesivamente concentrador, aunque con las nuevas leyes como es la ley de la Participación Popular, donde el *Art. 20* se refiere a los niveles de atención indicadas en el *Art. 5* del *Reglamento General de Hospitales*, como también el *Art. 21* con respecto a los gastos relacionados a la administración, mantenimiento y renovación de la infraestructura transferida, que estarán a cargo de los Gobiernos Municipales receptores, y el *Art. 22* que manifiesta las transferencias de los institutos nacionales de investigación y normalización, la dotación de los medicamentos, que los centros hospitalarios de salud deben ser abastecida por los ingresos propios y los Gobiernos Municipales que cuentan con la coparticipación tributaria, como también los gastos de alimentación y el equipamiento de hospitales a cargo de los Gobiernos Municipales, apoyadas por la Secretaría de Salud, por otro lado también la secretaría nacional de salud debe dar asistencia técnica para la adquisición y mantenimiento de equipos médicos y capacitar al personal municipal relacionado con la administración de la infraestructura física del sector, como podemos ver con estos tres artículos se trata de enfrentar este problema con la descentralización

de la administración, sin embargo solo llega hasta ahí, se ve con frecuencia el abandono en que se encuentran los centros médicos, por falta de recursos económicos y una política adecuada y son que en esas condiciones de penuria y de precariedades que el médico ejerce sus actividades, que deben ser dignos a ser tomados en cuenta, por todo los gobiernos de turno.

#### **6.1.1.2. La falta de compromiso del médico**

Hay motivos políticos y sociales que comienzan a exigir de los médicos posiciones más coherentes con la realidad que se vive. Un modelo capaz de revelar el mejor papel que esa postura desempeñe en el complejo proyecto de derechos y deberes, y que pueda apuntar, con justicia y acierto, el camino ideal en la realización del acto médico y en las exigencias del bien común. Por eso el médico no puede quedar indiferente, pues el ejercicio de la medicina es un acto político en favor de la salud individual y colectiva. El propio Código de Ética del médico debe estar dirigido en tal sentido, si no, qué ética es ésta que no ve tales necesidades, principalmente cuando ellas alcanzan a los más desfavorecidos y necesitados, tantas veces desheredados de la suerte. Por lo tanto, es deber del médico luchar organizadamente en favor de las mejores condiciones de atención y no considerar la enfermedad como un resultado de la fatalidad. No basta modificar la relación entre el hombre y la naturaleza, sino, también mudar las relaciones sociales.

#### **6.1.1.3. La no-participación de la sociedad**

La falta de participación de la sociedad hace que la cuestión de la mejoría de las condiciones de salud y de los niveles de vida se concentren solamente en las manos de los médicos. Es preciso que la sociedad se manifieste siempre que sea necesario, haciendo ver su inconformismo y su revuelta contra la disparidad reinante entre las condiciones de salud de la colectividad y las disponibilidades cada vez más crecientes de la ciencia y de la tecnología. Debe entender aún que la lucha contra el mal resultado en la asistencia médica pasa por propuestas y encaminamientos de las políticas sociales públicas y que ese resultado tan indeseado no tiene como causa única la mala praxis de los médicos. Por eso cuando vemos los movimientos de organización y de movilización de los sectores sociales contra la "mala praxis" no podemos quedar ajenos a eso, desde que tal encaminamiento tenga como propuesta la prevención de resultados indeseables y no el simple deseo de venganza patrocinado por parientes de las víctimas de resultados atípicos. El ideal sería que esos grupos se aliasen a los médicos y a todos aquellos que se interesan por la lucha en favor de la buena asistencia médica, pues ahí se concentra ciertamente la base para una política de prevención de riesgos de malos resultados.

#### **6.1.1.4. La no-revisión del aparato formador**

Ningún analista de esta cuestión deja de señalar el nivel de la enseñanza médica de nuestro país como uno de los causadores de la sufrible formación profesional por la mayoría de las universidades

y escuelas médicas y la falta de una buena planificación y una buena asignación de recursos, consecuentemente, como factor preponderante en la eclosión del mal resultado. Además de las pésimas condiciones de enseñanza y aprendizaje, de los bajos salarios de los profesores, de la falta de una estrategia para un perfil del médico que se necesita y de la falta de recursos para la investigación y la extensión, no existe una revisión sobre esa calidad de enseñanza, sino tan solamente las decisiones precipitadas e irresponsables de creación de nuevas universidades privadas que casi siempre son lucrativos. Además de esto, las maniobras astutas de empobrecimiento de las escuelas con el propósito de colocarlas en el paquete de las privatizaciones inconsecuentes, lo que, por lo menos, sugiere complicidad.

#### **6.1.1.5. La falta de enseñanza continuada**

Otro punto importante es la falta de enseñanza continuada para ejercer la profesión médica no basta una habilitación legal, representada por un título y su registro en los Consejos de Medicina. Es necesaria la continuada habilitación profesional constituida de un permanente aprendizaje. La verdad es que no existe ninguna norma o ninguna exigencia obligando al médico a actualizarse siempre. Es también rarísima la institución pública o privada que se dedique o que presente un proyecto dedicado a la enseñanza continuada, dando oportunidad de reciclaje médico o estimulando al profesional en la perspectiva de acompañar razonablemente los pasos de su ciencia.

#### **6.1.1.6. La precaria fiscalización del ejercicio profesional**

Aunque los Consejos de Medicina tengan como objetivos primero las tareas pedagógicas y doctrinarias, no se puede omitir como papel significativo la fiscalización del ejercicio de la medicina, como forma de ajustar al profesional a los dictámenes consagrados en su Código de Ética, "cabiéndole cuidar y trabajar por todos los medios a su alcance, por el perfecto desempeño ético de la medicina y por el prestigio y buen concepto de la profesión y de los que la ejerzan legalmente". Los Consejos no pueden quedar apenas en las interminables reuniones donde son discutidos asuntos de menor interés o de destinarse tan solamente a la expedición de libretas. Deben partir para una ofensiva más positiva para verificar la calidad de la asistencia.

### **6.1.2. Factores Asistenciales**

En lo que respecta a los factores asistenciales mencionamos los siguientes:

- El desgaste de la relación médico-paciente.
- La falta de condiciones de trabajo.
- El abuso de poder.
- La falsa garantía de resultado.

- La falta del consentimiento esclarecido.
- La precaria documentación de los procedimientos.
- El abandono del paciente.
- El llenado inadecuado de las historias Clínicas.

Como se puede ver los factores asistenciales son varios, que se irán detallando cada uno en las siguientes subsecciones.

#### **6.1.2.1. El desgaste de la relación médico-paciente**

No es sólo por el hecho de parar la demanda judicial por mala praxis, pero todos saben que una buena relación entre el médico y su paciente es una forma de mejor entrelazamiento, de mejor percepción de los problemas del asistido y una manera de estimular el interés y la dedicación profesional. Una relación médico-paciente amistosa deja al asistente y al asistido en condiciones de ejercer tranquilamente sus papeles. Infelizmente, por razones de las más variadas, esta relación, aunque no de manera generalizada, viene transformándose en una tragedia, o por lo menos, en un encuentro desconfortable. Lamentablemente, la deterioración de la relación médico-paciente se presenta como el motivo más fuerte del aumento de acciones de responsabilidad profesional. Hay que encontrar un camino para invertir esta situación y hacer que esta relación vuelva a ser la cualidad que colocó a la medicina en un lugar de respeto y consideración.

#### **6.1.2.2. La falta de condiciones de trabajo**

Nadie desconoce también que muchos de estos malos resultados tengan como origen las pésimas y precarias condiciones de trabajo, en una atención a la salud cada vez más decadente y anárquica como proyecto, mismo que tengamos un número razonable de médicos con relación a nuestra población. Los servicios públicos, con honrosas excepciones, están desmantelados por una política dirigida por la propia estrategia de poder, como forma deliberada de desmoralizarlos y entregarlos a la iniciativa privada, a ejemplo de lo que se está haciendo precipitadamente como política de privatización. La verdad es que los profesionales de la salud sienten en su día a día, cada vez más, dificultades para ejercer sus actividades, frente a las indigentes condiciones de trabajo. En este escenario perverso, es fácil entender lo que está aconteciendo en los locales de trabajo médico, donde se multiplican los daños a las víctimas, y donde lo más fácil es culpar a los médicos como primeros responsables.

#### **6.1.2.3. El abuso de potestad médica**

Es necesario, saber si el profesional médico, actuó con la cautela debida, sin precipitación, inoportunismo e insensatez, ya que una de las formas más comunes de desvío de poder es la práctica

médica, efectuada por profesionales que no están capacitados para realizar determinada especialidad médica, otra forma condenable y por eso agravante en una evaluación por supuesta mala praxis es el procedimiento innecesario.

#### **6.1.2.4. La falsa garantía de resultado**

Mismo que el médico deba ser optimista cuando participa junto al paciente, él no debe garantizar ciertos resultados, principalmente si este procedimiento es complejo y de riesgo, como en la cirugía estrictamente estética. Lo que se recomienda es el uso adecuado de los medios y conductas que favorezcan al paciente y una palabra de estímulo que no signifique promesa, pues en determinados instantes esta garantía de resultado siempre favorable significa una violación al deber de informar debida y correctamente.

#### **6.1.2.5. La falta del consentimiento esclarecido**

Con el avance cada día más elocuente de los derechos humanos, el acto médico, como regla, sólo alcanza su verdadera dimensión y su incontrastable destino, cuando se tiene el consentimiento del paciente o de sus responsables legales. Así, a groso modo, todo procedimiento profesional necesita de una autorización previa. Además, se exige no sólo el consentimiento puro y simple, sino el consentimiento informado (*ver la sección 4.2.1*). Se entiende como tal, el consentimiento obtenido de un individuo civilmente capaz y apto para entender y considerar razonablemente una propuesta o una conducta, exenta de coacción, influencia o inducción. No puede ser obtenido a través de una simple firma o de una lectura apurada en textos minúsculos de formularios en camino de la sala de operaciones. Al contrario, por medio de lenguaje accesible a su nivel de convencimiento y comprensión (principio de la información adecuada *ver el Apéndice D*).

Puede ser que el consentimiento informado sea un instrumento de defensa ante una alegación de mala praxis, el mismo tiene como sentido mayor la dignificación de la persona. El consentimiento no es un acto irrevocable y permanente (principios de la revocabilidad y de la temporalidad). Por otro lado, debe quedar bien claro que el hecho de tener un consentimiento informado, esto por sí sólo, no exenta al médico, cuando existen otras faltas en el cumplimiento de los deberes de conducta.

#### **6.1.2.6. La precaria documentación de los procedimientos**

Todo proyecto de gerenciamiento o administración del riesgo de mala praxis debe contar con orientación adecuada de la documentación de los procedimientos realizados. No es demás decir que en nuestro sistema de proceso es siempre muy importante la prueba documental. Como las acciones judiciales son muy morosas, y como los demandantes tienen un plazo hasta cierto punto largo, para pleitear la acción, es importante que todos los documentos referentes a la asistencia discutida sean guardados, por lo menos por diez años para las exigencias de la *Auditorías Médicas* y de veinte años para la prescripción de la obligación contractual.

### **6.1.2.7. El abandono del paciente.**

La regla es que el médico no puede abandonar a su paciente, a no ser en situaciones muy especiales, anotadas en el *artículo 18 del Código de Ética Médica*, donde puede hasta renunciar al tratamiento, desde que eso sea llevado al conocimiento de su asistido o de sus familiares, y que no haya perjuicio con esa separación. Por otro lado, es muy natural que en una relación profesional, no existiendo más la confianza del paciente, o cuando él no atiende las recomendaciones y las prescripciones médicas, lleguen a un acuerdo, a través del cual el médico sea dispensado de su asistencia.

### **6.1.2.8. El llenado inadecuado de las historias clínicas**

Uno de los elementos más valorizados cuando se hace la evaluación de un caso de mala praxis, es la historia del paciente (*ver la sección 4.1.1*). En este documento deben estar de forma legible no apenas la anamnesia, sino todo el conjunto de documentos, ordenado y conciso, referente al registro de los cuidados médicos prestados y a los documentos juntados. Consta del examen clínico, sus fichas de evolución y de prescripción terapéutica, los informes de enfermería, los informes de la anestesia y de la cirugía, la ficha de registro de resultados de exámenes complementarios y, mismo hasta copias de certificados y solicitudes de exámenes. Constituye la historia un verdadero dossier que tanto sirve para análisis de la evolución de la enfermedad, como para fines estadísticos que alimentan la memoria del servicio y como defensa del profesional, caso sea responsabilizado por algún resultado atípico e indeseado. Por lo que vimos, su inexistencia o su llenado incompleto puede transformarse en un factor negativo en los procedimientos de prueba. Creemos que la historia es la mejor arma cuando se realiza una evaluación judicial<sup>1</sup>.

## **6.2. Políticas de prevención de la mala praxis médica**

Como políticas de prevención podemos citar varios, sin embargo es de resaltar los más importantes, los cuales se presentan en las siguientes subsecciones.

### **6.2.1. Políticas de asignación presupuestaria a Salud y Educación**

La Salud y la Educación es la parte más importante para todo los bolivianos, por tal razón el Estado tiene la obligación de buscar políticas para dar prioridad a estas áreas.

#### **6.2.1.1. Presupuesto**

El presupuesto que asigna el Estado es a nivel nacional, en la presente sección analizaremos el presupuesto que corresponde al sector de Salud y Educación frente al Ministerio de Gobierno y de Defensa.

---

<sup>1</sup>Resumen de la conferencia pronunciada en las "Jornadas de Gestión Riesgos Médico Legales para Clínicas y Hospitales", realizadas en Santiago de Chile, de 22 a 23 de marzo de 2002.

Cuadro 6.1: Asignación presupuestaria para las gestiones 2001 a 2006 correspondiente a Salud, Educación, Min. Gobierno y Min. Defensa.

Año	Ministerio Salud	Ministerio Educación	Ministerio de Gobierno	Ministerio de defensa
2001	255,699,378.00	270,283,831.00	735,065,323.00	917,935,883.00
2002	265,812,045.00	312,679,791.00	844,634,684.00	976,113,700.00
2003	361,114,802.00	331,723,629.00	921,133,612.00	1,017,762,261.00
2004	314,419,525.00	296,233,527.00	930,206,643.00	1,124,794,731.00
2005	349,982,010.00	247,411,360.00	1,008,493,719.00	1,124,794,731.00
2006	377,591,801.00	262,355,326.00	1,081,913,934.00	1,246,365,982.00
Total	1,924,619,561.00	1,720,687,464.00	5,521,447,915.00	6,407,767,288.00

En el *cuadro*<sup>2</sup> 6.1 se expone el presupuesto que asigna el *Tesoro General* de la *Nación*. Donde la primera columna corresponde a las gestiones de análisis, la segunda columna nos indica el presupuesto al sector de salud, de la misma manera la tercera columna corresponde al sector de la educación, la cuarta columna expone el presupuesto asignado al Ministerio de Gobierno, la última columna se refiere al Ministerio de Defensa y en la parte inferior esta la suma total de cada columna para las gestiones de 2001 a 2006.

En la *gráfica* 6.1 se puede observar la evolución del presupuesto que el gobierno asignó al sector de salud, que tiene ciertas mejoras con respecto al año 2001, de la misma manera en la *gráfica* 6.2 se presenta la asignación al sector de educación que es otro rubro importante para nuestra sociedad.

Para el presente trabajo hemos querido mostrar una comparación de la asignación presupuestaria del sector de la *Salud y Educación* frente al *Ministerio de Gobierno y Ministerio de Defensa*, sin olvidar que en el *Presupuesto General de la Nación* existe muchos otros rubros más, como ser *Minería, Medio Ambiente, . . .*, etc.

En la *figura* 6.3 se puede ver la Política Económica del Estado en el manejo del presupuesto para la Salud, Educación, Ministerio de Gobierno y Ministerio de Defensa, donde se puede verificar que la Salud y Educación no es tomada muy en serio en contra posición tanto como el Ministerio de Gobierno y de Defensa son más importantes en la conducción del estado boliviano.

En la *figura* 6.4 se puede verificar la suma total de las gestiones 2001 a 2006 de las instituciones ya indicadas y con mucha sorpresa vemos que el sector de Salud como la Educación son rezagadas frente a los otros (Min. de Gobierno y Defensa), los números se pueden verificar en el *cuadro* 6.1 donde nos muestra que para la Salud se asignó en los 6 años 1.924 millones de bolivianos y al sector de Educación 1.720 millones de bolivianos, sin embargo el Ministerio de Gobierno recibió 5.521 millones y el Ministerio de Defensa 6.407 millones de bolivianos, si sumamos Educación y Salud se

<sup>2</sup>Datos obtenidos del Ministerio de Hacienda

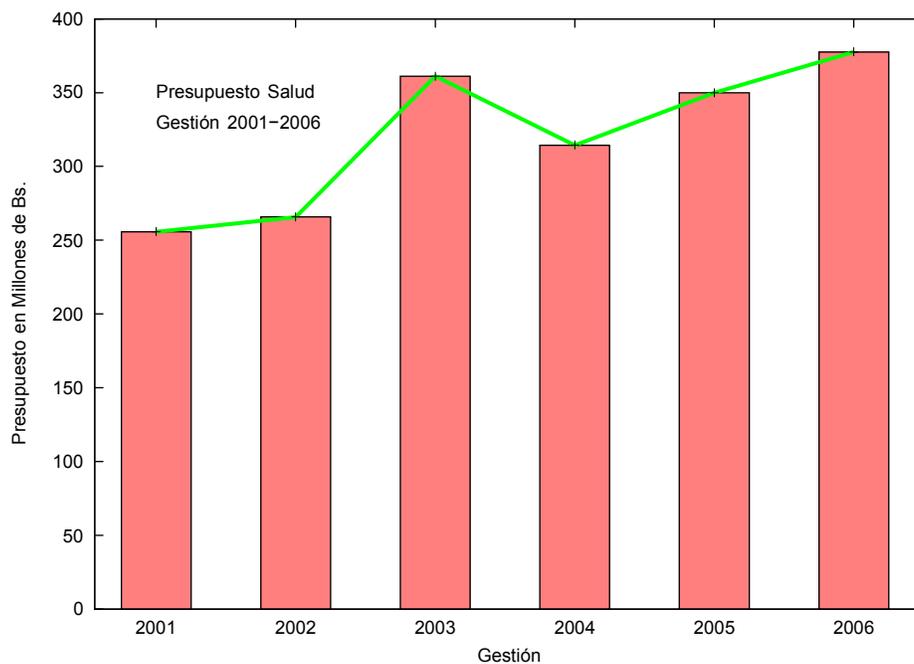


Figura 6.1: Asignación presupuestaria al sector de *Salud* en millones de bolivianos para las gestiones 2001 a 2006

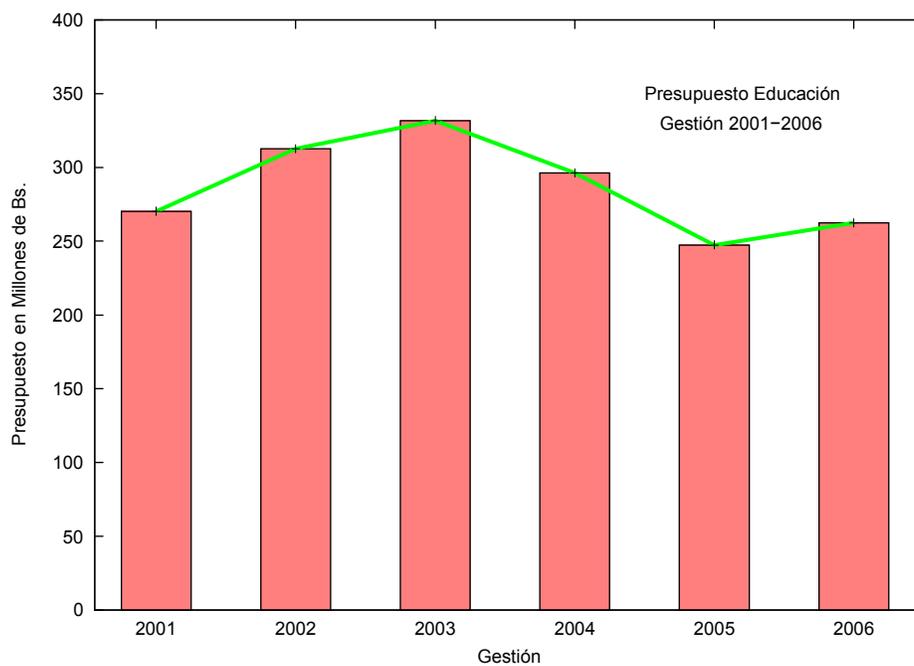


Figura 6.2: Asignación presupuestaria al sector de la *Educación* en millones de bolivianos para las gestiones 2001 a 2006.

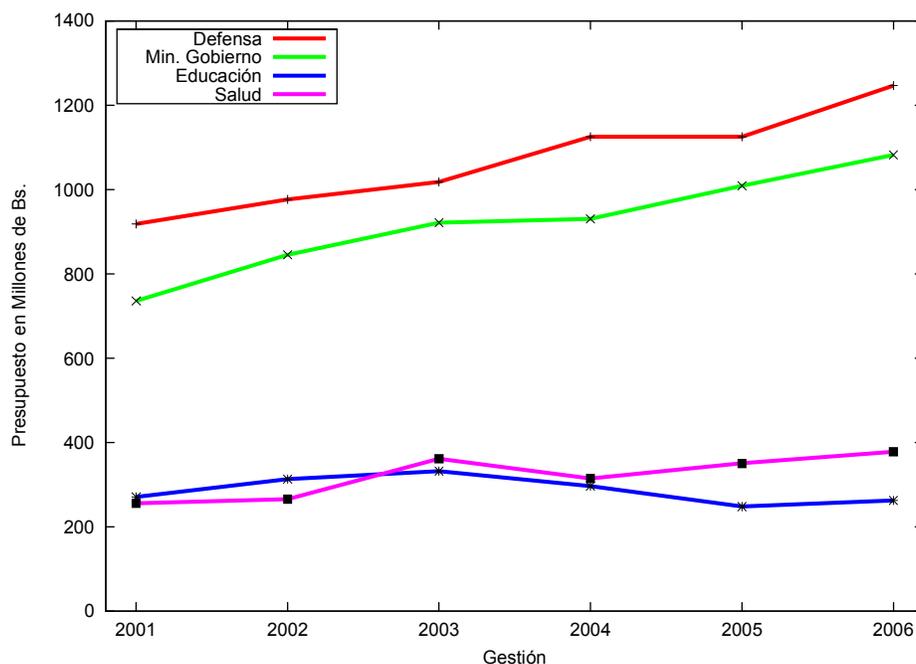


Figura 6.3: Comparación de la asignación presupuestaria de la *Salud*, *Educación* frente a otros rubros como son *Ministerio de Gobierno* y el *Ministerio de Defensa*.

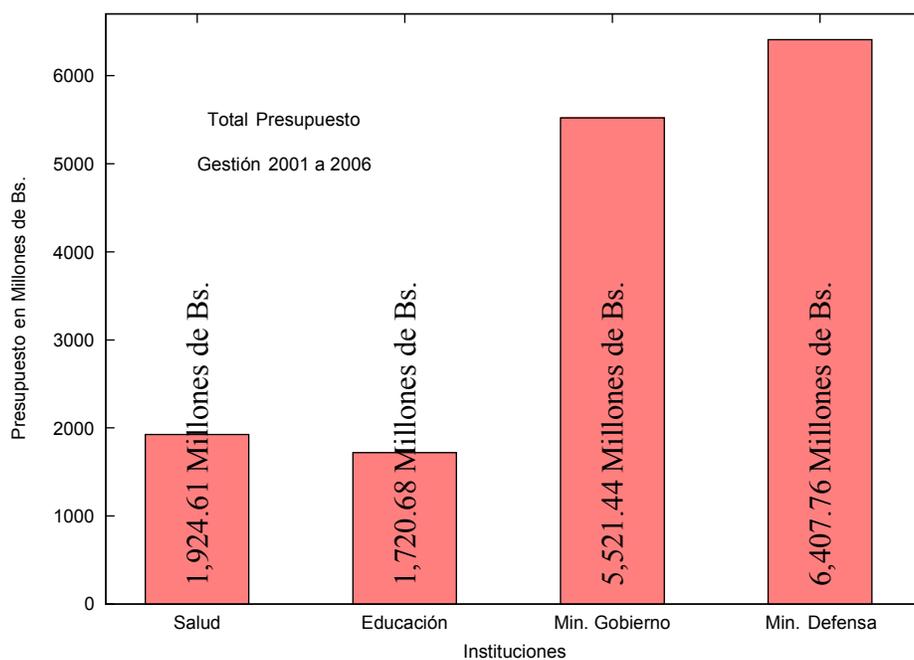


Figura 6.4: Suma total de la gestión 2001 a 2006 del presupuesto asignado a los sectores de *Salud*, *Educación*, *Ministerios de Gobierno* y *Defensa*.

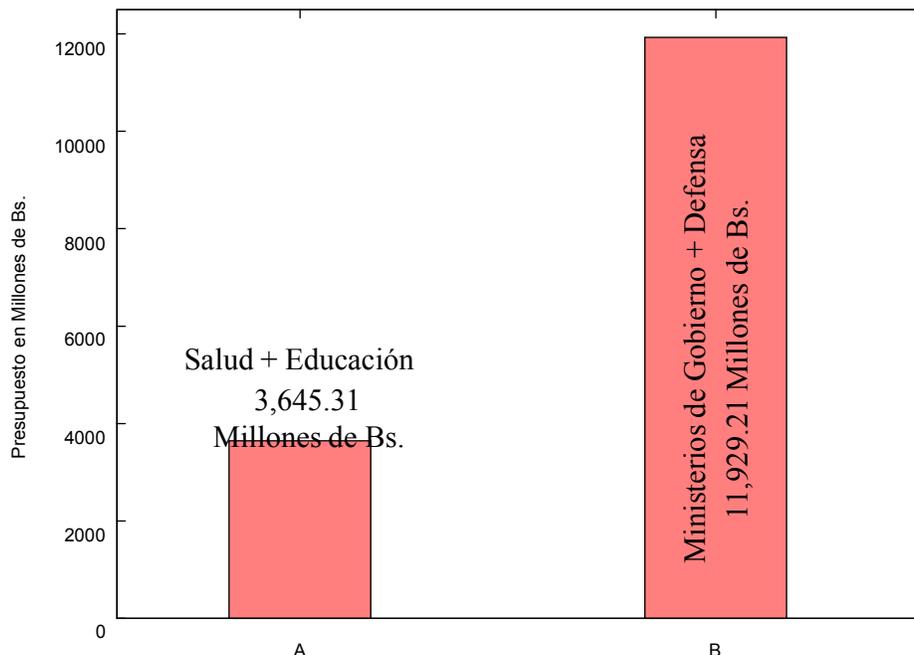


Figura 6.5: Suma de presupuestos, donde: *A* es la suma del presupuesto de *Salud y la Educación* y *B* es la suma de los presupuestos del *Ministerio de Gobierno y Defensa*.

tiene aproximadamente 3.644 millones de Bs. y por otro lado sumamos Min. de Gobierno y Defensa que es aproximadamente 11.928 millones de Bs, en la *figura 6.5* se puede observar de forma visible la gran diferencia que existe en la asignación presupuestaria en los últimos 6 años que el Estado asignó a los sectores citados, donde *A* corresponde al sector de Salud y Educación y *B* nos muestra al Ministerio de Gobierno y de Defensa.

### 6.2.1.2. Educación

La Educación es responsabilidad del Estado, para que todo boliviano tenga una formación razonable, esta implícito que los paciente necesitan tener esta formación para decidir como persona y entender, sobre la salud básica y no ser víctima en algunos casos de algún tipo de mala praxis médica.

### 6.2.1.3. Infraestructura

Uno de los puntos importantes relacionados con la mala praxis médica es la infraestructura médica que debe existir para el buen desempeño del profesional médico, y cuando hablamos de infraestructura nos referimos indirectamente a la parte económica que debe ser destinado al rubro de la Salud, por tanto es imprescindible que el Estado y las instituciones relacionadas a ésta área, asignen un presupuesto adecuado.

**6.2.1.4. Actualización profesional**

Dentro las Políticas del Estado, debería estar la continua actualización científica de los médicos, para-médicos y del personal administrativo, donde el Gobierno central, debería intervenir en este aspecto, llevando adelante una Política de Prevención.

---

# Análisis de Mala Praxis en la ciudad de La Paz

---

La ciudad de La Paz es una de las ciudades más importante de Bolivia con 789,585.0 habitantes<sup>1</sup> de acuerdo al último Censo del 2001, es objeto de análisis e investigación en lo que respecta la mala praxis médica, para el presente trabajo de grado.

La obtención de los datos no ha sido fácil para el autor, ya que no existe predisposición de parte de las autoridades en proporcionar información para este tipo de investigación.

Entonces empezaremos indicando que existe varios tipos de datos, desde las denuncias en la Prensa, pasando por la *FELCC* hasta llegar al Ministerio Público, sin olvidar las otras instituciones (*SEDES*, *INASES*, Consultorios particulares y clandestinos) que de alguna manera son parte de las Políticas de Estado.

## 7.1. Datos Ciudad de La Paz

En la presente sección tendremos los datos relacionados con la mala praxis médica que se lograron reunir para hacer el respectivo análisis.

Para tener un buen orden agrupemos los datos de la siguiente manera: Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen, Ministerio Público, Prensa y otros. Todos son válidos para la ciudad de La Paz y debemos aclarar que todos los datos están relacionados con la mala praxis médica.

---

<sup>1</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadística

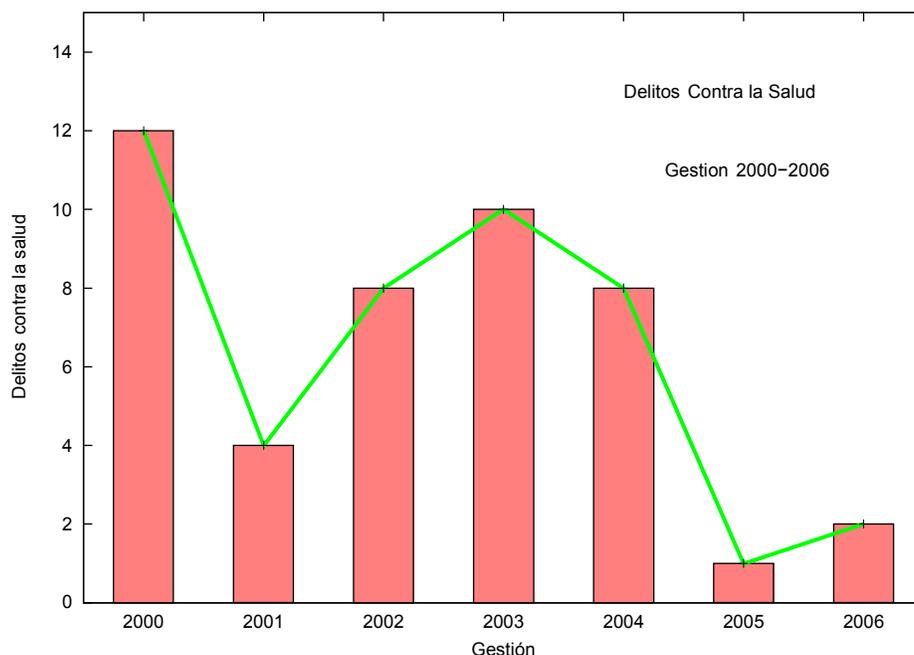


Figura 7.1: Gráfica de los datos del *cuadro 7.1*, que representa el número de delitos contra la salud del 2000 a 2006, según los datos de la *FELCC*.

### 7.1.1. Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC)

La *Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen* es una institución dependiente de la Policía Nacional, antes conocida como PTJ<sup>2</sup>.

Los datos que la *Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen* que nos proporcionó, son de tres tipos, las cuales son: *Homicidio Culposo*, *Delitos Contra la Salud* y *Ejercicio Ilegal de la Medicina*, las mismas se pueden observar en el *cuadro 7.1* donde la primera columna corresponde a los años, en la segunda columna se puede observar el número de *Delitos Contra la Salud* por cada año, de la misma manera se tiene la tercera columna sobre *Homicidio Culposo* para cada año y por último tenemos la columna de *Ejercicio Ilegal de la Medicina*.

Según estos datos podemos empezar indicando que del 2000 al 2006 hubo 45 denuncias sobre delitos contra la salud, 63 denuncias de homicidio culposo, y 4 casos de ejercicio ilegal de la medicina.

La *figura 7.1* sobre los delitos contra la salud nos muestra el comportamiento de estos casos en los últimos 6 años, donde podemos ver la notable disminución de estos tipos de casos. De la misma manera en la *figura 7.2* podemos ver que los casos de homicidio culposo disminuyeron, pero también observamos la no existencia de datos con respecto a los años 2000, 2001 y 2002,

<sup>2</sup>Policía Técnica Judicial

Cuadro 7.1: Datos relacionados con delitos contra la salud, de la gestión 2000 a 2006, fuente FELCC

Años	Delitos Contra la Salud	homicidio Culposo	Ejercicio Ilegal de la medicina
2000	12	0	2
2001	4	0	1
2002	8	0	1
2003	10	55	0
2004	8	4	0
2005	1	3	0
2006	2	1	0

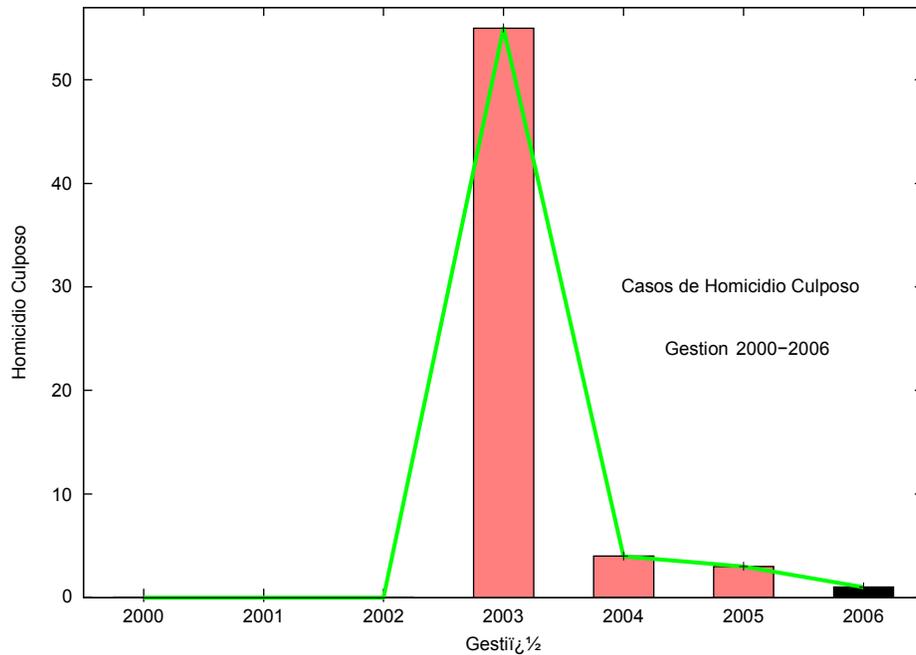


Figura 7.2: Gráfica de los datos del cuadro 7.1, que representa el número de *Homicidio Culposo* de la gestión 2000 a 2006, según la información de la *FELCC*.

Cuadro 7.3: Número de Procesos Judiciales que se trataron en las gestiones de 2000 a 2006, datos obtenidos de la Fiscalía de La Paz.

Año	Casos de Mala Praxis médica
2000	0
2001	0
2002	2
2003	1
2004	3
2005	18
2006	22

Cuadro 7.5: Denuncia de mala praxis médica en los diferentes canales de televisión para el año 2006 (hasta septiembre)

Canales de Televisión	Número de denuncias
Canal 5	2
Canal 11	5
Canal 2	2
Canal 21	3
Canal 9	4

presumiblemente por falta de denuncias. Pero lo alarmante es el año 2003 donde existió el mayor número de denuncias.

### 7.1.2. Ministerio Público

Los datos proporcionados por la Fiscalía de Distrito de la ciudad de La Paz (Ministerio Público) se pueden ver en el *cuadro 7.3*, las mismas se encuentran en proceso Judicial hasta la fecha.

De acuerdo a la *gráfica 7.3* que corresponde a los datos del *cuadro 7.3* se puede evidenciar el notable incremento de casos en procesos judiciales de *mala praxis médica* dentro la Fiscalía de La Paz, desde 2000 hasta 2006.

### 7.1.3. Prensa

Con lo que respecta a la Prensa, podemos señalar que se tiene en los últimos cinco años 200 denuncias, refiriéndome concretamente a la prensa escrita, por otro lado se tiene las denuncias en los canales de televisión que se presenta en el *cuadro 7.5*.

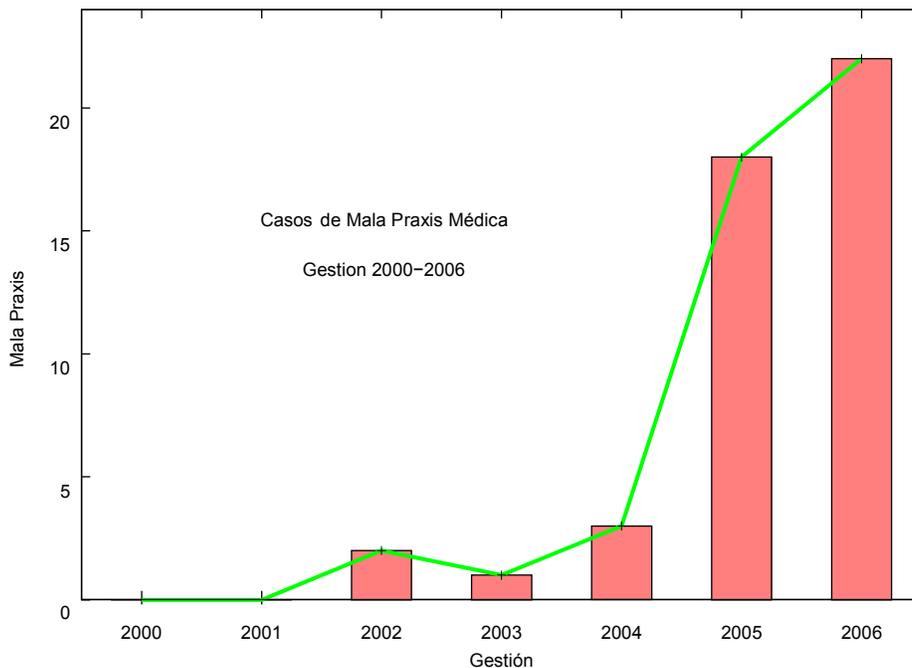


Figura 7.3: Número de Procesos Judiciales relacionados con la mala praxis médica desde 2000 hasta 2006, tomando los datos del *cuadro 7.3*.

#### 7.1.4. Otras Instituciones.

Entre otras instituciones tenemos a INASES<sup>3</sup> y SEDES<sup>4</sup> como entidades que participan de alguna manera en la fiscalización de los casos de mala praxis médica.

##### 7.1.4.1. INASES

Donde se nos informó que el año 2005 se realizaron 18 casos de *Auditorías Médicas*, solicitadas por el Ministerio Público y para el 2006 desde enero a agosto se tiene 58 denuncias.

##### 7.1.4.2. SEDES

En esta institución se muestra que a partir de la promulgación de la Ley 3131 existe 25 casos de mala praxis médica en la gestión 2006, eso quiere decir que para los anteriores años no existe datos por la ausencia de la ley citada.

##### 7.1.4.3. Consultorios Particulares

Si bien los consultorios particulares tienen la respectiva autorización para funcionar como tal (brindar consulta médica a pacientes), en muchos casos llegan a consumir cirugías, abortos ilegales

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Seguros de Salud

<sup>4</sup> Servicio Departamental en Salud

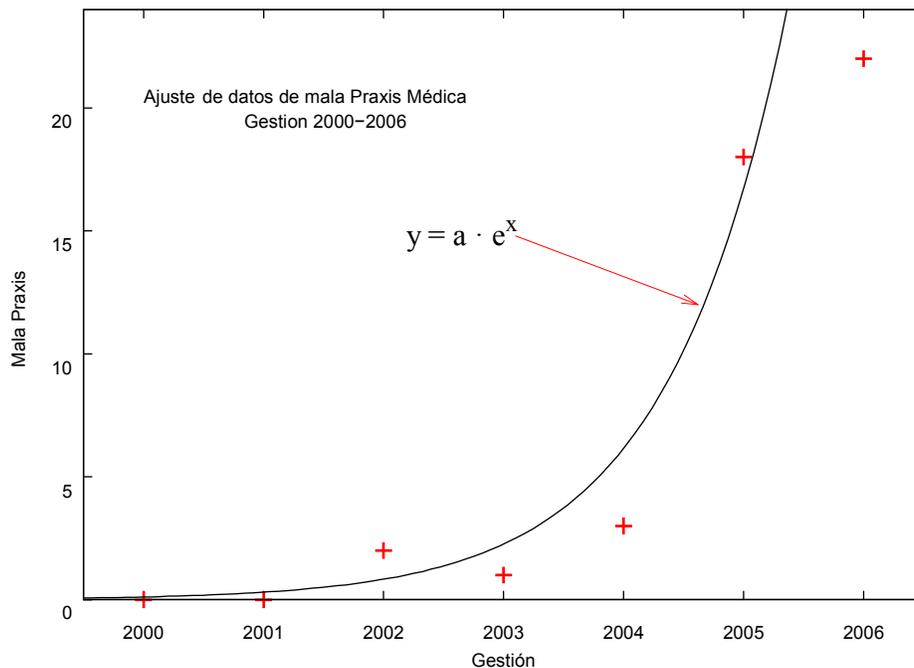


Figura 7.4: Ajuste de datos que corresponde a los casos en procesos judiciales en la fiscalía de La Paz, donde la línea negra es el ajuste (exponencial) y los puntos rojos corresponden a los datos, para las gestiones de 2000 a 2006.

y otras, infringiendo la ley.

Como puede verse no es posible tener datos sobre mala praxis médica en este tipo de instituciones, debido a que no existe una entidad que haga un seguimiento adecuado.

#### 7.1.4.4. Consultorios Clandestinos

Los consultorios clandestinos, son la fuente de actos de mala praxis médica, al ser clandestinos no es posible determinar el lugar de funcionamiento de este tipo de consultorios y menos tener datos sobre casos de mala praxis médica.

## 7.2. Ajuste de datos de mala praxis de la ciudad de La Paz

Es importante no dejar pasar por alto la oportunidad de hacer un pequeño ajuste a los datos que se obtuvieron sobre los casos de procesos judiciales que se encuentran en el Ministerio Público, para eso podemos ver la *gráfica 7.4* donde los puntos rojos corresponden a los datos del Ministerio Público y la línea negra es el ajuste de esos datos.

La ecuación 7.1 ajusta los datos del *cuadro 7.3* que corresponde a la fiscalía de La Paz.

$$y = a \cdot e^x \quad (7.1)$$

donde:  $a = 0,112668$ , con un error de  $9,51\%$  ( $\pm 0,01072$ )

En la *figura 7.4* se puede ver un crecimiento alarmante (línea negra de la gráfica) donde nos muestra una tendencia muy seria, el crecimiento tiende a ser exponencial. Si bien es cierto que, para hacer un análisis estadístico es necesario tener datos de varios años, es bueno tomar en serio esta pequeña tendencia existente.

### **7.2.1. INCIDENCIA DE MALA PRAXIS ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO .-**

Se ha podido constatar dentro las denuncias que existen en el ministerio público por mala praxis médica, es más alta en el sector privado que en el sector público y se deben en la mayor parte de los casos a muertes por profesionales médicos que no se encuentran capacitados adecuadamente o que definitivamente no tienen capacitación ni especialidad. Entre los casos de mala praxis con muerte son los que se realizan en consultorios privados por médicos que no tienen la suficiente capacidad para realizar métodos operativos más, si se trata de realizar abortos que está sancionado por el código penal, otros casos se han podido observar en clínicas privadas que no tienen los elementos necesarios para poder atender casos de suma urgencia que se presentan en el momento de su intervención como por ejemplo la mayor parte de las clínicas privadas no cuentan con unidad de terapia intensiva ni siquiera intermedia.

El ministerio de salud si bien tiene reglamentado, que para la apertura de una clínica privada deben contar con personal idóneo y la infraestructura adecuada para su funcionamiento, pero estas no cumplen con estos requisitos, hasta que pasa una muerte, recién la clínica es clausurada pero no sabemos como es que nuevamente es reabierto, por que nuevamente continúan en funcionamiento

Los casos de mala praxis médica en el sector público sin bien es más baja pero no es por falta de equipamiento ni de infraestructura es de una verdadera mala praxis o negligencia médica por ejemplo el dejar una pinza en abdomen. Recientemente en el hospital Juan XXIII murió una madre con embarazo de 8 meses la cual fue enviada a su domicilio sin denunciar el hecho a las autoridades, lógicamente la persona fallecida y sus familiares son de escasa cultura y pocos recursos económicos, el hecho fue denunciado al Ministerio público por lo que tendrá que realizarse una auditoría médica para establecer la verdadera causa de muerte, y establecer responsabilidad.

### 7.3. EL OBJETIVO PRINCIPAL ES LA CREACION DE ITEMS PARA AUDITORES MEDICOS

El reto de mejorar la **CALIDAD** de los servicios de salud que se presta a la población asegurada tanto en su dimensión técnica como interpersonal, debe ser abordado con mucha responsabilidad y esfuerzo por las autoridades de las instituciones del sector publico como también del sector privado particularmente el sistema de salud de seguridad social a corto plazo a carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado.

Por ejemplo la Caja Nacional de Salud actualmente no cuenta con auditores médicos dedicados exclusivamente a esta labor con el fin de controlar la calidad de la gestión de salud de ahí que estos últimos diez años he podido ver de cerca y toda la población es testigo de las diferentes denuncias de negligencia medica no solo en la Caja Nacional sino también en el sector privado.

La auditoria medica esta dirigida hacia el alcance y mejoramiento de la calidad en el cuidado medico, tratando de mejorar los resultados que se espera en el paciente, desarrollar un uso discrecional del **COSTO EFECTIVO** de los recursos y tener una función educativa y control efectivo de la **CALIDAD** y el proceso de los profesionales en su totalidad, incluyendo al sector de enfermería y de administración.

Por ejemplo en la actualidad se incumple totalmente con los estándar de normas técnicas para la elaboraron de Historias clínicas, por lo tanto se calificaría como no conformidades en gran parte.

Para que las auditorias en los hospitales sea una manera útil de mejorar la práctica médica, los médicos deben convencerse de su valor como herramienta educativa y como herramienta para la utilización con eficacia y efectividad de los recursos.

La participación de la auditoria médica es probablemente la manera mas efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan sus pacientes.

Por lo tanto, la auditoria medica, será una perdida de tiempo, dinero y esfuerzo si no se realiza el ciclo continuo de control de calidad permanente y no se da un cambio en la estructura de la prestación de servicios, como en la actualidad se esta haciendo tanto en

el personal medico, no medico, asistencial y administrativo en el hospital Obrero y los poli consultorios y a fin de corregir problemas como:

- Actos médicos que están siendo realizados sin el uso de estándares internacionales y nacionales.
- Lentitud de procesos asistenciales para la atención de emergencias y atención en hospitalización.
- Ausencia de criterio medico multiespecializado en abordaje de emergencias médicas y hospitalización.
- Inexistencia de cumplimiento de normas y protocolos asistenciales en cada especialidad, que dificulta el tratamiento del paciente.
- Maltrato por parte del cuerpo de enfermeras, admisnitrativos incluso del personal de apoyo como limpieza camilleros y otros.

#### **7.4. JUSTIFICACION PARA LA CREACION DE ITEMS DE AUDITORES MEDICOS**

La creación del departamento de auditoria medica exclusivamente dirigido por un medico especializado en auditoria medica de calidad y gestión, que tenga la idoneidad experiencia en manejo de este tipo de trabajo. En la medida que se cumplan los objetivos de atención que requiere la salud publica, que lejos de ser un instrumento punitivo que llega cuando se altera la calidad de atención tiene que ser un instrumento mas bien educativo, correctivo, continuo y de optimización medica, por lo que solo debe aplicarse la ley 3131 y el PRONACS R.M. 0090, y

LEY 28562

La auditoria médica dentro de la caja nacional de salud requiere con precisión de eficacia, efectividad, eficiencia y equidad que correlaciona diferentes magnitudes.

El problema que encara en la actualidad la caja nacional de salud social son los constantes reclamos por el usuario la prensa y todos los medios de comunicación primero el mal trato por parte del personal administrativo de enfermería y de los profesionales médicos la falta, de insumos como ser medicamentos falta de camas de hospitalización la escasa infraestructura para el crecimiento vegetativo de la población asegurada que en los últimos años se ha incrementado notoriamente.

En general promover la creación de estructuras gracias a recomendaciones de la auditoria medica es promover la mejora de la calidad de la atención medica que la caja nacional maneje con mas precisión, mejorar la infraestructura hospitalaria y de poli consultorio.

La creación de un departamento de auditoria medica exclusivamente es tan importante y necesario yo diría capital y que al mismo tiempo dirija los diferentes comités de auditoria medica para detectar y analizar el proceso de planeacion estratégica **FODA** (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas) de la caja nacional de salud social

---

En el último tiempo con más precisión los diez últimos años se han presentado ante el ministerio público muchos casos de **NEGLIGENCIA MEDICA** unos con pruebas y otras sin pruebas desprestigiando completamente la gestión de las autoridades que han dirigido hasta la fecha.

Precisamente todos estos elementos y factores que se a han enumerado es la justificación del problema.

#### 7.4.1. PUNTOS DE JUSTIFICACION

- Creación de un departamento de auditoria medica en el hospital obrero, a los fines de analizar y verificar la atención medica.
- Trabajar con los problemas identificados en las diferentes áreas, a fin de proponer actividades y recursos necesarios.
- Plantear los recursos físicos, humanos y materiales, para conformar el Dpto. de auditoria medica, como su organización funcional.
- Definir el marco normativo, que contendrá las normas de trabajo del Dpto. de Auditoria Medica, el cual será confeccionado en común acuerdo con otros auditores y jefatura.
- Planificación de actividades diarias, semanales y mensuales.
- Plantear el sistema de monitoreo y evaluación a ejecutar.

El reto de mejorar la **CALIDAD** de los servicios de salud que se presta a la población asegurada por parte de la **CAJA NACIONAL DE SALUD** tanto en su dimensión técnica como interpersonal, debe ser abordado con mucha responsabilidad y esfuerzo por las autoridades de las instituciones del sector publico como también del sector privado particularmente el sistema de salud de seguridad social a corto plazo a carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado.

La Caja Nacional de Salud actualmente no cuenta con auditores médicos dedicados exclusivamente a esta labor con el fin de controlar la calidad de la gestión de salud de ahí que estos últimos diez años he podido ver de cerca y toda la población es testigo de las diferentes denuncias de negligencia medica no solo en la Caja Nacional sino también en el sector privado.

La auditoria medica esta dirigida hacia el alcance y mejoramiento de la calidad en el cuidado medico, tratando de mejorar los resultados que se espera en el paciente, desarrollar un uso discrecional del **COSTO EFECTIVO** de los recursos y tener una función educativa y control efectivo de la **CALIDAD** y el proceso de los profesionales en su totalidad, incluyendo al sector de enfermería y de administración.

---

Por ejemplo en la actualidad se incumple totalmente con los estándar de normas técnicas para la elaboración de Historias clínicas, por lo tanto se calificaría como no conformidades en gran parte.

Para que las auditorias en los hospitales sea una manera útil de mejorar la práctica médica, los médicos deben convencerse de su valor como herramienta educativa y como herramienta para la utilización con eficacia y efectividad de los recursos.

La participación de la auditoria médica es probablemente la manera mas efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan sus pacientes.

Por lo tanto, la auditoria medica, será una perdida de tiempo, dinero y esfuerzo si no se realiza el ciclo continuo de control de calidad permanente y no se da un cambio en la estructura de la prestación de servicios, como en la actualidad se esta haciendo tanto en el personal medico, no medico, asistencial y administrativo en el hospital Obrero y los poli consultorios y a fin de corregir problemas como:

- Actos médicos que están siendo realizados sin el uso de estándares internacionales y nacionales.
- Lentitud de procesos asistenciales para la atención de emergencias y atención en hospitalización.
- Ausencia de criterio medico multiespecializado en abordaje de emergencias médicas y hospitalización.
- Inexistencia de cumplimiento de normas y protocolos asistenciales en cada especialidad, que dificulta el tratamiento del paciente.
- Maltrato por parte del cuerpo de enfermeras, admisnitrativos incluso del personal de apoyo como limpieza camilleros y otros.

Historias clínicas:

- Detectar el acto medico, como ser datos del paciente incompletos, hora fecha de ingreso.
- Examen físico incompleto colocación de síntomas y signos sin definir diagnostico presuntivo.
- Falta de firma y sello del profesional.
- Falta de indicaciones en hojas de evolución.
- Evolución insuficiente o faltante.
- Epicrisis incompletas.
- Evaluar calidad de historias clínicas.
- Coordinar y fomentar la auditoria ya existente en todos los Departamentos.
- Determinar practicas de auditoria ya existente en todos los Departamentos.

- 
- Asistir y ayudar a los jefes de todos los Departamentos. a poner práctica los métodos de la auditoria.

Falta de protocolo evaluar calidad de atención médica, si contiene procedimientos, normas y protocolos de cada servicio.

#### **7.4.2 PROBLEMAS Y ACTIVIDADES**

Problemáticas y actividades a impulsar.

- Uso indebido de medicamentos lograr el uso racional de estos.
- Mantener el stock de los medicamentos mas necesarios e importantes.
- La utilización de camas de días prequirúrgicos, internaciones prolongadas utilización adecuada de la cama hospitalaria.
- Problemáticas y actividades a impulsar falta de información del usuario orientación general sobre funcionamiento de los diferentes servicios: falta de médicos auditores con perfil profesional adecuado con formación especializada. Falta de formación y capacitación del personal asistente y administrativo, formar y dirigir a los asistentes y administrativos de la auditoria.
- Implementar programas informáticos que permita la ubicación inmediata de auditoria de casos, de no conformidades para especialistas, auditoria de exámenes de ayuda diagnostica, con el fin de procesarlos estadísticamente y comunicárselos a los usuarios para su retroalimentación. Monitorizar el resultado y las conclusiones del proceso de auditoria. Reducción del tiempo de espera. Confiabilidad, transferir datos a otros hospitales. Información útil para estudios epidemiológicos.

---

# Norma Técnica de la Auditoria de casos Clinicos en Implicaciones Medico Legales

---

Este capítulo es el pilar fundamental de este trabajo, y se trata de un instrumentos que tiene que ver con la doctrina de la ley 3131 y se ha promulgado mediante una resolución Ministerial 0090 de 26 de febrero de 2008 apoyado en el inciso d) del Art. 4 de la ley 3351 que el *Ministro de Salud y deportes tiene la atribución de Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud conformado por los subsectores de seguridad social a corto plazo, publico y privado con y sin fines de lucro*. La unidad de servicios de Salud y Calidad ha elaborado instrumentos que tienen que ver con gestión y atención de calidad, ha ser cumplidas en el Sistema Nacional Único.

El decreto supremo 28631 en su inciso a) entre las funciones del viceministro es la de proponer políticas reglamentos e instructivos para supervisar el Sistema Nacional de Salud.

Ante estas normas promulgadas mediante decreto, el entonces Dr. Walter Selum Rivero(1) indicaba que estos documentos tenían el fin de conseguir una comprensión y difusión de las muchas utilidades preventivas, propositivas y correctivas que tiene la Auditoria Medica A MAS DE CONTRIBUIR AL ESCLARECIMIENTO DE LOS HECHO EN CASO DE RECLAMOS POR PROBLEMAS ASISTENCIALES, ADMINSTRATIVOS O LEGALES.

Y termina indicando el Dr. Selum que FELICITA DESDE AHORA A TODO AQUEL QUE TENGA LA VOLUNTAD DE APLICARLO EN ARAS DE MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION DE NUESTRAS INSTITUCIONES.

El desarrollo de estas normas, permite al estado con esta evaluación evitar el ejercicio profesional a la defensiva, disminuyendo costos de atención evitando la CONFRONTACION MEDICO LEGAL ( EVITAR LLEGAR A LA IMPLICACIONES MEDICO LEGALES) objeto de este trabajo, la importancia de los procesos de evaluación es que el personal en salud debe estar preparado para ello, esto hace que los profesionales puedan alcanzar sus objetivos y anhelos mas nobles de realización personal, siendo además logros de metas y realizaciones institucionales. En este contexto estas Normas Técnicas tienen el propósito de facilitar un mejor desempeño del equipo de salud en la prevención del daño en enfrentar una demanda subsecuente a caso de denuncias de los usuarios por supuestas NEGLIGENCIAS

(1) Ministro de Salud

MEDICAS inherentes a la prestación de servicios que requieren de una valoración técnica e idónea para esclarecer los hechos.

Dentro del marco legal en los casos de denuncias por supuestas negligencias medicas por parte de los usuarios, en la prestación de sus servicios, tiene relación con los antecedentes del marco legal que a continuación se señala:

1. Ley del Ejercicio Profesional Médico No 3131 promulgada en fecha 8 de agosto de 2005
2. Plan General de Desarrollo Económico social “Bolivia Digna Soberana y Colectiva
3. Bases para el Plan estratégico de Salud 2006-2010
4. Ley de Participación Popular No 1551 que otorga a los Municipios la posesión y administración física de los establecimientos de salud.
5. Ley 1702 de julio de 1996 en relación a la responsabilidad en salud del municipio y manejo de los centros asistenciales.
6. Decreto supremo No 24447 de 1996 reglamentario a la ley de Participación Popular.
7. Decreto supremo No 26564 de 2 de abril 2002 reglamentario a la participación y control Social.
8. Ley de Municipalidades No 2028 28 de octubre de 1999
9. Ley de descentralización Administrativa No 1654 28 de julio de 1995
10. Ley 1178 SAFCO de 20 de julio de 1990
11. Ley del dialogo Nacional 2000 No 2235 de 31 de julio 2001
12. Ley del Seguro Universal Materno Infantil No 2426 del 21 de noviembre de 2002
13. Reglamentación sobre Instrumentos de Control Médico en los Servicios de Salud de la Seguridad Social Boliviana , mediante Resolución No 0306 del Ministerio de Salud y Deportes, emitida el 21 de mayo de 2004 y que homologa la resolución administrativa No 27-2004 de fecha 30 de abril de 2004 del INASES
14. Decreto Supremo No 25798 que mediante su artículo 3 reconoce competencia del INASES para fiscalizar el sistema de seguros de salud con evaluación y supervisión de sus entes gestores, fiscalizando la práctica del ejercicio médico y el artículo 6, que establece su competencia para resolver casos de controversia que se presenten en los entes gestores de salud.

A esto cabe agregar el decreto supremo No 28562 de la ley 3131 que en algún momento requerirá adecuaciones a los cambios emergentes de la nueva política de salud y sus documentos normativos, el nuevo reglamento General de Hospitales en reemplazo del Reglamento General de Hospitales que estuvo vigente desde enero de 2005 y la ley del Seguro Universal de Salud, una vez que sea promulgada.

Se JUSTIFICA la necesidad de lograr que en el quehacer cotidiano de los servicios de Salud se **mejore a calidad de atención** a la persona, con **satisfacción plena** de los usuarios internos y externos constituye hoy en día la prioridad número uno de la estructura sectorial de sus distintos niveles.

---

La promulgación de la LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO que al hacer referencia de documentos médico oficiales, normas y protocolos de atención y formularios de consentimiento informado, determina que deban ser únicos y uniformes para todos los centros asistenciales de salud.

Para una mejor comprensión de las normas y necesidades de cambio que se plantea se hace necesario fortalecer la difusión y asimilación del proceso a ser aplicado para el mejoramiento y mantenimiento de la calidad en los servicios de salud, así como la reflexión, capacitación y educación ético deontológica del personal en salud.

La norma principal en Salud es precisamente es la que se refiere a la Auditoría en Salud, que deben tener una sola característica y diseño en su aplicación en cualquier institución de salud, le otorga mayor transparencia a los procedimientos de auditoría, y que todos los documentos referenciales como expediente clínico y la historia clínica, tiene que tener un solo formato.

Siendo la AUDITORIA MEDICA EL MEJOR INSTRUMENTO RECONOCIDO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD debemos señalar que su aplicación es inexcusable cuya implementación es IMPRESCINDIBLE para operativizar el **PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)** documento en el que ya esta descrito las normas técnicas del manejo de la Auditoría Médica.

En los hospitales de II Y III nivel la ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, establece la existencia de un Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica que esta bajo tuición y coordinación del gestor de la calidad.

## **8.1. CONCEPTOS**

## **8.2. AUDITORIA**

“La Auditoría, es el brazo operativo del control de gestión y constituye el instrumento clave para el mejoramiento de la calidad, con base en indicadores referenciales conocidos como estándares”.  
Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría

## **8.3. TIPOS DE AUDITORIA**

Dentro la salud se tomara en cuenta solamente los que se consideran importantes a los fines de la Auditoría en Salud, teniendo los siguientes:

- a.- Auditoría Interna
- b.- Auditoría Externa
- c.- Auditoría Periódica (programada o recurrente)
- d.- Auditoría Inducida (incidental o concurrente)

---

## 8.4. AUDITORIA EN SALUD

“Es un procedimiento de evaluación permanente de la gestión y presentación de la calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento”

Partiendo que todo puede y debe ser evaluado, la auditoría en salud evalúa la estructura, los procesos y los resultados inherentes a la dinámica propia del sector salud en todo y cada uno de sus componentes.

**Estructura**, es el conjunto de componentes que configuran una determinada organización.

Por tanto, los componentes estructurales e interdependientes relacionan:

- Sistema de Salud
- Organismos de Gobierno Sanitario
- Redes de servicio
- Establecimientos
- Recursos ( humanos, físicos, financieros)
- Normas y documentos de organización

**Proceso**, es la “acción de ir hacia adelante” en el transcurso del tiempo, poniendo en práctica una serie de actividades que están relacionadas con el quehacer del Sector Salud, basadas en normativas, guías, protocolos.

El ISO 9000 establece al proceso:

- Identificar y desarrollar cada proceso
- Documentar cada proceso
- Implementar o poner en marcha cada proceso
- Hacer seguimiento a cada proceso
- Mejorar cada proceso

Bajo estos conceptos para el funcionamiento de un establecimiento de salud el proceso es una secuencia de actividades que transforman los insumos en resultados que generan beneficios para el usuario.

**Resultado**, es la secuencia lógica de la utilización de la estructura y el funcionamiento de los procesos, expresada objetivamente a través de la prestación de servicios que se brinda. Refleja por sí misma y por sus efectos o consecuencia el grado de calidad de la organización y de quienes actúan en ella.

**Finalidades de la Auditoría en Salud.-** Son múltiples entre lo más importante la evaluación técnico-administrativo-financiera de una determinada organización sanitaria el funcionamiento de los servicios, la atención directa del paciente por el personal en Salud y el acto médico propiamente dicho.

La auditoría se realizará indefectiblemente bajo leyes, principios, reglas, normas, protocolos, procedimientos y fichas técnicas vigentes en nuestro país, sino se acudirá a normas supletorias de la OMS/OPS o la Lex Artis basada en evidencia científica y reconocida por las sociedades científicas del colegio médico.

#### **4. Perfil del auditor en salud**

- Formación profesional en salud relacionado con la materia o situación que se audita
- Formación de post grado en gestión de calidad y auditoría
- Experiencia asistencial
- Responsabilidad
- Capacidad de análisis y síntesis
- Ética
- Imparcialidad
- Sujeción a códigos y normas
- Confidencialidad
- Prudencia
- No vinculación
- Amabilidad
- Disposición para el trabajo en equipo

#### **5. Requisitos del auditor en salud**

- Nivel de post grado en Auditoría en Salud (Diplomado como mínimo, equivalente a 800 hrs. Académicas) otorgado por Universidad reconocida por el CEUB o el Ministerio de Educación.
- Experiencia profesional asistencial de 10 años mínimo.
- No tener resolución ejecutoriada por responsabilidad ejecutiva administrativa ni sentencia civil o penal.
- No tener pliego de cargo ejecutoriado.

## **8.5. DISPOSICIONES GENERALES Y COMUNES**

### **8.5.1. Art.1 Objeto.-**

Regular los procedimientos de Auditoría en Salud, con objeto de evaluar la estructura, procesos y resultados inherentes a la prestación de servicios en Salud.

### **8.5.2. Art. 2 Finalidad.-**

Establecer medidas propositivas, preventivas y correctivas, para el mejoramiento de los servicios de salud en todo el territorio nacional, con calidad y satisfacción del usuario.

### **8.5.3. Art. 4 Tipos de Auditoría Médica en Salud**

- Auditoría programática
- Auditoría de Servicio
- Auditoría Médica

Y estas a su vez son INTERNAS Y EXTERNAS según las instancias que las realiza. O programadas e incidentales según el grado de necesidad para su ejecución.

**Auditoría Programática.-** Se refiere a la evaluación de las políticas, planes y programas, tomando en cuenta la estructura proceso y resultados esperados.

**Auditoría de Servicio.-** Es la que evalúa la estructura, los procesos y los resultados.

**Auditoría Médica.-** Es procedimiento técnico analítico de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de Salud (ley No 3131 del ejercicio profesional médico Art. 15 Cap VII). Además es propositivo educativo y no PUNITIVO procurando que los pacientes reciban la mejor atención médica posible.

## **8.6. AUDITORIA MEDICA INTERNA.-**

La Auditoría Médica Interna, es un procedimiento carácter técnico, evaluativo, preventivo, correctivo, propositivo y no punitivo, con relación a la atención en salud y actos(s) médico(s) en un paciente determinado, analizando el expediente clínico, verificando su correcto manejo y el cumplimiento de normas y protocolos, identificando errores y aciertos, emitiendo conclusiones y recomendaciones.

Existen tres tipos de auditorías internas:

1. Auditoría Médica Interna Periódica (programada o recurrente)
2. Auditoría Médica Interna Especial
3. Auditoría Médica Interna Inducida (Incidental o concurrente)

La AMI periódica, es la que cumple de manera “regular” en cada unidad o servicio del establecimiento y el Art. 8 explica que los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría de los Hospitales de I, II y III nivel se reunirán cada 15 días dentro del horario laboral de evaluación institucional o por situaciones específicas detectadas por el Gestor de Calidad que requiera corrección y ajuste o particularmente en casos de fallecimiento hospitalario, COMPLICACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS, permanencias prolongadas o reinternaciones antes de los tres días de alta hospitalaria.

La AMI especial es aquella Auditoría no programada y en determinadas circunstancias puede ser solicitada por la AUTORIDAD COMPETENTE.

La AMI inducida, es la que cumple con carácter perentorio solicitado por paciente externos o internos de acuerdo al Art. 32.

## **8.7. AUDITORIA MÉDICA EXTERNA**

La AME es un procedimiento, técnico, analítico, evaluativo de carácter correctivo, realizado por Auditores acreditados externos al establecimiento de salud ANTE DENUNCIA DE MALA PRACTICA MEDICA, analizando el expediente clínico, verificando el cumplimiento de normas, protocolos vigentes y al Lex Artis Medicae

## **8.8. GESTOR DE CALIDAD**

Es el ente del establecimiento de salud, encargado de velar y controlar el cumplimiento de la calidad en el funcionamiento de los servicios que ofrece.

De inicio puede ser un profesional médico único especializado en gestión de calidad y auditoría en salud, que de acuerdo a requerimiento creciente o magnitud del establecimiento, se convierta con el tiempo en un equipo técnico de mayor complejidad.

Sus funciones se encuentran detalladas en el Reglamento General del establecimiento de salud y en el documento de Proyecto Nacional de Calidad en Salud ( PRONACS).

## **8.9. PROCEDIMIENTO DE LA AUDITORIA MÉDICA INTERNA ESPECIAL Y PERIODICA**

### **8.9.1. Art. 18. Propósito.-**

Evaluar la calidad de atención médica brindada a una paciente determinado en un establecimiento de salud, mediante el análisis sistemático del expediente clínico contrastando con documento con documentación pertinente y la normativa vigente, principalmente en todos aquellos casos de fallecimiento intrahospitalario, infecciones nosocomiales, complicaciones médicas, quirúrgicas, permanencia prolongada y reinternaciones antes de los tres días de alta.

### **8.9.2. Art. 19. Solicitud de la auditoría.-**

La AMI especial se canaliza por iniciativa directa del gestor de la calidad o director del establecimiento, o a través de solicitud escrita de autoridad competente: Director Municipal de Salud, director técnico del SEDES, y autoridades de jerarquía superior del Ministerio de Salud y Deportes ( Ministro, Viceministro, Jefatura de la Unidad de los servicios de Salud y Calidad ) o a través de solicitud escrita de los usuarios internos o externos, siendo obligación de la máxima autoridad ejecutiva del establecimiento de Salud convocar al CGCA dentro las 48 hrs. Hábiles de recibida la solicitud.

### **8.9.3. Art. 22. Documentos Esenciales.-**

Son el expediente debidamente foliado en orden correlativo de todos los elementos que componen y todo aquel material documental y bibliográfico que pudiere estar relacionado con el caso que se audita.

### **8.9.4. Art. 23. Relato e interpretación Documental.-**

Se efectuar una relación pormenorizada del caso y una interpretación ordenada de la información que se encuentre contenida en el expediente clínico, puntualizando los antecedentes más importantes y las características de los documentos, con ubicación precisa de todo aquello que llame la atención o resultado poco habitual o anómalo y asignar en los formularios de verificación documental y de resumen analítico.

Cuando se considere necesario, pueden incluirse entrevistas personales como parte del procedimiento, después de la revisión exhaustiva del expediente clínico y con el único objeto de esclarecer circunstancias y aspectos relacionados al acto médico, sin que ello signifique influencia positiva o negativa en el informe final.

### **8.9.5. Art. 24. Requisitos básicos del expediente clínico.-**

Todo expediente clínico, debe cumplir los siguientes requisitos imprescindiblemente:

- **Veracidad** (descripción confiable y veraz)
- **Carácter científico** (apego a la LEX ARTIS MEDICAE Y A LAS NORMAS)
- **Oportunidad** (registro conveniente de la evolución del paciente en tanto este internado)
- **Integridad** (registro completo de datos clínicos del estado de salud, evolución hora, fecha, consentimiento informado, nombre firma y sello del médico tratante.
- **Sujeción a la Norma** (estricto cumplimiento al manejo de la historia clínica)
- **Claridad.** (anotaciones de fácil comprensión sin tachaduras, correcciones y sobreañadidos)
- **Confidencialidad.** (información privada del paciente)

### **8.9.6. Art. 25. Características documentales.-**

Se tendrá especial cuidado en las siguientes características:

1. Integridad del expediente clínico (hojas aseguradas, grapadas)
2. Pulcritud e integridad de los elementos
3. Calidad y coherencia y pertinencia de las descripciones realizadas
4. Legibilidad de la letra
5. Presencia de añadidos, tachaduras o correcciones.
6. Prescripciones, notas e informes sin firmas autorizadas.
7. Uso de formularios inadecuados
8. Expediente o documentos incompletos
9. Orden del expediente Clínico.
10. Elementos y procedimientos firmados y sellados, con el nombre del profesional responsable de la actividad y registro de fecha y hora.

### **8.9.7. Art.26. Contenido del análisis.-**

El análisis cronológico y pormenorizado del expediente comprende lo siguiente:

1. Papeleta de internación
2. Gráfica de registro de signos vitales
3. Historia clínica
4. Consentimiento informado
5. Ordenes médicas
6. Notas de evolución e interconsultas e informe de juntas médicas
7. Informe de exámenes de laboratorio y gabinete
8. Informes de anatomía patológica

- 
9. Elementos quirúrgicos
    - Nota prequirúrgica
    - Protocolo quirúrgico
    - Nota post quirúrgica
  10. Elementos de anestesia
    - Nota preanestesia
    - Protocolo de procedimiento anestésico-hoja anestésica
    - Nota de recuperación post anestésica
  11. Elementos de enfermería
    - Notas de tratamiento y medicamentos administrados, con firma sello y fecha.
    - Hoja de evolución de enfermería con firma sello fecha y hora.
    - Kardex de enfermería con identificación de la profesional de enfermería
  12. Epicrisis
  13. Documentos administrativos de ingreso y egreso, referencia y contrarreferencia alta solicitada, transferencia, fallecimiento y otros.
  14. Adicionales, protocolo de autopsia, copia del certificado de defunción, informes de auditoría médica interna especial o inducida, ficha social, fichas de programas específicos (tuberculosis, salud sexual y reproductiva etc.)

El auditor realizara el análisis, que pudiera contribuir al esclarecimiento de la materia de análisis, hasta llegar a conclusiones, recomendaciones y emisión del informe final.

El análisis comprenderá lo siguiente:

1. Coherencia entre diagnóstico de ingreso y egreso.
2. Coherencia entre cuadro clínico (anamnesis y examen físico) diagnóstico ingreso presunciones diagnósticas y diagnóstico definitivo.
3. Coherencia y oportunidad entre cuadro clínico y solicitudes de exámenes complementarios de diagnóstico.
4. Coherencia y oportunidad entre cuadro clínico y solicitud de ínter consulta.
5. Coherencia y oportunidad entre diagnóstico y tratamiento
6. Cumplimiento de la Lex Artis, normas y protocolos en vigencia.
7. Otros elementos pertinentes cada caso en especial.

---

#### **8.9.8. Art. 28. Cierre e informe final.-**

Terminado el análisis se procederá al informe precisando el cumplimiento o incumplimiento de las normas y protocolos, dando conclusiones y recomendaciones acompañadas además de un plan correctivo de corrección de acción rápida de cumplimiento obligatorio, señalando el problema, el o los responsables de la corrección y el plazo para su aplicación.

#### **Seguimiento y control del cumplimiento de las recomendaciones y del plan de acción rápida**

Será el Gestor de la Calidad quien se ocupe de hacer el seguimiento y supervisión.

### **8.10. PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA MÉDICA EXTERNA**

#### **8.10.1. Art. 42. Legitimación activa.-**

Tienen legitimación activa para presentar solicitudes de auditoría médica externa (AME)

- 1.- Los usuarios de los servicios del Sistema Nacional de Salud o sus familiares hasta el primer grado, por hechos de presunta **MALA PRAXIS MEDICA**.
- 2.- Los directores y gestores de Calidad de los establecimientos, cuando en el proceso de la auditoría interna se encuentren indicios de mala práctica médica.

#### **8.10.2. Art. 43. Legitimación Pasiva.-**

Tiene legitimación pasiva para ser sujetos a la Auditoría Médica externa, el personal médico y todo el personal del servicio en salud y personal administrativo en salud perteneciente al sector público, de la Seguridad Social y sector privado lucrativo y no lucrativo que hubiera intervenido directamente en el acto médico y/o en salud que son motivo de la auditoría, en cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la normativa vigente.

### **8.10.3. Art. 49. La AME en la Seguridad Social.-**

Los casos de controversia médica suscitados en la Seguridad Social que requieran de la realización de una AME, serán administrados por el INASES en uso de sus atribuciones y procedimientos establecidos por ley, previa notificación a la autoridad del SEDES correspondiente al inicio de la auditoría y remisión de una copia del informe final a su conclusión.

### **8.10.4. Art. 52. Recusación de auditores.-**

El solicitante podrá recusar a cualquiera de los integrantes del comité de auditoría, en los siguientes casos:

1. Parentesco por consanguinidad del cuarto hasta el segundo grado con algunos de los sujetos pasivos de la auditoría.
2. Por compadrería, padrinazgo o ahijadazgo.
3. Malas relaciones o pleitos del recusado de sus familiares inmediatos.
4. Ser el recusado acreedor, deudor o fiador del peticionario el paciente supuestamente afectado.
5. Haber manifestado el recusado su opinión sobre el resultado posible de la auditoría antes de conocer la misma.
6. Haber recibido el recusado beneficios o regalos de los sujetos pasivos de la auditoría.
7. Falta de matrícula de auditor acreditado.

### **8.10.5. Art. 54. Obtención y custodia del expediente clínico.**

Una vez conformado el comité acude al centro en conflicto mundo de una credencial conferida por el Director del SEDES, obtendrá a través del director del establecimiento, el expediente clínico y original del paciente correspondiente al caso para su custodia en el SEDES en tanto dure el proceso de la auditoría, dejando una fotocopia en el establecimiento del expediente clínico hasta la devolución del original.

#### **8.10.6. Art. 63. Liberación de cargos.-**

Si el informe final de la AME concluye que no existen indicios o evidencias de mala praxis médica de los sujetos pasivos la autoridad en atribución al Art. 4 del D.S. No 28562 libera de los cargos a los sujetos pasivos.

#### **8.10.7. Art. 64. Indicios o evidencias de responsabilidad.-**

Según el informe del AME si hubiera encontrado indicios o evidencias de errores cometidos y/o mala práctica que impliquen responsabilidad del sujeto o sujetos pasivos de la auditoría, es competencia del Director del SEDES la ejecución de las siguientes medidas:

##### **1.-Cumplimiento de recomendaciones**

##### **2.- Proceso administrativo**

##### **3.- Conciliación y arbitraje**

Con remisión de la documentación al Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje previo acuerdo de las partes en los siguientes casos:

- Casos que no determinaron lesión o daño físico en el paciente, pero que le causaron otro tipo de perjuicio a él o a su entorno familiar o tutorial inmediato, atribuibles a error o mala praxis médica comprobada.
- Casos en los que si hubo lesión o daño físico y/o perjuicio reversible, atribuibles a errores o mala praxis médica comprobada, con recuperación plena y sin secuelas que no sean las esperadas o inherentes a los propios procedimientos realizados bajo norma vigente.
- Casos con secuelas o daño irreversible, atribuibles a mala praxis médica, siempre y cuando exista acuerdo de las partes en recurrir a la conciliación o al arbitraje médico.

#### **8.11. Art. 64.4 MINISTERIO PÚBLICO.-**

Cuando el caso no es objeto de conciliación y arbitraje por falta de acuerdo de las partes o por existir suficientes indicios de responsabilidad penal, la autoridad del SEDES deberá derivarlo sin dilación a las instancias que corresponda del Ministerio Público.

# Norma Técnica de pericia de la Auditoria Medica Externa en el ambito del Ministerio Publico y el IDIF por negligencia Medica

---

**9.1. Propósito.**-La Auditoria Medica Externa por parte del Ministerio publico, es un procedimiento técnico, analítico de carácter correlativo que se realiza ante duda sobre resultados de auditorias medicas anteriores AMI y AME del centro de Salud afectado por el INASES o SEDES respectivamente, y por existir suficientes indicios de responsabilidad penal, y consiste en la verificación de los antecedentes de la documentación entregada al Ministerio Publico a denuncia del SEDES o de la parte afectada por mala practica medica, por lo tanto en la Auditoria Forense establece responsabilidad en los diferentes niveles mencionando si se ha cumplido con las normas y protocolos, o en su defecto todo lo contrario establece su no cumplimiento, y será el Fiscal quien establezca el grado de responsabilidad para realizar la imputación formal.

**9.2. Fundamentación Jurídica.**-A fines de contar con los medios de prueba de carácter científico, se hace necesario realizar Auditoria medica externa, el ministerio publico con las facultades que le son otorgadas y que de conformidad a los artículos 204,(1) 209(2) y 211(3) del Código de Procedimiento Penal, siendo urgente la practica de AME del Ministerio Publico y cumpliendo normas establecidas y corroboradas con bibliografía que fundamente la mala praxis medica o no. Solicita al Instituto de Investigaciones Forenses IDIF que un perito en Auditoria Medica Forense a objeto de aclarar para la justicia mediante una PAMEF.

**9.3. Procedimiento Inicial.**-La solicitud de la Auditoria Medica por mala praxis, se realiza a denuncia mediante memorial de la parte afectada o por el SEDES, por lesiones, o muerte, ante la Fiscalia del distrito correspondiente. Esta denuncia ingresa por la ventanilla de denuncias y demandas nuevas a la fiscalia de distrito, a la plataforma de análisis donde un Fiscal analiza las características de la denuncia.

(1) 204 CPP (pericia) se ordenara una pericia cuando para descubrir un elemento de prueba sea necesario conocimientos especializados en alguna ciencia arte o tecnica.

(2) 209 CPP (designacion y alcances ) Las partes podran proponer peritos que seran designados por el Fiscal durante la etapa preparatoria, el Fiscal o Juez fijara con precision los puntos de la pericia y el plazo de la presentacion del dictamen, las partes podran proponer u objetar los puntos de la pericia.

(3) 211 CPP (citación y aceptación del cargo) el perito sera citado para comparecer y desempeñar el cargo previo juramento de ley, si tuviera impedimento o no fuera idoneo debera ponerse en conocimiento del Fiscal o juez, para que previa everiguacion sumaria resuelva lo que por ley corresponde.

#### **9.4. Designación de funciones.-**

El fiscal analizador de los casos en plataforma, constata el contenido de la denuncia, y sorteá entre varios Fiscales, si el caso es por muerte, pasa al Fiscal de homicidios y si es por lesiones al Fiscal de personas.

A su vez enterado del caso el Fiscal de materia, como director de la investigación designa un médico Forense calificado perito en Auditoría Médica para el análisis del caso y conclusiones.

#### **9.5. Documentos esenciales.-**

El Fiscal asignado, solicitará el expediente clínico, o fotocopias legalizadas mediante requerimiento Fiscal, ante el Director del establecimiento de Salud, quien hará entrega del mismo a la autoridad que lo solicita, debidamente foliada en orden correlativo de todos los elementos que lo componen, y todo aquel material documental y bibliográfico que pudiera estar relacionado con el caso que se audita.

#### **9.6. Designación del Perito en Auditoría Médica Forense.-**

El Fiscal como autoridad competente, envía un requerimiento, al Coordinador del IDIF solicitando la designación del auditor médico forense, quien envía el nombre del médico forense que se hará cargo de la Auditoría, luego el Fiscal de Materia, señala hora y fecha de juramento de ley de acuerdo al Art. 211 del Código de Procedimiento Penal para que el Auditor Médico forense, se presente ante esta autoridad y jure para realizar la pericia de la auditoría médica con puntos de pericia.

#### **9.7. Acta de entrega y recepción del expediente clínico.-**

En el momento de juramento se hace entrega del cuaderno de investigaciones al auditor, donde se encuentra incluido el expediente clínico, las declaraciones informativas, de todo el equipo médico y el personal que haya tenido participación en el hecho que se investiga, como ser el cirujano, los ayudantes del cirujano, el anestesiólogo, la instrumentadora, la enfermera circulante, quienes fueron notificados con anterioridad ante el investigador de la FELCC para presentarse y prestar sus declaraciones informativas de todo lo acontecido en el día de la lesión o muerte o en su defecto en el procedimiento en que se ven involucrados los actores.

## **9.8. Metodología de pericia de la Auditoría médica.-**

La ejecución de la pericia de la auditoría médica por el médico forense seguirá la siguiente Metodología:

- 1.- Recepción del expediente clínico y fotocopia legalizada de calidad aceptable, debidamente foliado
- 2.- Planificación de actividades, fecha de inicio y de conclusión
- 3.- Solicitud de apoyo profesional para el análisis del caso a la Sociedad médica correspondiente.
- 4.- Analizar la Guía de evaluación del expediente clínico de acuerdo al anexo 2 de la ley de Normas y Reglamentos para el ejercicio profesional médico ley 3131
- 5.- Utilizar el método científico que permita la identificación de los problemas clínicos
- 6.- Transcribir en un resumen las notas importantes de la evolución del expediente clínico.
- 7.- Confrontar las conclusiones con las normas de diagnóstico y tratamiento establecidas en el país así como la literatura mundial científicamente comprobada.
- 8.- Describir rigurosamente la bibliografía utilizada por la OMS/OPS
- 9.- Elaborar con lenguaje claro y concreto las conclusiones, la racionalidad clínica metodológica de los resultados.
- 10.- Las recomendaciones deben tener un correlato lógico de las conclusiones.
- 11.- Se debe establecer plazos para el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por la Pericia a la Auditoría Médica Forense.
- 12.- Deberá elevarse el informe de la pericia a la Auditoría médica, al Fiscal de Materia quien la solicite o al Juez de la causa
- 13.- Se prevé 30 días hábiles, para concluir con el informe de la Pericia a la Auditoría Médica

---

## 9.9. Notificación de la AME a las partes involucradas.-

El fiscal Asignado al caso, notifica mediante el investigador asignado al abogado patrocinante del equipo médico o del actor pasivo, indicando el nombramiento del auditor médico forense y su juramento de ley y los puntos de pericia solicitados al Perito en Auditoría Médica forense.

## 9.10. Recusación de Peritos.-

Dentro los cinco días hábiles de notificados con el nombramiento del Auditor Médico Forense, tanto el denunciante como el denunciado o denunciados, podrán recusar al perito en auditoría médica señalado, por las siguientes razones que deberán ser objetivamente probadas y fundamentadas:

1. Parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado o relación de afinidad hasta el segundo grado, con alguno de los sujetos pasivos, o con el denunciante.
2. Relación de compadrerío, padrino o ahijadazgo, proveniente de matrimonio o bautizo con alguno de los sujetos pasivos o activos de la auditoría médica.
3. Malas relaciones o pleitos del recusado o alguno de sus familiares inmediatos (padres, hijos, cónyuge) con el peticionario de la auditoría, o el paciente supuestamente afectado.
4. Ser el recusado acreedor, deudor o fiador del peticionario, el paciente supuestamente afectado o alguno de los sujetos pasivos de la auditoría.
5. Haber manifestado el recusado su opinión sobre el resultado posible de la auditoría médica antes de asumir conocimiento de ella.
6. Haber recibido el recusado beneficios o regalos de los sujetos pasivos de la auditoría.
7. Nivel post grado en auditoría en salud (Diplomado como mínimo, equivalente a 600 hrs. Académicas) especialidad, reconocida por la CEUB con conocimiento del colegio médico dentro la sociedad de Auditoría Médica de Gestión y Calidad.
8. Experiencia mínima profesional asistencial de 10 años como mínimo.
9. No tener resolución ejecutoriada por responsabilidad ejecutiva o administrativa, ni sentencia civil o penal.
10. No tener pliego de cargo ejecutoriado.

---

### **9.11. Resolución de recusación.-**

Presentada la recusación ante el Director de la investigación que es el Fiscal de materia asignado al caso, esta será resuelta dentro los próximos 7 días hábiles, aceptado o concediendo la recusación, sin recurso ulterior, previa comunicación escrita al Auditor recusado, quien podrá presentar argumentos o pruebas que contribuyan a desestimar o en su caso ratificar la recusación en ese lapso de tiempo.

### **9.12. Excusa voluntaria.-**

Siendo la Auditoría un deber a ser cumplido por los profesionales auditores acreditados que se desempeñan en Instituto de investigaciones Forenses IDIF, su excusa voluntaria y mediante nota, enviada al Fiscal Asignado al caso, únicamente podrá admitida por situaciones de viaje, licencia laboral, por fallecimiento de familiares próximos o enfermedad con impedimento, que sean debidamente comprobadas.

### **9.13. Admisión o rechazo de la Auditoría Médica Forense.-**

Una vez obtenido el expediente clínico, el médico Auditor Forense hará una revisión integral de la documentación, y en el término de dos días hábiles emitirá y enviara al Fiscal Director de la investigación una representación fundamentada de admisión o rechazo de la solicitud de la AMEF de acuerdo a las siguientes causales:

#### **9.13.1. De Admisión.-**

- Informe de auditoría interna donde consten indicios de mala práctica
- Indicios de daño o lesión en el o la paciente.
- Fallecimiento de el o la paciente

---

### **9.13.2. De rechazo.-**

- Cuando la solicitud sea anónima
- Cuando existe desistimiento expreso y escrito de la parte solicitante
- Cuando existe correlación entre sujeto, objeto y causa de la solicitud
- Cuando a juicio del Auditor Médico Forense no justifique la realización de una Auditoría Médica Forense.

### **9.14. Evaluación técnica**

Un vez admitida la PAMEF proseguirá con la evolución técnica y científica, efectuar una relación pormenorizada del caso y una interpretación ordenada de la información que se encuentre contenida en el expediente clínico, puntualizando los antecedentes más importantes y las características de los documentos, con ubicación precisa de todo aquello que llame la atención o resulte habitual o anómalo en un documento anexo que tiene conocimiento un auditor médico.

Se excluirán entrevistas personales como parte del procedimiento con los demandados para no causar susceptibilidad con la parte contraria o en su defecto se solicitara la entrevista que se realice en presencia del fiscal y las partes, los que se llevaran cabo preservando la salud y el pudor del examinado en caso del paciente afectado y en caso del denunciado se respetara su condición de profesional, con el único objeto de esclarecer circunstancias y aspectos relacionados al acto médico, sin que ello signifique influencia positiva o negativa en el informe final.

### **9.15. Liberación de cargos**

Si el informe de la Auditoría Médica Forense concluye que no existen indicios o evidencias de mala práctica médica de los sujetos pasivos, el Fiscal de Materia en uso de sus atribuciones establecidas, rechazara la denuncia haciendo conocer a las partes en conflicto y liberara de cargos que motivaron la AMEF a dichos sujetos pasivos.

## **9.16. Indicios o evidencias de responsabilidad**

Si según el informe de la AMEF se hubiera encontrado indicios o evidencias de errores cometidos y/o mala praxis que impliquen responsabilidad del sujeto o sujetos pasivos (médico y equipo médico) de la auditoría, es competencia del Fiscal de materia como director de la investigación iniciara:

1. Proceso penal
2. Conciliación y arbitraje

## **9.17. Devolución del Expediente Clínico original o fotocopias legalizadas.-**

Desde el día del juramento, el perito en auditoría médica forense, tiene 30 días hábiles para entrega de los resultados al fiscal de materia, el resultado del documento es entregado al departamento de evidencias y resguardo del IDIF dentro un sobre Manila con membrete dirigido al Fiscal director de la investigación para su entrega por conducto regular, siendo clasificado como información reservada, debe estar incluido la devolución del expediente clínico, también puede acompañar con bibliografía documentada sobre el caso clínico para una mejor orientación del Fiscal y en su caso del Juez de la causa.

# Declaración de Ginebra

---

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM<sup>1</sup> Ginebra, Suiza, septiembre 1948 en el momento de ser admitido como miembro de la profesión Médica.

- PROMETO SOLEMNEMENTE consagrar mi vida al servicio de la humanidad.
- OTORGAR a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen.
- EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente.
- VELAR ante todo por la salud de mi paciente.
- GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente.
- MANTENER, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.
- CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas.
- NO PERMITIRÉ que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente.

---

<sup>1</sup>Asociación Mundial de Médicos

- VELAR con el máximo respeto por la vida humana.
- NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza.
- HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

# Juramento de Hipócrates

---

- "*JURO POR APOLO* médico y por Asclepio y por Higía y por Panacea y todos los dioses y diosas, poniéndoles por testigos, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita:
- *TRATARÉ* al que me haya enseñado este arte como a mis progenitores, y compartiré mi vida con él, y le haré partícipe, si me lo pide, y de todo cuanto le fuere necesario, y consideraré a sus descendientes como a hermanos varones, y les enseñaré este arte, si desean aprenderlo, sin remuneración ni contrato.
- *Y HARÉ* partícipes de los preceptos y de las lecciones orales y de todo otro medio de aprendizaje no sólo a mis hijos, sino también a los de quien me haya enseñado y a los discípulos inscritos y ligados por juramento según la norma médica, pero a nadie más.
- *Y ME SERVIRÉ*, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar.
- *Y NO DARÉ* ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente.
- *Y NO CASTRARÉ* ni siquiera (por tallar) a los calculosos, antes bien, dejaré esta actividad a los artesanos de ella.

- *Y CADA VEZ QUE* entre en una casa, no lo haré sino para bien de los enfermos, absteniéndome de mala acción o corrupción voluntaria, pero especialmente de trato erótico con cuerpos femeninos o masculinos, libres o serviles.
- *Y SI EN MI PRÁCTICA* médica, o aún fuera de ella, viviese u oyere, con respeto a la vida de otros hombres, algo que jamás deba ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo. Así pues, si observo este juramento sin quebrantarlo, séame dado gozar de mi vida y de mi arte y ser honrado para siempre entre los hombres; más, si lo quebranto y cometo perjurio, succédame lo contrario".

# Declaración de Lisboa

---

Adoptada por la 34<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47<sup>a</sup> Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171<sup>a</sup> Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005.

## C.1. Introducción

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. La siguiente Declaración representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, o una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

## C.2. Principios

1. Derecho a la atención médica de buena calidad.
  - a) Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
  - b) Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
  - c) El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.

- d) La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- e) En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.
- f) El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención medicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado medicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

## 2. Derecho a la libertad de elección.

- a) El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente a su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.
- b) El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

## 3. Derecho a la auto determinación.

- a) El paciente tiene derecho a la auto determinación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
- b) El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.
- c) El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

## 4. El Paciente inconsciente.

- a) Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible.

- b) Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.
- c) Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

#### 5. El Paciente legalmente incapacitado.

- a) Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas jurisdicciones; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.
- b) Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.
- c) Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

#### 6. Procedimientos contra la voluntad del paciente El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

#### 7. Derecho a la información.

- a) El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.
- b) Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.
- c) La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.

- d) El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.
- e) El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

#### 8. Derecho al secreto.

- a) Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- b) La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de "necesidad de conocer", a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- c) Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

#### 9. Derecho a la Educación sobre la Salud

Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educacionales.

#### 10. Derecho a la dignidad.

- a) La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.

- b)* El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.
- c)* El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

#### 11. Derecho a la Asistencia Religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

---

# Modelo: Consentimiento Informado

---

Por medio del presente documento y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontánea, doy mi entera conformidad y autorizo al médico tratante, Dr. Ricardo Pacheco Oliveira bajo las siguientes cláusulas<sup>1</sup>:

1. He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por **el especialista**.
2. He sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.
3. Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento médico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, ínter consultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi Salud.
4. Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter médico y quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local y/o general; siempre que sea necesario y bajo criterio del especialista.
5. Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y que en mi caso la duración de estos fenómenos, no esta determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.
6. Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y a criterio del Doctor.

---

<sup>1</sup> Los nombres del médico y paciente, como el número de matrícula y otros datos del modelo son ficticios, por tratarse sólo de un ejemplo

7. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Doctor a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
8. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene Oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados
9. Doy mi consentimiento al Doctor y por ende al equipo de ayudantes de la Clínica-consulta que Él designe, a realizar el tratamiento pertinente *Puesto que sé que es de mi propio interés*, con el buen entendido que puede retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.
10. Debo manifestar que doy mi entera conformidad por todo lo expuesto anteriormente.

La Paz, Bolivia . . . . . 23 . . . . . de . . . . . *Octubre* . . . . . de . . . . . 2006 . . . . .

DEL PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL:

Señor(ra): . . . . . *Juan Antonio Mora Virreyra* . . . . .

Firma. . . . . C.I. N° . . . . . *81392575 LP*. . . . .

DEL MÉDICO ASISTENTE:

DR(a). . . . . *Dr. Ricardo Pacheco Oliveira* . . . . .

Colegiado . . . . . *345* . . . . . Matricula: . . . . . *234E34* . . . . .

Firma. . . . . C.I. N° . . . . . *57529318 LP* . . . . .

---

---

# Bibliografía

---

- [1] BRENA SESMA, Ingrid: *El Derecho y la Salud: Temas a Reflexionar*  
UNAM, México, 2004,104.
- [2] BUERES, Alberto J.: *Responsabilidad Civil de los Médicos*  
t. 1, p. 242, Ed. Hamurabi  
2da. ed. Corregida y Ampliada, Buenos Aires, 1992.
- [3] CAJIAS, Huascar: *Criminología*  
Ed. Juventud, La Paz, 1997
- [4] CAPITANT, Henry: *Vocabulario Jurídico,*  
Buenos Aires: Ediciones Depalma, 1961. p.489
- [5] CASTELLON PRADO, Juan: *Responsabilidad Civil y Penal del Médico en Bolivia,*  
Tercera Edición, Editorial J.V.  
Cochabamba-Bolivia, junio, 1997
- [6] CIFUENTES, Santos: *Derechos Personalísimos*  
p. 320, Ed. Astrea,d 1995.
- [7] FERNANDEZ CONTRERAS R., GOMEZ LLAMBI H., FERROTTI F., LORGE F.:  
*Guía para el manejo de la Hipertensión Arterial.*  
Instituto de Investigaciones Cardiológicas-Facultad  
de Medicina-UBA. 2000.
- [8] FERNANDEZ COSTALES, Javier: *El Contrato de Servicios Médicos*  
p. 160, Ed. Civitas, Madrid 1988.
- [9] FRENK, Julio: *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública,*  
México, Fondo de Cultura Económica, 1.993

- 
- [10] GARCIA SANTOS F.J., COSTALES BADILLO C.A., JIMENO J. M.:  
*Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. Revisión de la literatura. Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Cátedra de Obstetricia y Ginecología (Prof. M. Escudero Fernández). Toko-Ginecología Práctica Mayo, 2000; Número 645 p. 194 - 212.*
- [11] JIMENEZ DE ASUA, Luis: *Tratado de Derecho Penal,*  
Editorial Losada, Buenos Aires, 1963
- [12] KAUNE ARTEAGA, Walter: *Contratos,*  
Cuarta edición, Editorial Jurídica Temis,  
La Paz-Bolivia, 1996
- [13] KOWALENKO, K.: *Protecting your e-health privacy,*  
The Institute IEEE, Vol. 25, n.o 4, pp 1-6. (www.ieee.org)
- [14] MERLO, G. Mario: *Diccionario Básico de Términos Jurídicos.*  
Bogota: Editorial Legis, 1994. p.457
- [15] MICHEL HUERTA, Manuel: *Medicina Legal*  
B614.1 M623m 4ed. Ej.2.
- [16] SPROVIERO, Juan H.: *Mala Praxis, Protección Jurídica del médico,*  
Bs. Aires, 2001, p.245-261.
- [17] TAPIA CONYER, Roberto y MOTTA MURGIA, Ma. De Lourdes ,  
*El Derecho a la Protección de Salud Pública,*  
UNAM, México, 2005, 149.
- [18] TAPIA y MOTTA: Op.cit., 152-153
- [19] TORRICO TEJADA, Luis *Historia del Derecho Romano*  
Ed. Tigre, La Paz-Bolivia, 1997
- [20] Estatuto Organico y Reglamentos del Colegio médico de Bolivia  
*Código Deontológico,*  
Imprenta Muños, Oruro-2004, p.219-274

---

[21] Instituto Nacional de Seguros de Salud *Reglamento de la Historia Clínica* INASES, p.35, Producciones Nor Chichas La Paz - Bolivia, Marzo, 2006

[22] CLAP (OPS/OMS) Sistemas Informáticos [www.clap.hc.edu.uy](http://www.clap.hc.edu.uy).

[23] CNIL (Comission Nationale de l'Informatique et des Libertes)

(24) PRONACS Ministerio de Salud y Deportes (Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría)