

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE
LLEVAN A DEMANDAS POR MALA
PRAXIS EN UN HOSPITAL DE LA
CIUDAD DE LA PAZ (2017-2018)**

**POSTULANTE: Dra. Cecilia Katherine Vargas Vásquez
TUTORA: Dra. María Virginia Centellas**

**Trabajo presentado para optar al título de Especialista
en Gestión de Calidad y Auditoría Médica**

La Paz - Bolivia
2020

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a todos aquellos colegas que día a día realizan esfuerzos por brindar atención de calidad, inclusive sin tener las herramientas, y se arriesgan a demandas legales.

Dedico también este trabajo a mi familia: mis padres que apoyan todo lo que hago y eso me impulsa mucho más, a mi compañero de vida con quien comparto mis inquietudes y las similitudes nos hacen comprendernos más y las diferencias nos permiten aprender y crecer juntos cada día, a mi hija que me inspira a ser mejor y a dejar huellas en el mundo que trascienda mi existencia.

Agradecimientos

Al centro hospitalario que me permitió revisar las demandas por mala praxis, porque sin su apoyo hubiera sido imposible realizar este trabajo.

A mi tutora, a quien admiro por su pasión por enseñar, que contagia esa búsqueda de la verdad definiendo ineludiblemente el amor por la medicina que tenemos los médicos, quienes hemos escogido esta profesión para hacer el bien a las personas.

A mi familia, especialmente a mi hija, por quitarnos tiempo en esta y otras actividades, pero ella sabe que entre las huellas y ejemplo quiero que no deje sus sueños y aspiraciones nunca.

INDICE

	Pag.
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	4
3. MARCO TEORICO	7
3. 1. Historia	7
3.2. El error en la medicina y la seguridad de los pacientes	7
3.3. Factores del acto médico-paciente que influyen en su calidad de atención	8
3.3.1. Tiempo de consulta médica	8
3.3.2. Sobrecarga laboral	10
3.3.2.1 Síndrome de BornOut	10
3.3.2.2. Turnos inadecuados	11
3.3.3. Delegación de funciones	11
3.3.4. Evaluación de la productividad del personal de salud por los empleadores	13
3.3.5. Eventos adversos ó “situaciones inesperadas”	14

3.3.5.1. Modelo del queso suizo	15
3.3.6. Responsabilidad institucional	17
3.3.6.1. Organización	17
3.3.7. Marco normativo – Salud	18
3.3.7.1. Constitución Política del Estado.	18
3.3.7.2. Ley Marco de Autonomías (Nº 031)	19
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
5. PREGUNTA DE INVESTIGACION	22
6. OBJETIVOS	22
a. General	22
b. Específicos	22
7. DISEÑO DE INVESTIGACION	24
8.1. Área de estudio	24
8.2. Tipo de estudio:	24
8.3. Universo y muestra	24
8.4. Unidades de análisis	24
8.5. Variables	24
8.6. Métodos e instrumentos de recolección de datos	25
8.7. Consideraciones éticas	25

8.8. Plan de procesamiento y análisis de resultados	25
8. RESULTADOS	26
9. DISCUSIÓN	32
10. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS	37
11. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS	38
12. CONCLUSIONES	39
13. RECOMENDACIONES	40
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

INDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

	Pag.
Tabla 1. Operacionalizacion de variables	25
Tabla 2. Casos de demandas por mala praxis registrados en el Departamento Legal / Comité de Auditoría Médica de un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz (2017-2018)	26
Tabla 3. Factores ajenos al médico identificados en la revisión de casos de demandas por mala praxis registrados en el Departamento Legal / Comité de Auditoría Médica de un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz (2017-2018)	29
Tabla 4. Legislación relacionada a factores ajenos al médico y demandas por presunta mala praxis	36
Figura 1. Causas de demandas por mala praxis en relación a las acciones de los médicos	28
Figura 2. Causas de mortalidad en demandas realizadas por mala praxis en un hospital en la ciudad de La Paz (2017 - 2018)	31

INDICE DE ANEXOS

-
- 1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION**
 - 2. RESOLUCION: AUTORIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION**
 - 3. FORMULARIOS DE RECOLECCION DE DATOS**
-

FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE LA PAZ (2017-2018)

RESUMEN

La mala praxis médica, hoy en día demandada frecuentemente por pacientes o familiares cuyos resultados, tras un proceso salud-enfermedad, fueron desfavorables presentan múltiples factores como causales. Este trabajo determina los factores ajenos al médico que llevan a demandas por mala praxis en un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz durante las gestiones 2017-2018 mediante la revisión de casos de demandas por mala praxis registrados en el Departamento Legal y/o Comité de Auditoría Médica.

Se revisaron 10 expedientes clínicos y la copia de demandas legales, junto con sus auditorías médicas internas de la institución del estudio. Tres de los casos han tenido influencia en la demanda predominantemente por acciones de los médicos (30%), cinco han tenido influencia de factores ajenos al médico (50%), y dos de los casos han tenido influencia de factores dependientes del médico y también de factores ajenos al profesional (20%).

Se concluye que los factores ajenos que influyen en la práctica médica que llevan a demandas por mala praxis han sido en 50% de los casos netamente causas ajenas al médico, dentro de esas causas se han determinado como principal la falta de recursos (tecnológicos y humanos). Ésta situación conlleva también mortalidad misma que pudo ser evitada en gran parte de los casos.

Palabras clave: demandas, mala praxis, factores influyentes

NON-MEDICAL FACTORS LEADING TO LAWSUITS FOR MALPRACTICE IN A HOSPITAL OF LA PAZ CITY (2017-2018)

SUMMARY

Medical malpractice, is a frequent cause of judicial demands by patients or relatives after an unfavorable result of the medical practice or procedures, there are multiple factors and causes for that .

This work determines the factors not related to the physician who leads to malpractice demands, this work was made in a social security hospital of La Paz Bolivia in 2017-2018 period, we examined cases of malpractice claims registered in the Legal Department and Medical Audit Committee of hospital

10 medical records and the copy of legal claims were reviewed, along with their internal medical audits of the institution.

In three of the cases the actions of physicians led to a demand (30%), in five cases were other factors not related to the physician (50%), and two of the cases there were factors, related and not related to the physician (20%).

In conclusion the factors who leads to legal process due to medical malpractice are in a 50% the cases not related to the physician , being related rather to the lack of resources (technological and human)

This situation also leads to patient's mortality and it could be avoided in most of the cases.

Keywords: lawsuits, malpractice, related factors

FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE LA PAZ (2017-2018)

1. INTRODUCCION

La medicina no es una ciencia exacta y su práctica comporta un riesgo para los enfermos. El ejercicio de la medicina incide sobre los bienes más preciados de la persona, la salud y la vida; ésta incidencia puede concluir en situaciones que afectan negativamente la salud y ser atribuibles al accionar de los profesionales en salud, para ello se deben considerar también las circunstancias y medios de éste accionar como factores ajenos al médico que pueden desencadenar malos resultados.

En la mala praxis existe incumplimiento de los principios de la profesión y la mayor parte de demandas legales son debidas a un mal resultado o a una complicación del procedimiento diagnóstico o del tratamiento.

La mala praxis médica es uno de los elementos causales de demandas a médicos en el mundo que se ha visto cada vez con mayor deterioro de la relación médico-paciente, sin embargo existen factores ajenos a los profesionales que influyen en los resultados que desencadenan este tipo de demandas.

La mala praxis como tal tiene múltiples definiciones, que de una u otra manera también influyen para considerarlas como causal de demanda, este sesgo existe en nuestro medio, generalmente en el personal que juzga y determina la

calidad de éste actuar profesional; es así que para Alberto Agrest, la mala praxis es "Toda acción médica errada de acuerdo con la opinión de expertos médicos, no se define por la opinión del paciente o familiares y tampoco por la opinión del juez, cuya misión es definir la culpabilidad de una mala práctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado", el mismo autor considera como fuentes principales de la práctica médica el simple azar "que se entretiene en crear situaciones inesperadas", la ignorancia del médico o de la institución y la irresponsabilidad.

Entre los factores influyentes en la mala praxis médica enumerados por Seoane y cols. se encuentran:

Factores predisponentes:

1. La medicina es ciencia y arte falible.
2. Debilitamiento del aprendizaje biomédico.
3. Surgimiento de sistemas de salud que favorecen la despersonalización de la atención del paciente
4. Expectativas sobredimensionadas acerca del poder de la medicina para resolver cualquier dolencia

Factores desencadenantes:

1. Medicina defensiva ejercida con sobreabundancia de análisis y prácticas a veces invasivas y peligrosas.
2. "Cultura del Apuro" en la relación médico/paciente/consulta
3. Búsqueda de trascendencia en los medios de comunicación por parte del profesional
4. Ambición económica desmedida por profesionales de la salud

Cuando el paciente acude a un centro hospitalario estamos frente a dos tipos de responsabilidades distintas: por un lado la del médico y su personal y por otro la del hospital o clínica. El paciente espera que se utilicen los medios técnicos adecuados, y cuando ello no ocurre se configura un tipo de omisión que puede determinar la existencia de una relación causal con el daño.

Una publicación de Vera, describe como elementos para prevenir el daño realizado por personal de salud, las decisiones y normas inadecuadas implantadas por los ejecutivos y administradores de centros de salud (sobrecarga laboral, reducción del tiempo por tarea, turnos inadecuados, falta de supervisión)

Hace 50 años Marañón decía: "...nunca puede exigirse a un médico responsabilidad por insuficiencia técnica... La medicina es una ciencia inexacta...existirá siempre el factor reaccional del individuo enfermo, infinitamente variable...que convierte todo tratamiento, aún el más rigurosamente exacto, en un azar cuyo margen de posibilidades de error se puede disminuir; pero nunca eliminar...", de esto se destacan factores del paciente y su enfermedad por sí misma, que no serán considerados en éste trabajo.

De todo lo anterior podemos rescatar como factores ajenos al médico, que conducen a una demanda por mala praxis, lo siguiente:

- Surgimiento de sistemas de salud que favorecen la despersonalización de la atención del paciente
 - Sobrecarga laboral
 - Turnos inadecuados
 - Delegación de funciones
 - Tiempo de consulta
 - “Cultura del Apuro” en la relación médico/paciente/consulta
 - Reducción del tiempo por tarea
 - Exigencia del empleador de productividad.
- Eventos adversos ó “situaciones inesperadas”
- Responsabilidad institucional (hospital, clínica)
 - Medios técnicos inadecuados (Infraestructura, equipamiento)
 - Desorganización

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en su artículo 39 dice: "El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento de acuerdo a ley", por lo tanto el servicio de salud dependería del trabajo del personal (médicos, enfermeras, etc.), infraestructura y equipamiento, que en su conjunto determinarían la buena praxis médica.

Por otra parte, el año 2016, el representante del Comité Contra la Negligencia Médica formado en Bolivia, manifestó a prensa escrita que el sistema, la falta de equipos y de personal son condicionantes para los casos de "negligencia médica" refiriéndose a las demandas por mala praxis.

En Bolivia, las demandas por mala praxis no cuentan con un registro específico, sin embargo el Comité en Contra de la Negligencia Médica ha manifestado en prensa la cantidad de 5.000 denuncias durante los últimos 25 años. Ésta cifra no se ha certificado por ausencia de evidencia registrada y por ende no puede comprobarse; el representante actual del Colegio Médico de Santa Cruz menciona en la misma publicación que el Ministerio Público ha reportado más de 20 casos en el último año, estando 10 de los procesos en investigación y el resto sin cambios desde su denuncia.

Según la legislación ecuatoriana (art. 204 de la Ley Orgánica de Salud), el centro médico o los servicios de salud serán corresponsables civilmente en las actuaciones de los profesionales de la salud que trabajan en ellos. Consecuentemente, la demanda civil de reparación los daños y perjuicios irá contra el o los médicos que asistieron al paciente presuntamente afectado, así como al centro de salud donde fue atendido, justamente por la existencia de un deber de seguridad de parte del hospital o clínica frente a los médicos y a las consecuencias de sus actos. Cuando un médico es encontrado culpable de

negligencia, significa que él o ella ha fallado al emplear el mismo grado de habilidad y aprendizaje, bajo circunstancias idénticas o similares, que son usados por otros miembros de la profesión médica.

Resulta interesante traer a colación lo que señala la jurisprudencia del Consejo de Estado de Francia acerca de diversas posibilidades de responsabilidad y praxis médica. Se distingue entre: Falta de servicio no atribuible al profesional, que implica responsabilidad de la institución; falta personal derivada de la actuación médica, que implica responsabilidad del autor y falta personal pero no separada del todo de la responsabilidad de la administración, que conlleva a una responsabilidad compartida.

Toda demanda por mala praxis, sea o no justificada, puede representar un riesgo económico para el facultativo acusado, además de experimentar éste como un hecho humillante el cuestionamiento de su idoneidad y su competencia. El médico acusado tiene la sensación de que se está cuestionando su capacidad profesional, sea porque se puede interpretar como una falta de competencia o porque se está sugiriendo que ha incumplido los deberes deontológicos; el profesional acusado suele temer que se pueda pensar que no puso todo su empeño en evitar el sufrimiento a su paciente. La recepción de una notificación judicial por una presunta negligencia médica o por un error, causa habitualmente un gran impacto emocional al médico. Incluso, hasta el punto de haberse acuñado un término que lo denomina «síndrome del estrés por mala praxis» y que englobaría sentimientos de rabia, ansiedad, preocupación y vergüenza además de síntomas de insomnio, irritabilidad, pérdida de la libido, dificultades de concentración y pérdida de la autoestima. Otro efecto negativo es la inseguridad profesional que una demanda legal puede ocasionar en el médico en el sentido de inducir una sensación de miedo a tener otro incidente o a cometer un error. La medicina defensiva es, también, una reacción profesional de aquellos que temen una nueva demanda. Afecta, igualmente, a los compañeros de aquellos médicos que han sido injustamente

denunciados. A menudo, la medicina defensiva supone la solicitud de más pruebas de las que son necesarias en un intento de evitar que se pueda decir que no se exploró a fondo al enfermo. En este caso, no se tiene en cuenta el costo económico de esta conducta ni los riesgos que, inevitablemente, supone para los pacientes.

Este trabajo pretende determinar los factores ajenos a los profesionales médicos, que influyen en el resultado de sus actos asistenciales, y pueden terminar en demandas por mala praxis. Es importante considerar estos factores, y de esta manera mejorarlos o modificarlos según corresponda, para no llegar a resultados indeseables y menos aun a demandas legales; en caso de encontrarse en las mismas será trascendente determinar los factores ajenos a los profesionales y designar la responsabilidad legal a las instancias correspondientes.

3. MARCO TEORICO

3.1. Historia

Haciendo una breve reseña histórica, se puede decir que el reproche al error médico no es nuevo, tiene 4.000 años. El Código de Hammurabi, el más antiguo de la humanidad, que redactó y promulgó el Rey de Babilonia 2.000 años antes de J.C., escrito con caracteres cuneiformes en un bloque de diorita y actualmente en el Museo del Louvre, especifica cuanto debía cobrar y como debían pagar los médicos, sobre todo los cirujanos si cometían un error, llegando el castigo, de acuerdo al error, a penas corporales como la amputación de una mano o incluso la muerte.

El término Mala Praxis se comenzó a usar en los Estados Unidos en los años 60, haciendo referencia a una serie de acontecimientos en las que el médico es acusado de no atender eficazmente al paciente.

3.2. El error en medicina y la seguridad de los pacientes

Los sistemas que se sustentan en el desempeño humano sin errores están condenados al fracaso. Los estudios acerca del error humano refutan esta perspectiva. Si bien generalmente hay un individuo que aparece como responsable del error, éste no es más que el último eslabón de una cadena de eventos. El concepto acerca de la seguridad de los pacientes pone en primer lugar los factores de diseño del sistema, organizacionales y operacionales, más que los del individuo (WHO 2004).

Desde 1940 existe lo que se ha denominado la “Ingeniería de los factores humanos” que estudia las causas y efectos del error humano. Esta se ha aplicado en la aviación, las plantas nucleares, la NASA, las industrias de software y la medicina.

El medio clínico, en comparación con el aeronáutico, es más complejo: son varias especialidades interactuando, los seres humanos son más complejos e

impredecibles que los aviones y existen barreras culturales y legales para develar el error.

El primer paso en la prevención del error es aceptar su presencia, y el segundo, la definición del problema. Se requieren su identificación rutinaria y eficiente así como la investigación de todos aquellos que causen daño al paciente. Solamente cuando se acepte que el error es una circunstancia inevitable pero que se puede disminuir, se podrá pasar de una actitud punitiva a una proactiva en la que se busquen los factores subyacentes en el sistema que lo facilitaron. La estandarización de algunos procesos los hace más eficientes y seguros. Desde el punto de vista administrativo se deben considerar los esquemas de trabajo, la división de responsabilidades y la asignación de tareas, pues cuando estos no son los adecuados se generan precursores del error como la fatiga y el estrés. La creación de un ambiente adecuado de trabajo es una manera muy efectiva de prevenir el error.

La mejoría en la seguridad de los pacientes solamente se dará cuando los líderes de las organizaciones de la salud y los profesionales acepten la noción de que el error es un acompañante inevitable de la condición humana.

3.3. Factores del acto médico-paciente que influyen en su calidad de atención

3.3.1. Tiempo de consulta médica

El tiempo de consulta es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los profesionales. Una disminución en el tiempo disminuye la satisfacción de los usuarios, reduce los alcances de la prevención médica, condiciona a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala praxis. Varios estudios sugieren que las consultas deberían tener una duración relativa de 20 min para satisfacer a los usuarios y cumplir con los estándares de calidad asistencial. Bibliografía proveniente de

Europa propone destinar sesenta minutos para la primera consulta médica y veinte minutos en las siguientes consultas.

Una encuesta realizada en México entre los usuarios de los consultorios externos de varios centros asistenciales públicos y privados mostró que “para los usuarios de la seguridad social, los principales elementos que definen la mala calidad de atención son los largos tiempos de espera, los tiempos cortos dedicados a la consulta y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico, mientras que para la población sin seguro social dichos elementos están constituidos por el tiempo corto que duran las consultas, las consultas diferidas y el mal trato por el personal que presta los servicios”; llevando esta mala calidad de atención a demandas legales. Otra encuesta llevada a cabo por la Asociación Argentina de Cardiología puso de manifiesto la creciente frustración en los médicos por la disociación que existe entre sus intentos por brindar una atención ideal y las restricciones que impone el sistema de atención médica con turnos que rondan los 10 ó 15 minutos para una especialidad con alteraciones de gran prevalencia en la población, donde el control clínico y las indicaciones preventivas son de vital importancia y consumen un tiempo importante.

Cuando las instituciones realizan su análisis de la calidad por los costos, un poco más de tiempo dedicado a las consultas ha demostrado hacer una gran diferencia en términos de mala praxis. De esta manera se asume que el costo extra que, aparentemente, pudieran representar unos minutos más del tiempo profesional es, por lejos, mucho menor que el costo de posibles transgresiones médico legales.

Por tanto, la realidad nos demuestra que los profesionales de la medicina atienden una numerosa cantidad de consultas cuya corta duración limita la posibilidad de entablar una fluida relación médico-paciente². Razonando, la falta de tiempo para la atención médica de cada paciente en forma pormenorizada

(diagnosis, prognosis y tratamiento), puede hacer incurrir al médico en un obrar imprudente, negligente o erróneo, siendo el origen el tiempo corto de consulta impuesto por reglamentación de los centros médicos.

3.3.2. Sobrecarga laboral

3.3.2.1 Síndrome de BornOut

Herbert J. Freudenberger aplica el término Burnout, en 1974, para hacer referencia al desgaste o sobrecarga profesional. El concepto había sido tomado de la palabra con la que se hacía referencia al estado en que quedaba una persona "burnout" (fundida, quemada) por las drogas. Maslach (1976), una investigadora en psicología social, comienza a estudiar esta problemática en el medio asistencial.

Un médico con Síndrome de Burnout manifiesta el mismo en la relación que establece con los pacientes, la sobrecarga laboral que siente el profesional hace que se presente un mecanismo de defensa que se instala como medida protectora; la modalidad de esta defensa: distancia con el objeto de trabajo, deshumanización que perturba el vínculo terapéutico médico-paciente y repercute en la calidad de la atención.

Las temáticas conflictivas estudiadas en médicos con Bornout se concentran en situaciones de desprotección social, de maltrato, riesgo de mala praxis, falta de recursos sanitarios, falta de reconocimiento a la labor terapéutica.

Por otro lado, frecuentes han sido los problemas por deficiente documentación de lo actuado. Redactar y escribir es obligación ética y legal, todo acto médico y del equipo sanitario debe quedar registrado y es parte de la actuación sanitaria. Será además demostrativo del empeño, dedicación y preocupación puesta en la tarea sin embargo al no considerarse ésta actividad en la planificación del tiempo de los profesionales en salud y su actividad asistencial, lo mencionado

es visto y sentido como una “carga laboral”. En lo jurídico es además eficiente prueba del desempeño desarrollado.

3.3.2.2. Turnos inadecuados

El exceso de horas, la sobrecarga laboral y la fatiga mental y física que afectan al rendimiento y al manejo de los pacientes son el prefacio de una realidad cada vez más frecuente: **el error médico**. Un documento elaborado por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos en España define la jornada laboral del médico, que en ese país es de 48 horas por semana según su normativa, como tóxica para su salud; el **30% sufre el síndrome de Burnout** y se advierte de que la posibilidad de que un facultativo **cometa un error en un turno largo se multiplica por siete**.

Una investigación publicada en la revista *Canadian Medical Association Journal* concluyó que cuando el médico dormía menos de seis horas, el riesgo de complicaciones en una operación (infecciones, sangrado, lesiones, etc.) aumentaba 2,7 veces. Y si habían trabajado más de 12 horas antes de la intervención, el margen de error pasaba del 4,3% al 6,5%.

3.3.3. Delegación de funciones

El término “delegación de funciones” es utilizado en salud para describir una situación en la que una función desempeñada por un médico es transferida a un profesional de la salud con un nivel más bajo de formación y experiencia o a una persona formada específicamente para cumplir una función limitada solamente.

Un factor principal que produce la delegación de funciones es la escasez de trabajadores cualificados debido a la migración u otros motivos. En los países que enfrentan una gran escasez de médicos, la delegación de funciones puede ser utilizada para formar a profesionales de la salud o personas ajenas a este sector para que realicen funciones consideradas generalmente de la

competencia de la profesión médica. La razón fundamental para la transferencia de estas funciones es que la alternativa sería que el servicio no sería prestado a los que lo necesitan. En estos países, la delegación de funciones está destinada a mejorar la salud de las poblaciones extremadamente vulnerables, en gran parte para paliar la escasez de profesionales de la salud o enfrentar problemas de salud específicos.

En los países donde no existe una gran escasez de médicos, la delegación de funciones puede darse por diversas razones: sociales, económicas, profesionales, a veces con el pretexto de eficacia, ahorro u otras razones no confirmadas. Puede ser estimulada o, al contrario, impedida por profesionales que tratan de expandir o proteger su campo laboral. Aunque la delegación de funciones puede ser útil en ciertas situaciones y a veces puede mejorar el nivel de atención al paciente, esta conlleva riesgos importantes; el principal es el deterioro de la calidad de la atención al paciente, en especial si la opinión médica y la toma de decisiones son transferidas. Además que el paciente puede ser atendido por un personal con menos formación, existen temas de calidad específicos, incluidos un contacto reducido entre médico y paciente, servicio fragmentado e ineficiente, falta de seguimiento adecuado, diagnóstico y tratamiento incorrectos y una incapacidad de hacer frente a las complicaciones.

Además, la delegación de funciones que despliega personal asistente en realidad puede aumentar la demanda legal en los médicos. Los médicos tendrán más responsabilidades como instructores y supervisores, lo que les quitará el poco tiempo para realizar muchas otras tareas, como la atención directa de los pacientes. También pueden tener más responsabilidades profesionales o legales por la atención prestada por el personal de salud bajo su supervisión.

3.3.4. Evaluación de la productividad del personal de salud por los empleadores

La idea de productividad aplicada al trabajo puede ser expresada por la correlación entre el gasto de trabajo (insumos) y la cantidad de bienes materiales producidos (resultados). La productividad suele estar ligada a la eficiencia y al tiempo: cuanto menos tiempo se invierta en lograr el resultado anhelado, mayor será el carácter productivo. Desde algunos sectores, principalmente desde la gestión de calidad, se busca aplicar este concepto al sector salud y al trabajo médico. La justificación para ello puede ser buscar la optimización en las diferentes áreas y funciones de una institución sanitaria, ya sea un hospital o una clínica, y otra muy diferente es aspirar a la productividad del efector final, el médico, en relación a la atención que les provee a los pacientes.

Este concepto mercantilista o económico en el trabajo médico, interpreta que se pueden aplicar los mismos elementos de análisis económico que se emplean en objetos materiales a la tarea médica. Para un médico netamente asistencial la única unidad de medida posible es el bienestar de sus pacientes, y en este punto existe una realidad muy distinta: los dueños de las clínicas y hospitales, que resultan siendo las entidades estatales en la mayoría de casos, nunca miden los resultados en términos de la salud de sus pacientes.

Entonces se expone la siguiente pregunta: ¿cómo medir entonces la productividad del trabajo médico? Es evidente que no puede ser tratado como un producto cualquiera, porque el producto de su trabajo es un derecho: la salud de la población. En este contexto una forma que tienen los empresarios en el caso de las clínicas privadas, y el Estado como responsable del sector público, aumentar ganancias o disminuir gastos respectivamente, es distorsionando la forma de contratación de los médicos o la institucionalización de los mismos, brindando condiciones de trabajo precarias, manteniendo

salarios bajos y recortando derechos laborales. Es decir el médico es muchas veces la variable de ajuste que está más a la mano. Otro camino para lograr mayor rentabilidad y reducir costos, es estipular tiempos reducidos para las consultas.

La salud no se trata de un producto convencional; se puede medir cuantos televisores se ensamblan en una hora, pero no cuántos pacientes se atienden en un consultorio, en una guardia de emergencias o en una ambulancia. No se puede hablar de un tiempo promedio porque todos los casos son diferentes, pero se premia al médico que en un tiempo determinado atiende, por ejemplo, a cinco personas, y se presiona o se castiga al que atiende a dos en ese mismo lapso. Sin embargo, lo que para el empresario, gerente o autoridad hospitalaria es una mala característica de servicio (atención de menos pacientes en un mismo tiempo comparativo), medicamente es lo correcto; dedicar la atención adecuada, más allá de los beneficios evidentes para la salud, puede reducir gastos porque se evitan análisis o segundas consultas.

Esa medición de tiempos y evaluación de productividad en la atención médica presiona a los galenos y cuando esa presión se instala se crea una cultura de la consulta rápida, superficial, que puede afectar la calidad de la atención y por otro lado, aumentar el riesgo legal de la praxis médica. Introducir el concepto de mercado en el sector de la salud termina deshumanizando el modelo de atención médica que la población exige y merece.

3.3.5. Eventos adversos ó “situaciones inesperadas”

Se define como evento adverso a la situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente. Ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la atención médica no funcionó como era deseable o porque esa planificación fue la equivocada. No debe entenderse como error médico los cometidos por los médicos, sino las situaciones adversas que se presentan por la prestación de

salud. Todo el sistema es el involucrado en los errores médicos, profesionales y personal no profesional de la salud, infraestructura, procesos desarrollados dentro de las instituciones, entre otros. Por tanto el efecto adverso es un hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica.

Todas las actividades a las que está sometido el ser humano, sean realizadas por cualquier profesional del equipo de salud, conllevan implícitamente un riesgo en la ocurrencia de un evento adverso, la ocurrencia de los mismos no son de origen exclusivo del error humano, según la literatura se encuentra que la mayoría de los eventos adversos son originados por errores en los sistemas que llevan a una mala práctica o que no tienen los mecanismos incluidos en los procesos, que eviten la ocurrencia de los mismos.

3.3.5.1. Modelo del queso suizo

Modelo ideado por el Profesor James Reason, del Departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, quien en 1997 – en su trabajo titulado: “Gestión de los riesgos en los accidentes en una organización” - “Managing the Risks of Organizational Accidents”, con el que explica que los errores y las fallas están latentes en todos los sistemas y que por lo mismo son susceptibles de cometer faltas, para lo que los sistemas y las personas involucradas deben crear y mantener ciertas barreras que eviten el curso de una acción hacia un evento adverso.

En el desarrollo del concepto del “queso suizo” existen dos abordajes contribuyentes en la aparición de estos errores, se pueden dividir en factores centrados en la persona y factores centrados en el sistema. Los factores centrados en las personas tienen en cuenta que la ocurrencia de un error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. Bajo

este abordaje las estrategias que se generan para disminuir el riesgo se encaminan a campañas de difusión a través de carteles y mensajes, y en muchas ocasiones a sanciones a los individuos comprometidos. El modelo centrado en el sistema tiene en cuenta que todas las personas cometen errores pero que estos errores son consecuencias de falencias en el sistema, por lo tanto estas debe ser buscadas y corregidas intentando modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias, es decir que los seres humanos son falibles y que los errores son de esperar, aun en las mejores organizaciones, de tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores sucedan. Cuando un evento adverso tiene lugar lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron. Idealmente estas barreras defensivas deberían permanecer intactas, pero en la práctica cada una de estas barreras son como rebanadas de un queso suizo que tiene varios orificios, estos se encuentran en continuo movimiento (a diferencia de un queso suizo), los cuales se abren y cierran a destiempo, pero no es la sola presencia de estos orificios la causa de los errores, cuando en un momento dado estos orificios alinean dejando espacio para una misma trayectoria se crean todas las posibilidades para que un evento adverso sobrevenga.

Hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal de las instituciones guardan relación con el aumento de acontecimientos tales como las caídas de los pacientes, las heridas causadas por la permanencia en cama, los errores de medicación, las infecciones contraídas en los hospitales y los índices de readmisión, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas o a índices más elevados de mortalidad en los hospitales.

3.3.6. Responsabilidad institucional

3.3.6.1. Organización

La organización de un servicio se ve reflejada en su estructuración, si la organización es deficiente dentro de una institución, sus médicos pueden no contar con los elementos suficientes, objetivos y necesarios, para poder dar la asistencia adecuada a los pacientes.

En un análisis realizado por Berro en Uruguay se ha señalado cuando no es sólo el operador directo el responsable sino muy especialmente su jefe de servicio, por delegación de acciones, de no brindar los insumos, los medios, o las herramientas pertinentes en forma suficiente, al respecto se establece responsabilidad jerárquica, por lo tanto, dejando de lado la culpa individual sobre la culpa que imputa la responsabilidad a quien lo puso en esa zona de riesgo para la mala praxis; es decir la culpa sistémica o por déficit organizacional o de gestión, siendo ésta la culpa básica de lo ocurrido y que permitió la falla activa individual. Se trata entonces de que quien tiene el rol de organizar un servicio lo ha hecho deficientemente quedando el subordinado en franco riesgo de cometer un error o falta con trascendencia jurídica, es decir con daño injustificado y consecuente con un actuar deficiente.

Los legistas, en cuanto a la responsabilidad jerárquica, mencionan que crear un riesgo no permisible es punible, pero a su vez es una flagrante deficiencia organizacional que se puede resolver con una buena organización, gestión de los recursos y conocimiento de las limitaciones, sabiendo además de antemano a quien recurrir en caso de persistencia de esas limitaciones. Por otra parte, ese riesgo o peligro debe estar informado plenamente e informar de existencia o no y donde de otros recursos, ésta situación está legislada en otros países³³, sin embargo en Bolivia no se cuenta con esta norma ni en los derechos y deberes de los médicos y pacientes (Ley 3131), ni en la Ley General de Derechos de los Consumidores (Ley 453, dic 2013).

Es así, que puede darse que: a) no se cuente con equipamiento indispensable, b) el equipamiento existe pero la deficiente coordinación y organización es tal que es como si no existiera, c) el técnico colocado en determinado rol no es idóneo para esa función y d) no se asumen limitaciones, no se derivan los pacientes a quien y donde se debió hacerlo. Estas experiencias periciales ³³, derivaron todas en daños u omisiones y sus consecuencias; consecuencias, para el paciente pero también las judiciales para los médicos actuantes y menos frecuentemente, para las autoridades e instituciones.

3.3.7. Marco normativo – Salud

3.3.7.1. Constitución Política del Estado.

La Constitución Política del Estado (CPE) Plurinacional de Bolivia, establece en su Art. 8, que todas las personas tienen derecho a la salud, que el Estado garantizará la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, y que el sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.

El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, según el Art. 35. de la CPE. De igual manera, garantizará el acceso al seguro universal de salud y controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante Ley, de acuerdo al Art. 36 de la CPE. También, garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, en la gestión de todo el sistema público de salud, según el Art. 40. de la CPE. Además promover y garantizar el desarrollo integral, justo, equitativo y participativo del pueblo boliviano, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas

y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo nacional. Y favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando la diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización.

3.3.7.2. Ley Marco de Autonomías (Nº 031)

De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2, del Parágrafo II del Artículo 299, de la Constitución Política del Estado, y definido en Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” en el Art.81, Parágrafo III, se distribuyen las competencias de los Gobiernos departamentales autónomos en:

- a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
- b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
- c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.
- d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- e) Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.
- f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena

originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.

h) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.

i) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.

j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.

k) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.

l) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.

m) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.

n) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.

o) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.

p) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.

q) Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.

r) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.

s) Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios masivos de comunicación, asimismo las emisiones sonoras en general.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los factores ajenos al médico influyen en los resultados del acto médico, que en ciencias de la salud no son exactos y por eso la atención en salud se basa en posibilidades^{2,5,12}, sin embargo, día a día va aumentando la cantidad de demandas por mala praxis⁶, y gran parte de las veces, no se toman en cuenta factores que no dependen del médico, pero si influyen en el resultado que es malo en el caso de las demandas legales²⁷, he ahí la importancia de conocer esos factores⁴.

La posibilidad de investigar los mismos será mediante la revisión de los casos y de sus circunstancias demandados en un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz, siendo viable esta situación con la autorización correspondiente.

La identificación de los factores mencionados en este trabajo podrá ser utilizada para situaciones que lo ameriten.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores ajenos al médico que llevan a demandas por mala praxis?

6. OBJETIVOS

a. General.

- Determinar los factores ajenos al médico que llevan a demandas por mala praxis en un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz durante las gestiones 2017-2018.

b. Específicos:

- Identificar los casos de demandas por mala praxis registrados en el Departamento Legal / Comité de Auditoría

Médica de un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz (2017-2018)

- Establecer, de la revisión de casos, los factores influyentes en cada uno.
- Clasificar los factores influyentes de los casos revisados en dependientes del médico y ajenos al médico.
- Identificar los factores ajenos al médico encontrados en la revisión de casos por:
 - Efectos adversos
 - Atribuible a falta de recursos:
 - Humanos
 - Tecnológicos
 - Legales
- Detallar los factores hallados según su frecuencia de presentación.

7. DISEÑO DE INVESTIGACION

8.1. Área de estudio: Gestión de Calidad y Auditoría Médica

8.2. Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

8.3. Universo y muestra:

- Universo: Demandas legales a médicos por mala praxis
- Muestra: Diez demandas legales a médicos por mala praxis, gestiones 2017-2018, registradas en el Departamento Legal / Comité de Auditoría de un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz. Ésta muestra es de tipo no probabilístico, intencional, bajo criterios de accesibilidad y confidencialidad.

La muestra de éste trabajo está determinada según lo disponible por el hospital que aceptó la realización del mismo, en relación a demandas legales presentadas, por tratarse de un asunto tan confidencial el centro hospitalario ha autorizado la realización del mismo bajo la condicionante de no evidenciar nombres de pacientes, de médicos ni de la institución en el informe de éste trabajo.

8.4. Unidades de análisis: casos de mala praxis cuyas demandas y copia de expedientes se encuentren en el Departamento Legal / Comité de Auditoría de un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz de las gestiones 2017-2018.

8.5. Variables:

- Factores influyentes para demanda:
 - Dependientes del médico
 - Ajenos al médico
- Estratificar los factores ajenos al médico encontrados en la revisión de casos por:
 - Efectos adversos
 - Atribuible a falta de recursos:

- Humanos
 - Tecnológicos
 - Legales
- Analizar los factores hallados según su frecuencia de presentación

Tabla 1. Operacionalización de variables			
Variable	Tipo	Medición	Fuente
Factor influyente	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Expediente Clínico, Demanda, Informe de auditoría médica, informes de servicios.
Efecto adverso	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Expediente Clínico, Demanda, Informe de auditoría médica, informes de servicios.
Determinación de existencia o no de recursos humanos	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Expediente Clínico, Demanda, Informe de auditoría médica, informes de servicios.
Determinación de existencia o no de recursos tecnológicos	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Expediente Clínico, Demanda, Informe de auditoría médica, informes de servicios.
Determinación de existencia o no de recursos legales	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Expediente Clínico, Demanda, Informe de auditoría médica, informes de servicios.

Fuente Expedientes clínicos, demandas, informes de auditoría médica, informes de servicios; del *Departamento Legal / Comité de Auditoría de un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz (2017-2018)*

8.6. Métodos e instrumentos de recolección de datos: método observacional y registro en formulario de datos (Anexo N°1)

8.7. Consideraciones éticas

En este trabajo no se registran nombres de las demandas (nombres de pacientes ni de médicos), ni de la institución estudiada; situaciones condicionantes para el acceso a la información requerida (Anexo N°1)

8.8. Plan de procesamiento y análisis de resultados

Se utilizó el programa Excel de Office 2013.

8. RESULTADOS

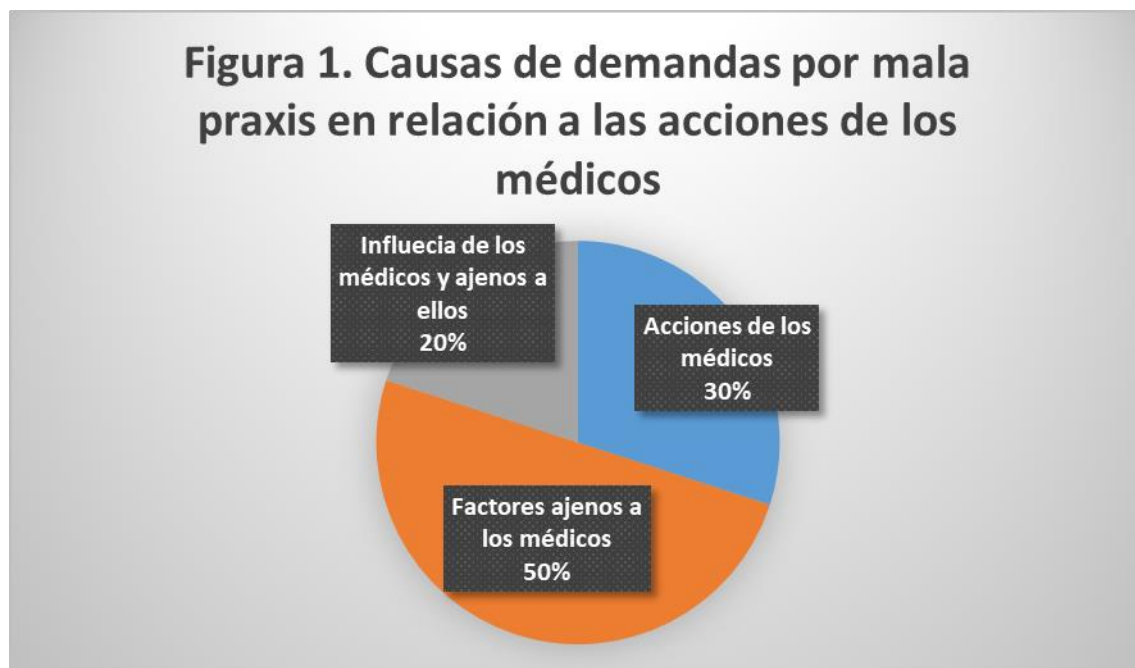
Se revisaron 10 expedientes clínicos y la copia de demandas legales, junto con sus auditorías médicas internas de la institución del estudio.

Tabla 2. Casos de demandas por mala praxis registrados en el Departamento Legal / Comité de Auditoría Médica de un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz (2017-2018)	
Descripción de casos revisados	
Caso 1	Niño prematuro extremo (6 meses de gestación) nace de emergencia por cesárea, neonatólogo quien recibe el niño afirma su deceso (nacido óbito) por lo que no atiende al menor, personal de limpieza de quirófano informa que niño está vivo minutos después del nacimiento (estaba sin asistencia envuelto en un lugar de quirófano), la unidad de neonatología se alerta y asiste al menor que fallece a los 8 días.
Caso 2	Paciente adulta transferida del interior del país, de emergencia, con la sospecha diagnóstica de leucemia mielocítica aguda, complicada con hemorragia cerebral y coagulación intravascular diseminada, se solicita tratamiento de emergencia (ATRA) no disponible, se transfiere a UTI 4 días después del ingreso por falta de unidades en la misma. Fallece. Demanda por falta de atención (“dejaron morir”, “no auxilio”)
Caso 3	Paciente adulta acude al servicio de emergencias por alteraciones neurológicas; queda en emergencias 8 días por no contar con unidades para su internación en sala de neurología; adquiere neumonía y fallece. Demanda por contagio y demora en internación en sala correspondiente (por falta de camas)
Caso 4	Paciente infante con cirugías gastrointestinales (páncreas, estómago, catéter venoso central), se demanda por no acceso a la información, ausencia de médicos en feriado (carnaval), tardanza en efectivización de interconsulta, queja por falta de duchas para los pacientes, queja por falta de mamparas en relación al respeto a la privacidad de paciente (son habitaciones varias camas), errores en registro de nombre, error en registro de peso.
Caso 5	Paciente infante acude a emergencias por dolor abdominal inespecífico, se solicitan estudios complementarios de imagen que no se efectivizan por ausencia de imagenólogo pediátrico en turno nocturno, radiografía solicitada a horas 21 es recepcionada a horas 8:30 del día siguiente. A las

	8 horas de ingreso, paciente internado en sala sufre de paro cardiorrespiratorio, mismo que es asistido (durante la asistencia no se pueden aspirar secreciones en boca por defectos en enchufe de aspirador) con resultado desfavorable.
Caso 6	Paciente adulta con patología de columna vertebral, para tratamiento quirúrgico se solicita compra de prótesis, motivo de denuncia. Durante la evolución, paciente post-operada, en mal estado general, se solicita unidad de terapia intensiva para manejo, no se contaban con unidades de UTI; en sala común presenta broncoaspiración, misma asistida de forma tardía (enfermera a cargo de 16 pacientes según informe). Paciente fallece.
Caso 7	Paciente gestante, acude a emergencias por pérdida de líquido amniótico, se indica internación y al tercer día de internación se realiza cesárea. Nace niña con infección y requiere internación en la unidad de terapia intermedia. Denuncia por “no realizar cesárea a tiempo y evitar infección de recién nacido”
Caso 8	Paciente adulta internada, caída de cama (camas en mal estado según informe de enfermería). Motivo de reclamo : “caída de la cama”
Caso 9	Paciente lactante con capacidades especiales (patología neurológica de fondo), internado en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, presenta quemadura de talón por bolsa caliente (colocada por la madre, sin autorización ni indicación de médicos a pesar de advertencia del riesgo por personal de enfermería y médicos a la madre). Posterior a lesión (causada por la madre) se realizan curaciones por especialidad de forma inconstante (el centro hospitalario no cuenta con cirujano plástico). Se realizan curaciones por otro personal sanitario (enfermeras, pediatras). Madre solicita transferencia a unidad de terapia intermedia o de neurología para curaciones (no habían camas disponibles) y reclama por la falta de cirujano plástico en el nosocomio.
Caso 10	Paciente adulto, diabético, con antecedente de infarto cardiaco tratado 3 días previos (colocación de stent), acude al servicio de emergencias por accidente vascular cerebral, se interna en sala común, no indican internación en Unidad de Terapia Intensiva (a pesar de solicitud de familiares e indicación según informes); a los 5 días la familia solicita alta y se interna en otro nosocomio en Unidad de Terapia Intensiva. Demandan por “no atención/admisión en UTI”

Fuente : Historias clínicas, demandas legales, auditorías médicas, informes; periodo 2017 – 2018.

Tres de los casos han tenido influencia en la demanda predominantemente por acciones de los médicos, cinco han tenido influencia de factores ajenos al médico, y dos de los casos ha tenido influencia de factores dependientes del médico y también de factores ajenos al profesional.



Fuente: Formulario de observación – Factores ajenos al médico que llevan a demandas por mala praxis en un hospital de la ciudad de La Paz, 2017 – 2018.

En cuanto a los factores ajenos a los médicos que han influido para las demandas legales revisadas, los motivos que han llevado a las mismas se demuestran en la siguiente tabla:

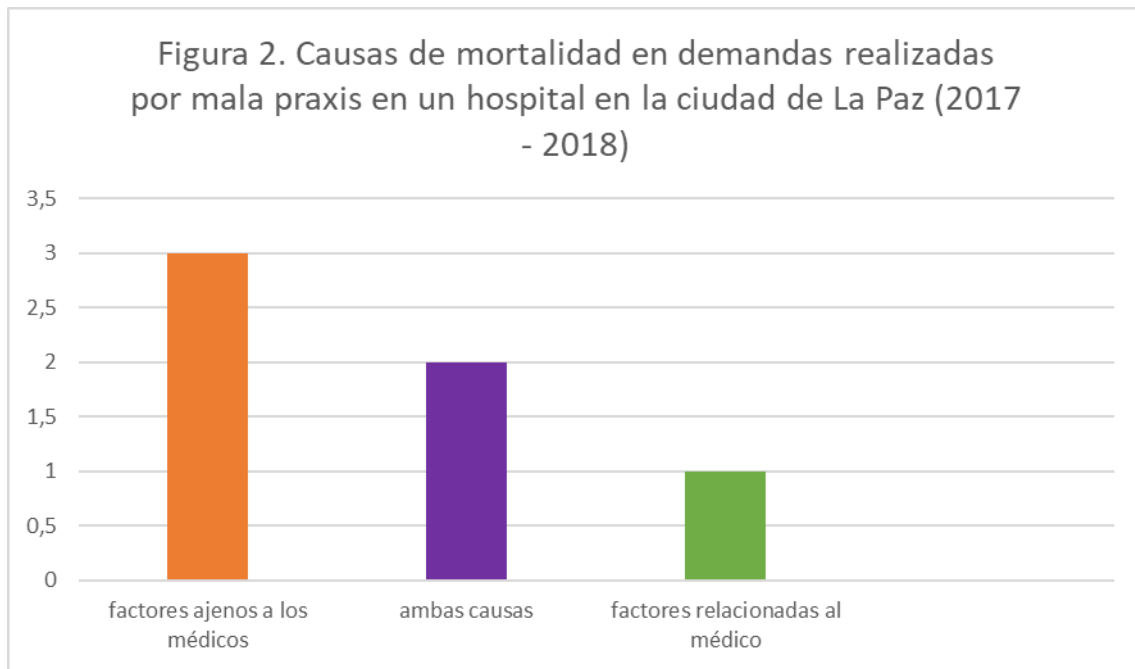
Tabla 3. Factores ajenos al médico identificados en la revisión de casos de demandas por mala praxis registrados en el Departamento Legal / Comité de Auditoría Médica de un hospital de la seguridad social de la ciudad de La Paz (2017-2018)					
Factores ajenos a los médicos (FAM) que han influido en las demandas legales	CASOS – FACTORES AJENOS A LOS MEDICOS				
	C1-FAM	C2-FAM	C3-FAM	C4-FAM	C5-FAM
Recursos humanos		Falta imagenólogo pediátrico (turno nocturno) Falta personal de enfermería (auxilio oportuno) Falta personal mensajero (estudios complementarios turno nocturno)			Falta cirujano plástico pediátrico
Recursos tecnológicos			Falta de máquina de aspiración en sala Cama no disponible	Cama en mal estado (sin barandas)	

			e en UTI		
Recursos legales					
Insumos y medicamentos	Falta medicamento oncológico		Falta de disponibilidad de prótesis en la institución		
Paciente					Familiar desobedece órdenes y produce quemadura

Fuente: *Historias clínicas, demandas legales, auditorías médicas, informes; periodo 2017 – 2018.*

Dos casos (20%) demuestran al mismo tiempo factores relacionados al médico y ajenos al mismo. En los tres casos asociados a factores relacionados únicamente al médico y uno de los casos con factores influyentes relacionados y no relacionados al médico se presenta, según revisión de documentos, negligencia y reclamos por falta de información a pacientes y familiares.

Respecto a mortalidad 6 pacientes fallecieron, de ellos 3 se debieron a causas ajenas a los profesionales médicos, 2 por causas relacionadas a los médicos y también a factores ajenos y 1 por causa netamente relacionada al médico, siendo esta última atribuible también al caso ya que se debió a causa de falta de atención pero con atención también el paciente tenía alto riesgo de mortalidad (prematurez extrema)



Fuente: *Historias clínicas, demandas legales, auditorías médicas, informes; periodo 2017 – 2018..*

9. DISCUSIÓN

La hipótesis de este trabajo ha sido parcialmente confirmada, siendo que los factores ajenos que influyen en la práctica médica que llevan a demandas por mala praxis han sido en 50% de los casos netamente causas ajenas al médico, dentro de esas causas cabe analizar los factores que se han presentado en los casos.

En el primer caso se evidencia como factor influyente para la demanda realizada la falta de un medicamento oncológico; el acceso a medicamentos en todos los sectores de salud de nuestro país es limitado por los siguientes motivos:

- Debe estar incluido en la Lista Nacional de Medicamentos (LINAME), no todos los medicamentos necesarios en la práctica profesional se encuentran en esa lista.
- Costos
- Registro sanitario y paso por aduanas nacionales, éste paso demora el acceso a medicamentos o insumos específicos hasta 3 meses .

En el segundo caso, el factor influyente fue determinado por la falta de personal de diferentes rubros (médico imagenólogo pediátrico, enfermera, personal de mensajería); nuestro país carece de especialistas y las condiciones de trabajo de los ya existentes no son las más óptimas en relación a la cantidad de años y el esfuerzo que implica la realización de las mismas, siendo inclusive esa escases mucho más evidente en turnos tarde o nocturnos como el caso descrito. En el caso de enfermería, y de los profesionales en salud en general, según la OMS (2018) se requieren 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes, y de una a dos enfermeras por cada médico, situación que no se cumple según los registros de personal y de número de camas/pacientes en la mayoría de instituciones bolivianas.

El tercer caso demuestra la falta de recursos tecnológicos como ser la falta de máquina de aspiración en sala común de internación y falta de unidad en UTI, situación bastante frecuente en sectores público y de seguridad social de nuestro país. En el mismo caso, la demanda incluyó irregularidades respecto a la adquisición de prótesis requerida por el paciente, situación que no hubiera existido si se contara con prótesis disponibles (“banco de prótesis”) como material de trabajo del médico para realizar los tratamientos correspondientes.

El cuarto caso nos demuestra la ausencia de mantenimiento preventivo o medidas de precaución relacionadas al estado de las camas, ya que la demanda se realizó por la caída del paciente desde su cama, la cual no tenía barandas o las mismas estaban en mal estado, ésta demanda como todas, aunque los factores sean ajenos a los profesionales de salud, los que dan la cara ante los pacientes y de existir demandas deben someterse a declaraciones y realizar informes que merman el tiempo y tranquilidad a los profesionales.

El quinto caso denota de nuevo la falta de profesionales especialistas, pero además hace visible la importante participación del paciente y sus familiares en el proceso salud-enfermedad. Se hace bastante promoción de la práctica médica, buena o mala, lastimosamente mediáticamente más por el mal acto, sin embargo la población en general debe tener presente la importancia de la participación del paciente y familiares en la prevención y en el tratamiento indicado para la mejora de la salud.

Respecto los casos donde existen factores ajenos a los médicos pero también asociados a ellos, se demuestra una vez más la falta de especialistas y más aún en días feriados o turnos nocturnos, siendo además el problema asociado al profesional la falta de información que manifiestan los pacientes y familiares por parte del médico, siendo el problema esta ausencia per se o la constancia de la misma.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, en su artículo 39 dice: "El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento de acuerdo a ley", por lo tanto el servicio de salud dependería del trabajo del personal (médicos, enfermeras, etc.), infraestructura y equipamiento, que en su conjunto determinarían la buena praxis médica; sin embargo esta "garantía" descrita en la ley vigente no "garantiza" los elementos necesarios para brindar un servicio de salud de calidad, reflejada en resultados de la salud de los pacientes, es así que en este trabajo más de la mitad de casos tienen como factores influyentes para las demandas, la falta de recursos de diversa índole (recursos humanos, tecnológicos, etc.)

En Ecuador, el artículo 204 de la Ley Orgánica de Salud, determina la responsabilidad compartida entre los profesionales en salud, y los centros u hospitales donde supuestamente se realizó mala praxis, siendo inclusive obligatorio el resarcimiento al afectado, otorgado por los médicos y el centro de salud u hospital comprometidos, siendo considerado el deber de seguridad de parte del hospital o clínica frente a los médicos y a las consecuencias de sus actos.

Por otro lado, en Chile, tanto en la Ley de Acceso Universal de Garantías Explícitas como en la Ley sobre Autoridad Sanitaria se aprecia un esfuerzo del legislador por darles a los establecimientos de salud públicos y privados un tratamiento igualitario en materia de responsabilidad sanitaria, dentro de lo que se denomina "falta de servicio" y sus consecuencias dentro de los servicios de salud. La falta de servicio se produce cuando los órganos o agentes estatales no actúan debiendo hacerlo o cuando su accionar es tardío o defectuoso, provocando un daño a los beneficiarios del respectivo servicio público. No se requiere individualizar al funcionario que origina la falta, pero si se debe invocar y acreditar la existencia de esta falla en la actividad del órgano del Estado y que

ella es la causa del daño experimentado. En el ámbito médico, la falta de servicio puede comprender múltiples situaciones, como un retardo anormal en el diagnóstico, una persistencia en el error de diagnóstico, una mala organización de los cuidados, un defecto de funcionamiento, una mala transmisión de información o datos, un defecto de vigilancia, una omisión, una carencia, una torpeza, una negligencia, una imprudencia etc.

Por otra parte, en Francia, su Consejo de Estado reconoce dentro de las demandas por mala praxis o mal servicio dentro del área de la salud, a la falta de servicio no atribuible al profesional, que implica responsabilidad de la institución; falta personal derivada de la actuación médica, que implica responsabilidad del autor y falta personal pero no separada del todo de la responsabilidad de la administración, que conlleva a una responsabilidad compartida.

Ciertamente, tomando en cuenta lo descrito previamente, queda evidente que en Bolivia no se cuenta con legislación similar específica respecto a la responsabilidad de aquellos factores no relacionados a los médicos propiamente, pero que influyen en su atención y en las posibles demandas por supuesta mala praxis médica, ni en los derechos y deberes de los médicos y pacientes (Ley 3131), ni en la Ley General de Derechos de los Consumidores (Ley 453, dic 2013).

Tabla 4. Legislación relacionada a factores ajenos al médico y demandas por presunta mala praxis	
BOLIVIA	Ninguna
ECUADOR	<p>Cuando médicos, enfermeros u otros proveedores de cuidados y tratamiento de salud dejan de desempeñar sus funciones que se encuentren dentro del “patrón de cuidado” necesario, estos proveedores y los hospitales que los emplean puede ser considerados como legalmente responsables del resultado obtenido. (Art. 204 . Ley orgánica de salud.)</p> <p>Si un paciente fallece por falta de insumos o medicamentos, infraestructura inadecuada, causas propias de la enfermedad o por características propias de la persona, no es responsabilidad del médico tratante. (Art. 146 del Código Penal Integral)</p>
CHILE	<p>Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio. El particular deberá acreditar que el daño se produjo por la acción u omisión del órgano, mediando dicha falta de servicio. (Art. 38, Título III de la Responsabilidad en Materia Sanitaria)</p>
FRANCIA	<p>Las fallas cometidas por un médico del hospital en el ejercicio de sus funciones, comprometen la responsabilidad de la administración del hospital y se juzgan ante el tribunal administrativo (Consejo de Estado, 1935).</p> <p>Como todos los funcionarios públicos, el personal del hospital es responsable del servicio al que pertenecen, incluso si mantienen su independencia profesional y técnica. De hecho, el agente del hospital está protegido de los litigios y no asumirá ninguna parte de las sentencias pecunarias (excepto por culpa personal). En principio, solo el hospital (un director) y su asegurador estarán presentes en el debate. El servicio puede ser representado por el jefe de departamento (Ley N° 86-33 del 9 de enero de 1986, sobre las disposiciones legales relativas al servicio público hospitalario)</p>

Fuente: Ley Orgánica de Salud (Ecuador), Responsabilidad en Materia Sanitaria (Chile), Consejo Nacional de Estado (Francia)

10. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

Los resultados demostrados en éste trabajo tienen implicaciones en diferentes sectores como ser:

- Mortalidad
 - 60% de los casos presentaron mortalidad, de ellos la mayoría pudo evitarse resolviendo aquellos problemas ajenos a la práctica médica.
- Gestión de recursos
 - Humanos
 - Formación de especialistas y subespecialistas.
 - Planificación de los recursos humanos en salud, siendo la atención tomada en cuenta en todos los horarios (de lunes a domingo, 24 horas, incluir feriados)
 - Tecnológicos
 - Disponibilidad y accesibilidad.
 - Medicamentos e insumos
 - Disponibilidad y accesibilidad.
- Legales
 - Mejora en los mecanismos de adquisición de medicamentos, siendo necesaria la actualización mínimamente anual de la LINAME.
 - Se debe tomar en cuenta aquellos factores ajenos a los médicos, siendo responsabilidad institucional o de otra índole, cuando se presenta una situación de denuncia o demanda por mala praxis, o por “negligencia”.
 - Inclusión de responsabilidad institucional o de otra índole ajena al médico en las leyes vinculadas a salud.

11.AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

- Profesionales en salud en todos los niveles
- Gestores de calidad y auditores médicos
- Abogados
- Población general

12. CONCLUSIONES

La hipótesis de este trabajo ha sido parcialmente confirmada, siendo que los factores ajenos que influyen en la práctica médica y llevan a demandas por mala praxis han sido en 50% de los casos netamente causas ajenas al médico.

Después de la revisión de los casos y la extracción de los factores influyentes para las demandas, las causas se clasificarían en:

50% atribuibles a factores ajenos a los médicos

30% atribuibles a factores médicos y ajenos a los mismos

20 % atribuibles a factores médicos

En relación a falta de recursos humanos, tecnológicos ó legales, en 20% de los casos hubo falta de recursos humanos, 20% falta de recursos tecnológicos. Dentro del análisis no hubo falta de recursos legales.

Por lo tanto concluyo que los factores que influyen en las demandas por mala praxis son en la mitad de los casos ajenos a los médicos, y pueden ser mejorados a partir de cumplimiento de normativa y protocolos existentes en relación a la cantidad de médicos necesarios por cantidad de pacientes y en la capacidad tecnológica tomada en cuenta no sólo como instrumentos de trabajo, si no como elementos que requieren mantenimiento y renovación según su tiempo de vida útil.

13.RECOMENDACIONES

Se recomienda, para las unidades de auditoría médica, y de entes jurídicos relacionados a demandas por “negligencia o mala praxis médica” considerar los factores ajenos a los profesionales médicos en sus acciones.

Registrar, dentro de un análisis de los comités de auditoría médica, las causales de demandas por supuestas “mala praxis” como herramienta de mejora continua dentro de la práctica de salud.

Se recomienda a las autoridades (de hospitales, regionales y nacionales) cubrir la demanda de especialistas para disminuir situaciones que perjudican a los pacientes por falta de los mismos, y tomar en cuenta dentro de sus políticas administrativas el mantenimiento y renovación de equipamiento, ya que el mal funcionamiento o ausencia del mismo perjudica la práctica médica y el resultado en relación al tratamiento de enfermedades.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agrest A. El conocimiento y el error médico. CIE Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires, 2006.
2. Seoane M. Sotelo RA, Maccagno A. Los caminos del error médico. Cuadernos de Medicina Forense, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Argentina, 2010,(2), 73-78.
3. Tamayo Martínez J. La relación médico paciente y la mala praxis médica. Rev. Novedades Jurídicas, 2007, 4 (19),12-23.
4. Vera Carrasco, O. Cómo prevenir presuntas demandas de mala praxis médica. Revista Médica La Paz, 2016; 22(2), 60-69. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000200011&lng=es&tlng=es
5. Marañón, G. Vocación y ética y otros ensayos. Buenos Aires-Argentina: Colección Austral Espasa Calpe.1946.
6. Carrillo L.. Cada semana se presentan tres denuncias por negligencia médica. Página siete 2016. Disponible en: <http://www.paginasiete.bo/sociedad/2016/12/19/cada-semana-presentan-tres-denuncias-negligencia-medica-120854.html>
7. Ortiz D. Solo el 5% de las denuncias de mala praxis son resueltas. El Deber 2017. Disponible en: <https://www.eldeber.com.bo/santacruz/Solo-el-5-de-las-denuncias-de-mala-praxis-son-resueltas-20170225-0061.html>
8. Bruguera M. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. RevClinEsp, 2012, 212 (4), 198-205. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/guia-prevenir-las-reclamaciones-por/articulo/S0014256512000550/>

9. Perea-Pérez,A. Santiago-Sáez,E. Labajo-González,M.E. Albarrán-Juan,J.A. Sánchez-Sánchez. Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados. RevClinEsp, 2011, 211 (2011), 17-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2010.08.002Medline>
10. Arimany Manso J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. Humanidades Médicas.2007. n.º 12.
11. World Health Organization 2004. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2004.
12. Spath Pl.. Error reduction in healthcare: a systems approach to improving patient safety. NewYork: Healthforum, Inc. An American AssociationCompany.2000, 278.
13. Leape LI. Error in medicine. JAMA ,1994; 272: 1.851- 1.857.
14. Vélez G. El error en la práctica médica: Una presencia ineludible. IATREIA, 2006; 19 (1) 39-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1805/180513853004/>
15. Outomuro D., Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. RevMed Chile, 2013; 141, 361-366.
16. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch Intern Med 2001; 161, 1437- 42.
17. De la Calle JL, Abejón D, Cid J, del Pozo C, Insausti J, López E. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2010, 17 (2): 114-33.
18. Campbell JL, Howie JGR. Changes resulting from increasing gap point mentlength: practical and theoretical issues. Br J Gen Pract 1992, 42: 276-8.
19. Landau DA, Bachner YG, Elishkewitz K, Goldstein L, Barneboim E. Patient's view son optimal visit length in primary care. J Med Pract Manage 2007, 23 (1): 12-5.

20. Migongo AW, Charnigo R, Love M, Kryscio R, Fleming ST, Pearce KA. Factors relating to patient visit time with a physician. *Med. Decis. Making*, 2012; 32: 93-104.
21. Errasti F. El hospital como empresa de servicios. En: Errasti F. *Principios de gestión sanitaria*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, S. A; 1997.
22. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Martín del Campo DL, Torres Carreño E. Consulta externa en instituciones de Salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Pan Am J Public Health*; 2003; 13 (4): 229-38.
23. Doval HC. Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. *RevArgCardiol* 2007; 75 (4): 336-9.
24. Hansson MG, Kihlbom U, Tuvenmo T, Olsen LA, Rodríguez A. Ethics takes time, but not that long. *BMC Medical Ethics* 2007; 8: 6-12.
25. Zaldúa G., Lodieu MT., Koloditzky D. La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2000, 19 (4), 167-172.
26. Debate: ¿Hay que reducir o eliminar las guardias de 24 horas?. *Diario Médico* (serie en web) Nov 2016. Disponible en: <https://www.smandaluz.com/noticia-print/815/debate-hay-que-reducir-o-eliminar-las-guardias-de-24-horas>.
27. Benito M. Los horarios de los médicos pueden ser perjudiciales para nuestra salud. *Libertad digital*. Oct 2014. Disponible en: <https://www.libertaddigital.com/ciencia-tecnologia/salud/2014-10-20/los-horarios-de-los-medicos-pueden-ser-perjudiciales-para-nuestra-salud-1276531205/>
28. Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre la delegación de funciones de la profesión médica. 60ª Asamblea general de la AMM *Nueva Delhi, India, Octubre 2009* (Pub Marzo 22, 2017). Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policias-post/resolucion-de-la-amm-sobre-la-delegacion-de-funciones-de-la-profesion-medica/>

29. Japas L. El concepto de la productividad aplicado a la medicina. Asociación de Médicos de la Actividad Privada Jun 2016. Disponible en: http://www.asociacionamap.org.ar/noticias/641_el-concepto-de-productividad-aplicado-a-la-medicina
30. Aguirre-Gas H. Vázquez F. El error médico. Efectos adversos. Revista CIR CIRUJ Noc - Dic 2006; 74(6), p. 495-504.
31. Ortiz, Z. Error en medicina: un flagelo oculto. Academia nacional de medicina. Centro de investigaciones epidemiológicas 2004. Argentina.
32. Aiken, I. Equipo de enfermeras en el hospital y mortalidad de pacientes. Burnout en enfermeras e insatisfacción en el trabajo. JAMA 2002; 288: 1987-1993.
33. Berro Rovira G. Apuntes sobre buena y mala praxis institucional e individual en la asistencia médica, con miradas hacia la prevención de situaciones médico-legales. BIOMEDICINA, 2012; 7 (2), p.42 – 48. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/apuntes_buenas_malas_praxis.pdf
34. I. Municipalidad de Cauquenes con Fisco de Chile, (2002); Hernández con Servicio de Salud Concepción(2003) y Vidal con I. Municipalidad de Los Ángeles (2008)
35. Manaquil C., Graser M., Verrier A., Jarde O. Responsabilité de l'équipe médicale en droit administratif : interactions avec le droit pénal et le droit civil. Revue générale de droit médical 2005, N° 14, pp. 41- 77.
36. Tocornal Cooper MJ. La responsabilidad sanitaria institucional: Una propuesta de armonización entre los establecimientos de salud públicos y privados. (Tesis doctoral en Derecho), Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile, 2013: p. 5-11.

37. Gavilanes Játiva CG. Responsabilidad penal en casos de mala práctica médica (Tesis de grado – Carrera de Derecho), Quito: Universidad San Francisco de Quito, 2011: 14-15.
38. Ley 19.996. Asistencia Universal de Garantías Explícitas. 2004.
39. Art. 146 del Código Integral Penal de Ecuador. 2019. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-explica-el-art-146-del-coip/#>
40. Manaouil C., Graser M., Verrier A., Cormier J., Jardé O. La faute détachable de service dans les établissements publics de santé. Documents de médecine légale. 2013. Disponible en: <https://medecinelegale.wordpress.com/2013/11/14/la-faute-detachable-de-service-dans-les-etablissements-publics-de-sante/>
41. Anunziato L. La relación médico paciente - El conflicto. Buenos Aires: CentroSur. 2001.
42. Henriquez Fierro E., Zepeda Gonzales I. Preparación de un proyecto de investigación. Ciencia y enfermería 2003, 9(2), 23-28. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200003>

ANEXOS

ANEXO N° 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION (1)

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD: GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA

HOSPITAL MATERNO INFANTIL
17 AGO. 2018
516
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD: GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA

**SOLICITUD:
AUTORIZACION PARA REALIZACION DE
TRABAJO DE INVESTIGACION**

**TESIS: FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A
DEMANDAS POR MALA PRAXIS**

**TESISTA: DRA. CECILIA KATHERINE VARGAS VASQUEZ
TUTORA: DRA. MARIA VIRGINIA CENTELLAS ORTIZ
ASESOR: DR. MARCEL OTTO FERNANDEZ PERALTA**

**LA PAZ – BOLIVIA
2018**

ANEXO N° 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION (2)

La Paz, 15 de agosto, 2018.

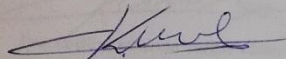
Señor
Dr. Juan Choque
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOETICA E INVESTIGACION
HOSPITAL MATERNOINFANTIL
CAJA NACIONAL DE SALUD
Presente.-

Ref. Solicitud - Autorización Trabajo de Investigación

Distinguido doctor:

Mediante la presente solicito a usted y al Comité que usted preside la autorización para la realización de la tesis titulada: FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS. Para tal efecto adjunto la documentación pertinente.

Sin otro particular, lo saludo cordialmente



Dra. Ceellia Katherine Vargas Vásquez
TESISTA
ESPECIALIDAD EN GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

ANEXO N° 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION (3)

La Paz, 15 de agosto, 2018.

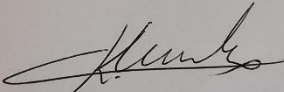
Señor
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOETICA E INVESTIGACION
HOSPITAL MATERNOINFANTIL
CAJA NACIONAL DE SALUD
Presente.-

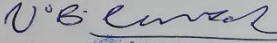
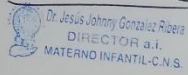
Ref. Solicitud - Autorización Trabajo de Investigación

Distinguido doctor:

Mediante la presente solicito a usted y al Comité que usted preside la autorización para la realización de la tesis titulada: FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS. Para tal efecto adjunto la documentación pertinente.

Sin otro particular, lo saludo cordialmente


Dra. Cecilia Katherine Vargas Vásquez
TESISTA
ESPECIALIDAD EN GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

ANEXO N° 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION (4)

La Paz, 15 de agosto de 2018

Señor
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CAJA NACIONAL DE SALUD
Presente.-

Ref. SUFICIENCIA PERFIL DE TESIS
FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS

Distinguido doctor:

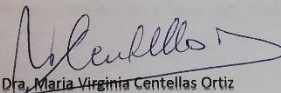
Mediante la presente informo SUFICIENCIA DEL PERFIL DE TESIS:

FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS,

presentado por la doctora CECILIA KATHERINE VARGAS VASQUEZ, para su titulación como Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica de la Unidad de Post Grado de la Universidad Mayor de San Andrés.

Sin otro particular saludo a su Autoridad reiterándole las seguridades de mis más altas consideraciones.

Atentamente,



Dra. Maria Virginia Centellas Ortiz

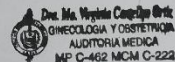
TUTORA

DOCENTE

ESPECIALIDAD: GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA

UNIDAD DE POST GRADO

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES



c.c. Archivo

ANEXO N° 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION (5)

La Paz, 15 de agosto, 2018.

Señor
Dr. Jhonny Gonzáles
DIRECTOR
HOSPITAL MATERNOINFANTIL
CAJA NACIONAL DE SALUD

Presente.- Ref. Compromiso: Entrega de Informe Final
TESIS: FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS

Distinguido Dr. Gonzáles:

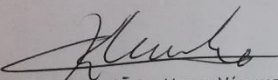
Mediante la presente manifiesto mi compromiso a la entrega del informe final de la TESIS :
FACTORES AJENOS AL MEDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS, una vez
concluida la misma, en formato físico y virtual.

Al mismo tiempo manifiesto el compromiso de confidencialidad respecto a los siguientes
datos:
NOMBRE DE LA INSTITUCION
NOMBRES DE PACIENTES NI DE MEDICOS
Mismos que no serán mencionados en el informe final de la tesis.

Por otra parte, la revisión de las demandas y de los expedientes clínicos correspondientes, se
llevará a cabo en instalaciones de la institución que usted dirige, previo acuerdo respecto a
ubicación y horario. Puesto que éste trabajo utiliza información para fines netamente
estadísticos, NO EXPERIMENTALES NI DE OTRA INDOLE, en consecuencia no se solicita
consentimiento informado específico (por paciente).

Sin otro particular, agradeciendo su colaboración y deseándole éxitos en las funciones que
desempeña

Atentamente


Dra. Cecilia Katherine Vargas Vásquez
TESISTA
ESPECIALIDAD EN GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

ANEXO N° 2

RESOLUCION: AUTORIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION (1)

CAJA NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MATERNO INFANTIL
Depto. De Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación

COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN
RESOLUCIÓN N° 79/2018

La Paz, 14 de Septiembre del 2018

VISTOS Y CONSIDERANDO:

De la solicitud de autorización de realización de trabajo de investigación.

*Que, mediante nota de solicitud a comité, la **Dra. Cecilia Katherine Vargas Vasquez.**, solicita autorización de desarrollo de trabajo de Investigación.*

Que, en reunión ordinaria, del Comité de Bioética e Investigación Hospitalaria, se revisa solicitud de cooperación a trabajo de investigación para la obtención de información necesaria que permita viabilizar y ejecutar el trabajo titulado: "FACTORES AJENOS AL MÉDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS"

Que, la Dra. María Virginia Centellas Ortiz, en su calidad de Tutora, autoriza la realización del trabajo de investigación en el HO.D.E.MATERNO INFANTIL.

Que, de las consideraciones fácticas expuestas, precedentemente se concluye los siguientes extremos:

Que la doctora, plantea la investigación profesional científico, con lo que pretende demostrar las ventajas y desventajas que ofrece su tema de investigación basándose en experiencias intrahospitalarias de este nosocomio, deberá aportar con esta investigación el mejoramiento y aplicación para el beneficio de los pacientes del Hospital de Especialidades Materno Infantil.

El Profesional, en mención cumple con todos los requisitos para la elaboración de su trabajo.

POR TANTO:

El Comité de Bioética e Investigación del Hospital de Especialidades Materno Infantil, en uso de sus atribuciones, en torno a sus competencias y control de investigación y mejoramiento científico.

//..

ANEXO N° 2

RESOLUCION: AUTORIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION (2)

CAJA NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MATERNO INFANTIL
Depto. De Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación
COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN
RESOLUCIÓN N° 79/2018

RESUELVE:

PRIMERO.- Se autoriza a la **Dra. Cecilia Katherine Vargas Vasquez,** desarrollar su trabajo de investigación titulado: "FACTORES AJENOS AL MÉDICO QUE LLEVAN A DEMANDAS POR MALA PRAXIS"

SEGUNDO.- A partir de la presente resolución la profesional deberá considerar el plazo de 180 días calendario para la entrega de copia de informe final, en función al Protocolo de investigación presentado a este Comité, bajo los parámetros de la nota de compromiso establecido por el comité.

Regístrese, hágase saber y archívese.

Por el Comité de Bioética e Investigación.

Dr. Cecilia Katherine Vargas Vasquez
GINECOLOGO - OBSTETRA
L - 359 L - 150

Dra. Ana Carolina Comejo Ortiz
PEDIATRIA
Mat. Prof. C-431 - R.C.M. C-0197

Dr. María Elena Cabrera U
NOTIFICACIONISTA
HOSP. MATERNO INFANTIL
Mat. Prof. C-265 - R.N.D.B-431

ULX.

Dr. Pablo E. Matthe Navari
PEDIATRIA
Mat. Prof. M - 1143
C.N.S. Hospital Materno Infantil

Dr. Marcel Otto Fernandez P
UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

ANEXO N° 4

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS (1)

N°	N° de HC	Factores influyentes para la demanda		Efectos adverso		Falta de recursos			
		Dependientes del Médico	Ajenos al médico	Si	No	Humanos	Medicamentos/ insumos	Tecnológicos	Ninguno
1	860905IRU	x			x				X
2	760422ZVL		X	X			X		
3	376001RCB	x			x		X		
4	705824CCS	x	x		x	X	X	x	
5	631124HCI		x		x	X		x	
6	530505CCM		x		x		X	x	
7	EJ- SHC	X			X				X
8	345115FMA		x		x		X		
9	780312SQW (02)		x		x	X			x
10	LGCW PABON Z	X		X					X

ANEXO N° 4

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS (2)

N°	Tipo de falla	Observaciones
1	Negligencia	Falta de atención médica, prematuro extremo
2	Falta de medicamento	Diagnóstico con alta morbimortalidad (Leucemia mielocítica aguda), presenta sangrado; no se inició tratamiento farmacológico (no disponible en el medio)
3	Falta de cama	Médico “no informó”/ paciente transferida 8 días después de solicitud por falta de cama (HMI-neuro) y muere por neumonia IO
4	Médico / recursos	Médico “no informó” / tardanza IC / falta de médicos en feriado de carnaval /error pesaje / no duchas piso 10 / no mamparas por respeto a privacidad
5	Exámenes complementarios a destiempo	Paciente ingresa por emergencias, no hacen Rx tórax ni ecografía abdominal (ausencia imagenólogo pediatra), muere a las 8 hrs /enchufe no funciona para aspiracion en sala
6	Falta cama en UTI /falta de banco de prótesis	Muere por broncoaspiracion , demanda además por cobro irregular de prótesis
7	Negligencia	Paciente acude con pérdida transvaginal 3 días, internación, y al tercer día cesárea
8	Cae de la cama	Camas en mal estado, sin barandas
9	Negligencia maternal /falta de cirujano plástico	Madre pone bolsa caliente a hija, quema MII / reclamo curaciones diarias - falta de cirujano plástico
10	Negligencia	Médico dice q el paciente no requiere UTI, se admite en UTI de otro centro con AVC (demanda por no atención)

