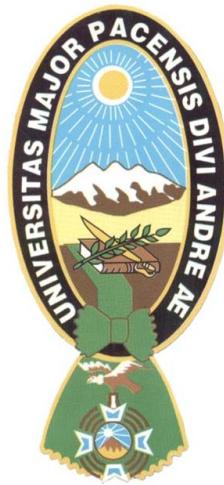


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA**

**ESPECIALIDAD EN GESTIÓN DE CALIDAD
Y AUDITORÍA MÉDICA**



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

**“PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE EL ALTO
SOBRE LA NEGLIGENCIA MÉDICA, 2012”**

AUTOR: DR. WILLIAM LEOPOLDO CORTEZ RÍOS

TUTOR: DR. EDGAR CÁCERES VEGA

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

LA PAZ - BOLIVIA

Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Edgar Cáceres Vega, por todo el apoyo y colaboración, para la elaboración de este proyecto de intervención.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi padres, Prof. Frida Ríos de Cortez y Dr. Leopoldo Cortez Soliz por el apoyo constante en mi formación profesional.

ÍNDICE

I	ABREVIATURAS	Pág. 7
II	RESUMEN	Pág. 8
III	INTRODUCCIÓN	Pág. 9
IV	ANTECEDENTES	Pág. 11
V	MARCO TEÓRICO	Pág. 14
1.	Marco conceptual	Pág. 14
1.1	Principios bioéticos de la práctica médica	Pág. 14
1.2	Negligencia médica, caracterización	Pág. 16
1.3	Error y negligencia médica	Pág. 18
1.4	Consentimiento informado y negligencia Médica	Pág. 19
1.5	Negligencia médica, aspectos antropológicos y sociológicos	Pág. 21
1.5.1	Negligencia médica; configuración sociológica del conflicto	Pág. 22
1.5.2	Negligencia médica; solución de las controversias	Pág. 25
1.5.3	Negligencia médica; representación antropológica	Pág. 27
1.5.4	Percepción sobre negligencia médica / mala praxis / falta de comunicación / insatisfacción, en los servicios de salud	Pág. 30

2.	Marco referencial	Pág. 33
2.1	La ciudad de El Alto	Pág. 33
2.2	Indicadores de salud	Pág. 34
2.3	Otros indicadores	Pág. 35
VI	METODOLOGÍA	Pág. 36
1.	Planteamiento del Problema	Pág. 36
2.	Pregunta de investigación	Pág. 37
3.	Justificación	Pág. 37
4.	Objetivos	Pág. 38
4.1	Objetivo General	Pág. 38
4.2	Objetivos Específicos	Pág. 38
5.	Material y métodos	Pág. 39
6.	Universo y muestra	Pág. 39
7.	Criterios de Inclusión y Exclusión	Pág. 40
7.1	Criterios de Inclusión	Pág. 40
7.2	Criterios de Exclusión	Pág. 40
8.	VARIABLES	Pág. 41
8.1	Nómina de variables	Pág. 41
8.2	Operacionalización de variables	Pág. 41
9.	Instrumento y Técnicas de Aplicación	Pág. 43
9.1	Prueba piloto	Pág. 43
9.2	Aplicación de la encuesta validada	Pág. 43
10.	Consentimiento informado	Pág. 44
11.	Base de datos, tablas y gráficos	Pág. 44
VII	RESULTADOS	Pág. 45
VIII	DISCUSIÓN	Pág. 55
IX	CONCLUSIONES	Pág. 60

X	RECOMENDACIONES	Pág. 62
XI	BIBLIOGRAFÍA	Pág. 63
XII	ANEXOS	Pág. 76
1.	Consentimiento informado	Pág. 77
2.	Encuesta	Pág. 79
3.	Marco legal	Pág. 80
3.1	Constitución Política del Estado	Pág. 80
3.2	Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131	Pág. 81
3.3	Decreto Supremo N° 28562: Reglamento a la Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131	Pág. 83
3.4	Ley SAFCO de Administración y Control Gubernamental N° 1178	Pág. 84
3.5	Código Penal	Pág. 85
3.6	Código Civil	Pág. 88
3.7	Código de Ética Colegio Médico de Bolivia	Pág. 89
4.	Valor p	Pág. 91
5.	Cronograma	Pág. 97
6.	Presupuesto	Pág. 98

I ABREVIATURAS

- **BID** Banco Interamericano de Desarrollo
- **INE** Instituto Nacional de Estadística
- **OPS** Organización Panamericana de la Salud
- **OMS** Organización Mundial de la Salud
- **SPSS 15[®]** Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)

II RESUMEN

Problema: En la actualidad existe la tendencia de catalogar cualquier problema o complicación que pueda existir, antes, durante o después del acto médico como negligencia médica, sin tomar en cuenta las situaciones que puedan presentarse en torno al mismo.

Objetivo: Determinar la percepción de la población de la ciudad de El Alto sobre la negligencia médica, en el año 2012.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal acerca de la percepción de la población de la ciudad de El Alto sobre la negligencia médica, en el año 2012. La muestra se obtuvo del total de la población de la ciudad de El Alto, utilizando el programa Epi Info, el muestreo fue aleatorio, la selección de participantes se determinó tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se solicitó el llenado del consentimiento informado, posterior a lo cual se aplicó una encuesta. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 15[®], los gráficos y tablas se desarrollaron con el paquete Microsoft Excel 2007.

Resultados: Los resultados muestran que las personas, desconocen o tienen dudas sobre lo que es la negligencia médica y sus implicancias, relacionándola con la falta de información, falta de respeto por su cultura y costumbres y falta comunicación con el personal de salud.

Conclusiones: La percepción acerca de lo que es la negligencia médica, es errónea, en un importante número de habitantes de la ciudad de El Alto. Este trabajo es la primera fase de una propuesta de intervención, para la implementación de una estrategia de información a la población, sobre lo que en realidad es la negligencia médica.

III INTRODUCCIÓN

La práctica de la medicina desde sus orígenes, ha estado rodeada de una concepción ética y moralista, expresada desde el siglo V a.C. en el denominado Juramento Hipocrático, que en una de sus consideraciones más importantes dice “aplicaré mis tratamientos para beneficio de los enfermos, según mi capacidad y buen juicio, y me abstendré de hacerles daño o injusticia”.⁽¹⁾

En el desarrollo de la relación médico paciente, están involucrados una serie de derechos y deberes tanto para el paciente como para el médico, los cuales están contenidos en la Ley N° 3131 del Ejercicio Médico, el Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de Bolivia, la Declaración de Ginebra y la Declaración Lisboa de la Asociación Médica Mundial, el cumplimiento de los cuales permite el adecuado desarrollo de las actividades asistenciales.^{(2) (3)}

El acto médico, siempre conlleva un determinado riesgo, por lo cual es importante la explicación al paciente, de las posibles complicaciones que implica un tratamiento, a través del consentimiento informado, para que una vez sea de su conocimiento los alcances del manejo de su condición, pueda tomar una decisión en pleno uso del principio de autonomía que existe en tal relación.⁽⁴⁾

Las nuevas perspectivas están destinadas a brindar servicios con la máxima calidad de atención, en búsqueda de lograr la reducción de la inequidad en lo que refiere al acceso a los servicios de salud, la cual si

bien era considerada como parte del proceso, no se había estructurado plenamente por la falta de su asimilación, como una parte importante dentro del conjunto de aspectos inherentes a la administración de los servicios de salud, su incorporación como aspecto estratégico y fundamental ha tomado mayor trascendencia en el desarrollo de las políticas de salud. ⁽⁵⁾

En la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami, Estados Unidos el año 1994, los gobiernos de América Latina y el Caribe establecieron la necesidad de incorporar en sus procesos de reforma del sector salud, mecanismos para el acceso a los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad en salud.

En Bolivia en el año 2006, se considero la necesidad de establecer un sistema que incorpore la calidad de atención en los centros asistenciales, por lo cual estos debían incorporar normas y reglamentos que evalúen periódicamente la gestión de los procesos de atención a los pacientes y las condiciones adecuadas de trabajo en las cuales el personal de salud desarrolla sus actividades, para de esta forma lograr el cumplimiento de las Metas del Milenio. ⁽⁷⁾

En tal sentido, en este estudio se realizó la primera fase de la propuesta de intervención, en la cual se determinó la percepción que tiene la población de la ciudad de El Alto sobre la negligencia médica.

IV ANTECEDENTES

Ramírez A, García J y Fraustro S. realizaron el trabajo “Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: un modelo para la realidad mexicana”, en el año 1995, en México. A través del análisis realizado se estableció que existe una relación cuantitativa y cualitativa de los servicios ofrecidos, por lo cual si la cantidad de servicios proporcionados es insuficiente, los resultados esperados tenderán a disminuir. Se concluyó que las estrategias de garantía de calidad que tiendan a la descentralización con mayor participación de la población son la mejor opción para abordar el problema de la calidad, incluyéndose cinco elementos fundamentales en cualquier programa de calidad que son la evaluación, el monitoreo, el diseño, el desarrollo y el cambio organizacional. ⁽⁸⁾

En el trabajo realizado en México por Ramírez T, Nájera P y Nigenda G, denominado “Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México” el año 1998, se describió la calidad de atención en los servicios ambulatorios de salud y se analizó la relación con las características predisponentes de los usuarios, determinándose la necesidad de implementar medidas para mejorar de manera continua la atención de los pacientes. Se encontró que el trato personal y la mejoría de la salud son considerados aspectos que definen la calidad, mientras que el tiempo de espera y la accesibilidad son los aspectos que definen una deficiente calidad. ⁽⁹⁾

En el estudio transversal realizado en Cuba, por Chang M, Alemán M, Cañizares M e Ibarra A, en el año 1999 denominado “Satisfacción de los pacientes con la atención médica” se aplicó un cuestionario autoadministrado en los Policlínicos Principales de Urgencia del municipio 10 de Octubre. Se encontró niveles de insatisfacción con la atención de los servicios de salud, en niveles que estaban por encima de los límites establecidos. Los aspectos que más se relacionaron con la satisfacción de los pacientes fueron el trato recibido del personal, el tiempo de espera para ser atendido y la existencia de un ambiente físico adecuado. Se recomendó realizar evaluaciones periódicas para mejorar la calidad de atención a los pacientes de los centros asistenciales participantes. ⁽¹⁰⁾

En otro trabajo denominado “Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios”, realizado por Wong Y, García L y Rodríguez E, en la población de Matagalpa, Nicaragua, el año 2002, se determinó la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de atención en los servicios ambulatorios se estableció el trato al paciente, el tiempo de espera, la duración de la consulta. Los resultados mostraron que influyeron en la calidad de atención el maltrato al paciente, el tiempo de espera y la duración de la consulta, como aspectos más importantes, especialmente en grupos como el sexo femenino y aquellos con menor nivel de instrucción. Se consideró necesaria la implementación de una política que priorice la atención ambulatoria a los grupos vulnerables. ⁽¹¹⁾

En el estudio denominado “Encuesta de la satisfacción del paciente en la emergencia del Hospital Escuela en Tegucigalpa, Honduras”,

publicado el año 2008, por Harris H y Matamoros M. se estableció que los promedios de satisfacción en las diferentes áreas eran aceptables, las recomendaciones fueron, mejorar las instalaciones del hospital, aumentar el personal médico, aumentar el personal de enfermería, mejorar la calidez en la atención y mejorar la comunicación existente entre el medico y el paciente. ⁽¹²⁾

En el trabajo denominado “Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria” realizado por Morales M. y Carvajal C. el año 2008, en Cochabamba Bolivia, se establece como parámetros de evaluación de la calidad de atención; la accesibilidad, la estructura, el proceso y los resultados. Se estableció que las variables con mala calidad son el tiempo de espera, la incomodidad y el maltrato en enfermería. El estudio fue de corte transversal, descriptivo, con un enfoque de tipo cuantitativo. La percepción se determinó a través de una encuesta que se aplicó a un total de 100 participantes. ⁽¹³⁾

De acuerdo al estudio “Emergency department patient satisfaction survey in Reza Hospital, Tabriz, Iran”, realizado en Tabriz, Irán, publicado el año 2011, los aspectos que más influyeron en la calidad de atención de los pacientes fueron la comunicación con el personal de salud y el trato recibido por el personal de salud. El trabajo fue de tipo descriptivo y se utilizó un cuestionario basado en la escala de Likert. Como conclusión, se estableció que era necesaria la realización de una intervención basada en la evidencia para completar los resultados obtenidos relacionados a la calidad de atención. ⁽¹⁴⁾

V MARCO TEÓRICO

1. Marco Conceptual

1.1 Principios bioéticos de la práctica médica

La práctica de la medicina siempre ha planteado cuestiones éticas y una alta calidad moral del médico, plasmada desde la antigüedad en declaraciones como el Juramento Hipocrático y que ha exigido una sólida formación del profesional en salud sustentada en valores y principios que rigen la relación médico paciente. ⁽¹⁵⁾

La bioética plantea los principios fundamentales que deben regir la relación médico paciente, que son consolidados en 1979 por Beauchamp y Childress; estos principios son cuatro, principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y principio de justicia. ⁽¹⁶⁾

El principio de autonomía corresponde al derecho de autodeterminación del ser humano, este principio considera a cualquier persona como un fin y jamás como un medio, tal cual expresa la filosofía kantiana, además enuncia el respeto a las decisiones de cada sujeto expresadas en el consentimiento informado ante cualquier tipo de tratamiento o prueba diagnóstica; se actúa con autonomía cuando se cumple con las condiciones de intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. ⁽¹⁷⁾

El principio de beneficencia busca el bien de las personas con la finalidad de lograr el mayor beneficio con el menor riesgo, determinado por la denominada relación riesgo beneficio existente en cualquier intervención, por tanto se trata del deber ético de buscar el bien, evitando la presencia de cualquier tipo de daño o lesión en el paciente. ⁽¹⁸⁾

El principio de no maleficencia, se refiere al hecho de no provocar daño intencional innecesario y es uno de los más antiguos de la medicina, reconocido a través de la célebre frase “primum non nocere”, es decir lo primero es no hacer daño, reconoce la necesidad de actuar con la mayor responsabilidad en las actividades asistenciales para evitar la lesión o injuria en el paciente. ⁽¹⁹⁾

El principio de justicia, busca establecer el mayor bien para la mayor cantidad de personas, tomando en cuenta la correspondencia entre los seres humanos y de esta manera disminuir las desigualdades, constituyéndose por lo tanto en un elemento fundamental a ser resguardado por cualquier sociedad; que asegure la distribución equitativa de recursos que sean utilizados con eficiencia y eficacia, en la búsqueda de garantizar la salud de la población. ⁽²⁰⁾

En una buena relación médico paciente, los principios de la bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia deben siempre tomados en cuenta, porque son considerados esenciales para una adecuada práctica profesional en la búsqueda de mejorar el sistema de salud que siempre es perfectible. ⁽²¹⁾

1.2 Negligencia médica, caracterización

La lex artis que es el conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al paciente, en la práctica tiene una concepción jurídica indeterminada que dependerá de la actuación del médico conforme a protocolos y normas de actuación, las cuales son cambiantes conforme a los avances de la medicina, su concreción dependerá entonces del caso específico y de las circunstancias de lugar y tiempo tal como señala Vásquez J. en su trabajo sobre la Lex Artis ad hoc citando a Hipócrates en su frase “la vida es corta, la técnica difícil de aprender, el momento propicio fugitivo, la experiencia personal engañadora y la decisión difícil”.⁽²²⁾

La demanda contra el médico o el personal asistencial se produce cuando los resultados son negativos, lo cual se atribuye generalmente a una presunta mala praxis; existen entonces tres situaciones que van a derivar del resultado de la intervención o el tratamiento en la práctica médica:⁽²³⁾

- Las derivadas de las deficiencias en la asistencia que se dan principalmente en los servicios de urgencia o por el retraso en la atención debido a la espera para acceder a los servicios médicos debido a la masificación de pacientes.
- Las que se originan de un error con resultado lesivo y en las que se distinguen; en primer lugar el error derivado de una mala práctica efectiva con un resultado lesivo, que se origina ya sea por

actuación deficiente debida a incompetencia, falta de técnica o conocimiento o por otro lado debido a negligencia cuando se posee los conocimientos necesarios; pero se actúa con descuido o falta de diligencia y en segundo lugar el error derivado de una mala práctica aparente con un resultado lesivo, que será evidente por las complicaciones.

- En tercer lugar las situaciones de riesgo conocido y previsible con resultado final negativo, en las cuales la información correcta y oportuna será de la mayor trascendencia.

El término negligencia es definido por el Diccionario de la Real Academia Española como el descuido, la faltad de cuidado o la falta de aplicación ante cualquier situación. ⁽²⁴⁾

El Diccionario Jurídico Elemental de Cabanellas G. define negligencia como la omisión de la diligencia o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de las cosas. ⁽²⁵⁾

Por tanto, luego de todo el análisis realizado, la negligencia médica la podemos definir como un acto mal realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que causa alguna lesión al paciente. ⁽²⁶⁾

1.3 Error y negligencia médica

No existe un consenso internacional sobre la definición de error médico, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos lo define como un evento adverso o cerca de ser producido que en su mayoría puede ser prevenido, con los actuales conocimientos de las ciencias médicas; por lo tanto se debe diferenciar el error de la mala praxis médica, especialmente de la negligencia. ^{(27) (28)}

Se ha determinado que el error médico es un problema global que afecta a todos los países, su estudio se ha obstaculizado por la falta de un sistema integral de reporte y por la dificultad para identificar un error prevenible de otro no prevenible; según estudios realizados en Estados Unidos se señala que 70% de los eventos adversos eran prevenibles, 6% potencialmente prevenibles y 24% no prevenibles. ⁽²⁷⁾

En la literatura científica y médico legal, se utiliza con frecuencia el término error médico, el cual de acuerdo a un informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos causa en ese país cerca de 90.000 muertes al año, generando querellas legales cada día en aumento por la exaltación del tema que realizan principalmente algunos medios de comunicación. ⁽²⁹⁾

El error médico que trae como consecuencia la aparición de un daño no esperado en la evolución del paciente se configura según Chomali citada por Núñez de Arco, desde un enfoque jurídico diferencial de la negligencia médica por tres fuentes principales; el azar que se

presenta en situaciones inesperadas, la ignorancia y la irresponsabilidad; la primera corresponde al error como tal, mientras las otras corresponden a la imprudencia y negligencia. ⁽³⁰⁾

El concepto de causalidad es difícil de aplicar al área de la salud porque los efectos inesperados solo tienen causa cuando ya han sucedido, en la práctica asistencial antes de que suceda el accidente sólo se puede hablar de factores de riesgo, que muchas veces tienen relaciones mal definidas y son difíciles de identificar, lo cual forma parte del error en la práctica médica. ⁽³¹⁾

1.4 Consentimiento informado y negligencia médica

Desde la perspectiva legal, el riesgo en la actuación del médico no está totalmente delimitado, por lo cual es importante comprender su alcance para determinar las obligaciones del médico con el paciente y establecer si en tal situación y sus posibles complicaciones se tomaron en cuenta las medidas correspondientes de diligencia y cumplimiento de estándares contemplados en la atención médica. ⁽³²⁾

Una de esas medidas de la mayor relevancia es el consentimiento informado que se define como la potestad que tiene el paciente de aceptar la realización en su propia persona, de procedimientos de diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico, toda vez que hubiera comprendido los beneficios y eventuales perjuicios de dichos procedimientos, a partir de información previa que debe brindar el personal de salud al paciente, familiar o tutor en los casos que corresponda. ⁽³³⁾

Los requisitos básicos que debe incluir son la voluntariedad, la información comprensible, la competencia y la autenticidad y validez; la voluntariedad lo hace aceptable desde el punto de vista ético y legal; la información debe ser en cantidad y calidad suficiente, es decir ser comprensible e incluir los beneficios, posibles riesgos, criterios del profesional y de existir alternativas al tratamiento y con la mayor veracidad; la competencia se refiere a la capacidad de tomar una decisión sobre su situación de salud; la autenticidad debe ser coherente con el sistema de valores y la validez contemplar la intencionalidad de las acciones. ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾

El consentimiento informado implica la conformidad del paciente con la acción del médico en lo que concierne al tratamiento médico quirúrgico, es un acuerdo de voluntades que coincide en un mismo objeto y que en caso de ser realizado de manera adecuada y cumpliendo los requisitos mínimos puede excluir de una acción legal al profesional médico. ⁽³⁵⁾

La tendencia paternalista clásica indicaba que el médico debía decidir, de acuerdo a su criterio, sobre la salud del paciente, entendiendo que la actividad médica se realizaba de buena fe, basada en los principios de beneficencia y no maleficencia, por lo cual el paciente no era informado y no participaba sobre las decisiones que concernían a su salud, esta posición con el transcurso del tiempo sufrió grandes modificaciones al considerarse la necesidad de información al paciente como un derecho de este durante el servicio que se le otorga. ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾

La falta de consentimiento informado, afecta por tanto el principio kantiano de autonomía del paciente, de acuerdo a la literatura muchas demandas de negligencia médica alegan desconocimiento de los posibles resultados de un tratamiento, la tendencia a la conflictividad es menor si se cumple de forma adecuada con este documento; sin embargo su realización tampoco exime al médico de un proceso legal sobre el resultado final del manejo de la salud del paciente. ⁽³⁸⁾

No sólo es necesario considerar la existencia o no del consentimiento informado, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo la información debe ser suficiente para una adecuada comprensión, diferentes trabajos muestran deficiencias en la calidad y cantidad de la información proporcionada principalmente por la complejidad de las palabras que pueden no ser entendibles para el paciente. ⁽³⁹⁾

1.5 Negligencia médica, aspectos antropológicos y sociológicos

Cuando se presenta una supuesta negligencia médica, se estructuran cuestionamientos en los que interactúan diferentes aspectos sociales y culturales, que implican la visión de la realidad humana y su interacción con la sociedad, en la cual precisamente desenvuelve su actividad el hombre, la relación médico paciente forma parte de esta realidad en la cual se fusionan contenidos relacionados a la esencia misma de las relaciones humanas.

1.5.1 Negligencia médica; configuración sociológica del conflicto

La negligencia médica, desde el punto de vista sociológico, en la perspectiva de la posibilidad no verificada de su aparición, plantea un conflicto que comprende una serie de elementos relacionados entre sí como la disputa, la confrontación y el problema. ⁽⁴⁰⁾

El conflicto existente en la negligencia médica, es un proceso relacional, en el cual existe una oposición consciente intencional interdependiente de posiciones antagónicas y divergentes, que se presenta por falta de comunicación o cooperación; se presenta por tanto un proceso cíclico que incluye la percepción de la persona sobre el problema, la aparición de emociones, la relación con la otra parte y la falta generalmente de comunicación. ⁽⁴⁰⁾

De acuerdo a la teoría del conflicto de Johan Galtung, las personas son sistemas complejos con componentes intrapersonales cognitivos y emotivos, existiendo tres elementos; el primero emocional, formado por las actitudes y presunciones de las partes, el segundo objetivo, relacionado con el comportamiento, es decir como actúan las partes y el tercero subjetivo, referido a la contradicción, el cual tiene que ver con el tema del problema; las partes muchas veces difieren en su percepción del conflicto describiendo la actitud propia como positiva y la de la otra parte generalmente como negativa. ⁽⁴¹⁾

Esta coyuntura puede presentarse por problemas relacionados a la información y problemas por elecciones o decisiones incompatibles; los primeros pueden deberse a falta de información, comunicación deficiente, diferencias en los puntos de vista, diferentes formas de interpretación y entendimiento, confusión o distintas formas de percepción; los segundos se refieren a aquellos que se presentan por los valores, los intereses y las posiciones, sobre las expectativas insatisfechas, y el desencuentro entre lo esperado y lo real. ⁽⁴⁰⁾

El conflicto de interés tiene un fondo netamente ético, que se presenta en las decisiones de muchos profesionales, relacionado en el caso específico del profesional médico en la recomendación hacia algunas pruebas o tratamientos o en la recomendación de determinados medicamentos de empresas farmacéuticas con los que tiene algún tipo de relación comercial. ⁽⁴²⁾

El conflicto de valores se presenta cuando existen sistemas de creencia que no son compatibles sobre lo que es bueno o malo, verdadero o falso, correcto o incorrecto, el problema surge cuando alguien intenta imponer sus valores sobre otro o se pretende implantar un sistema de valores que no admite variaciones y que de una u otra forma es rechazada por una de las partes. ⁽⁴³⁾

Algunos medios de comunicación tienen un rol fundamental en la propagación del conflicto a través de sus titulares sensacionalistas que dan por hecho la aparición de negligencia médica, sin que exista en muchos casos sentencia judicial o la realización de una auditoría que de

indicios del hecho, o que se basen en una fuente poco confiable, promoviendo el conflicto, como lo demuestran los siguientes ejemplos:

- “Bolivia registra 5000 casos de mala praxis médica que dejaron secuelas. Sólo en Santa Cruz, en los últimos seis años 150 personas terminaron en estado vegetativo. En la legislación boliviana no hay una norma que sancione, específicamente, estos delitos. Hay dos proyectos de ley” (Periódico Página Siete, edición electrónica de 3 de septiembre de 2011).⁽⁴⁴⁾
- “Negligencia médica: víctimas en busca de justicia ante pérdidas irreparables. Familias enteras quedan destruidas como consecuencia de la mala praxis médica, las víctimas quedan en estado vegetal y muchos mueren en el intento de exigir sanciones” (Periódico El Cambio).⁽⁴⁵⁾
- “Cada día se reporta al menos un caso de negligencia médica. Ente reporta 300 casos de negligencia médica. Cifras: Hasta octubre se registraron 300 denuncias. Los afectados impulsan una ley” (Periódico La Razón, edición digital, 11 de noviembre de 2011).⁽⁴⁶⁾
- “De cada mil casos de negligencia médica, sólo cuatro logran sentencia. Las condiciones sociales en las que se encuentran las víctimas de negligencia médica o la falta de conocimiento sobre cómo actuar ante esta situación hace que los galenos que cometen esta irregularidad no sean sancionados penalmente quedando la mayoría de esos casos en la impunidad. La negligencia médica es un problema que se ha tornado constante en la sociedad boliviana.

De acuerdo a la información proporcionada por la abogada Teresa Montaña, conocedora de varios casos que atendió sobre la mala praxis en al menos 17 años, de mil casos solamente 3 ó 4 profesionales médicos son sentenciados con la cárcel” (Página web Radio Fides).⁽⁴⁷⁾

1.5.2 Negligencia médica; solución de las controversias

La sociedad demanda un proceso adecuado ante un caso de probable negligencia médica derivado de una mala praxis médica y una sanción en caso de verificarse la misma, que logre una indemnización económica ante el daño producido; se plantea entonces la necesidad de establecer como se debe castigar la negligencia médica, en caso que se haya verificado su existencia; presentándose dos posibilidades; la vía judicial normal y la vía extrajudicial como alternativa con ventajas evidentes sobre la primera.⁽⁴⁸⁾

La conciliación que es una forma de lograr justicia, por la cual las partes llegan a un acuerdo, con la participación en caso necesario de un tercero neutral, siendo recomendada desde 1985 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, para la solución de controversias, como alternativa a la vía formal, debido a que los procesos son rápidos, confiables y económicos; a diferencia de los procesos por la vía ordinaria, donde los pleitos son más burocráticos, prolongados, impredecibles y costosos para ambas partes.⁽⁴⁹⁾

La mediación es un mecanismo por el cual un tercero no relacionado con el problema, denominado mediador, colabora a las personas involucradas en un problema para lograr una vía que logre la solución del inconveniente existente y de esta forma se de por finalizada la controversia, se diferencia del arbitraje en que el mediador no tiene un carácter formal y aunque tiene una función activa en la resolución del conflicto no tiene un carácter decisorio definitivo sobre la situación, limitándose a la intermediación entre las partes, con posibles salidas que logren un acuerdo favorable, que tiene como ventajas el ser no formal, rápido y económico. ⁽⁵⁰⁾

La Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131, promulgada el año 2005, señala que se debería crear el Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje para regular la relación médico paciente, ocupándose de las controversias que pudiesen presentarse; sin embargo hasta la fecha no se ha implementado su forma de organización ni sus atribuciones, debido a que no se ha logrado su auto sostenibilidad económica. ⁽⁵¹⁾

Por otra parte el Honorable Congreso Nacional se encuentra debatiendo un Proyecto de Ley, que busca la tipificación de la Negligencia Médica y el establecimiento de sanciones; en caso que la parte afectada decida acudir a la vía ordinaria a través del establecimiento de un proceso legal; en el mencionado proyecto se establecen una serie de sanciones que contemplan la responsabilidad penal, civil y administrativa del médico que hubiese cometido mala praxis médica. ⁽¹⁴⁾

La Ley de Arbitraje y Conciliación N° 1770, promulgada el año 1997, se constituye en el referente legal a nivel nacional, como medio alternativo de solución de controversias a la cual se pueden someter las partes involucradas en un proceso judicial que surge de una relación contractual o extracontractual en uso de su libre voluntad; antes, durante o después de un proceso legal; que serán sujetas a un tribunal arbitral, pudiendo llegar durante su actuación a una conciliación y si es necesario a una transacción de libre conveniencia. ⁽⁵²⁾

1.5.3 Negligencia médica; representación antropológica

El proceso intercultural en salud es contradictorio, dado que implica relaciones de desigualdad, donde la percepción del proceso salud enfermedad por parte de la población y las prácticas tradicionales entran en conflicto y en ocasiones en contradicción con la medicina occidental, desarrollando relaciones percibidas como negativas por el paciente, por lo cual la OMS/OPS señala que es necesaria la interacción equitativa de valores sociales, culturales, lingüísticas y de género que permitan un acceso a la salud más ecuánime y en la cual las percepciones se articulen, evitando las contradicciones, para de esta forma lograr la solución integral del problema de salud. ⁽⁵³⁾

Xabier Albó sugiere que para lograr un sistema intercultural se debe trabajar en varios planos interpersonal, social y grupal, llegando a transformar las instituciones sociales que reflejen las relaciones sociales,

logrando una plenitud intercultural a través de un trabajo simultáneo que transforme no sólo la salud sino la sociedad en su conjunto. ⁽⁵⁴⁾

El año 2004 en una ponencia para la OPS/OMS realizada en la Reunión de Coordinación para la Elaboración de una Propuesta de Atención a la Salud en Bolivia, se planteaba que dentro de la problemática de la salud en nuestro país se debe rediseñar el sistema de salud para evitar que se acreciente la brecha intercultural existente, en la búsqueda de un paradigma que integre la medicina occidental a las prácticas y creencias tradicionales desde un punto no sólo referido a la comunicación con el paciente, por lo cual la transformación del sistema de salud debía tener cuatro componentes interrelacionados; el educativo, relacionado con la formación de recursos humanos con una base intercultural; social, mediante la participación de la población; médico, con una visión que trascienda la medicina occidental y finalmente legal, en la búsqueda del funcionamiento de un sistema integral. ⁽⁵⁵⁾

De acuerdo al trabajo de Ramírez S. realizado en 2009, referido a representaciones sociales sobre la calidad de atención y la negligencia médica en la población aymara y quechua “El concepto de interculturalidad en salud, aparece en muchos casos opuesto al de etnicidad, entendida esta como identidad en acción, como la acción política de lo étnico; el concepto de interculturalidad aparece en Bolivia como forma de dominación social desde el Estado, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias, surge como estrategia para neutralizar el conflicto étnico entre sujetos y grupos diferentes: los homogeniza en un imaginario en el que no existe el conflicto social. Como

afirma Walsh, cuando el discurso es asumido por el Estado o por organizaciones de desarrollo el concepto se debilita desde los movimientos indígenas".⁽⁵⁶⁾

La negligencia médica tiene en su entorno conceptual, un conjunto de elementos contradictorios entre la medicina occidental y el enfoque de salud tradicional de la población.⁽⁵⁷⁾

La construcción de un modelo de salud con orientación intercultural requiere de todo el interés del equipo técnico del sector salud; para el desarrollo de estrategias de capacitación del personal sanitario, que esté orientado al conocimiento de la cosmovisión, conocimientos y prácticas en salud de las etnias andinas.⁽⁵⁷⁾

El modelo de salud intercultural requiere un modelo de gestión que incorpore la cultura de la población en el proceso de atención, el personal de salud debe facilitar y promover la instalación de este modelo para mejorar los indicadores sanitarios y la calidad en la atención de salud.⁽⁵⁷⁾

El Estado, presionado por la creciente demanda social ha comenzado a impulsar diferentes iniciativas dirigidas a atender las diferencias culturales, implementando políticas dirigidas a la incorporación del sistema de salud de las comunidades indígenas, así como al mejoramiento del acceso a los servicios de salud.⁽⁵⁷⁾

En la cultura aymara las teorías existentes sobre el cuerpo humano, su organización y funcionamiento son elaboradas a partir de un

conocimiento transmitido de generación en generación, por la experiencia empírica y por la creencia en la dualidad entre el cuerpo y el alma. ⁽⁵⁷⁾

Las diferentes etnias presentes en la región altiplánica conservan un conjunto de prácticas ancestrales sobre su visión de la realidad, a través de las cuales interpretan la organización del mundo, desde una perspectiva amplia y basada en sus principios culturales. ⁽⁵⁸⁾

En la cosmovisión andina la salud se define como un equilibrio de condiciones, es decir un nivel de armonía o complementariedad; que cuando se rompe origina la enfermedad. ⁽⁵⁸⁾

Las estrategias de comunicación intercultural deben considerarse como elementos fundamentales para disminuir las barreras culturales entre el médico y el paciente, el mejoramiento de la comunicación entre ambos, logrará un mayor nivel de satisfacción con el sistema de salud, por parte de la población. ⁽⁵⁹⁾

1.5.4 Percepción sobre negligencia médica / mala praxis / falta de comunicación / insatisfacción, en los servicios de salud

Acerca de la medicina occidental, existe la percepción en parte de la población de que los medicamentos sólo atenúan la enfermedad y no solucionan el problema de fondo, acudiendo al hospital solamente en caso de problemas de salud muy graves, accidentes o complicaciones; otro problema que se presenta es el referido a las condiciones de los centros

asistenciales que por sus características vulneran e incomodan al paciente en sus valores socioculturales. ⁽⁵⁴⁾

También se presenta en algunos casos conflicto con el personal de salud, porque no se contempla sus creencias, existiendo una actitud crítica hacia la medicina occidental por los pacientes, lo que de acuerdo a la antropología médica va contra el concepto de que las decisiones en materia de salud nunca son relativas a consideraciones donde existan diferentes sistemas de salud. ⁽⁵⁴⁾

En el trabajo de Ramírez S. que estudió las representaciones sociales sobre la calidad de atención y la negligencia médica en la población aymara y quechua, mediante la técnica de la entrevista se tiene que: ⁽⁵⁶⁾

- La calidad de atención se asocia al buen trato y también al conocimiento y capacidad resolutoria del médico, además de contar con los insumos necesarios. ⁽⁵⁶⁾
- No existe una clara diferenciación por la población sobre lo que es la negligencia médica, la mala praxis y el maltrato. ⁽⁵⁶⁾
- La negligencia médica y la mala praxis se puede presentar por la baja capacidad resolutoria de los médicos que no tienen la suficiente experiencia y que inclusive pueden llegar a cometer errores en muchas ocasiones irreparables para el paciente. ⁽⁵⁶⁾

- El maltrato y la falta de respeto a las creencias del paciente influyen negativamente sobre la percepción del ejercicio de la medicina en los centros asistenciales. ⁽⁵⁶⁾
- Se relaciona el maltrato que se recibe en la atención médica con la negligencia médica y la atención inadecuada. ⁽⁵⁶⁾
- Existe la percepción de que la negligencia médica no es sancionada como se debería. ⁽⁵⁶⁾
- Existe la percepción de que los profesionales cubanos, que actualmente trabajan en Bolivia, tienen un desconocimiento de las pautas culturales del paciente. ⁽⁵⁶⁾
- Existe la percepción de que la negligencia médica se presenta más en el sistema público, que en el privado, pese a que los médicos son en la mayoría los mismos. ⁽⁵⁶⁾
- El idioma impide una adecuada comunicación con el personal de salud, aunque paradójicamente, parte del personal de salud no lo considera como un aspecto fundamental. ⁽⁵⁶⁾

2. Marco Referencial

2.1 La ciudad de El Alto

La ciudad de El Alto está situada en una meseta ubicada en la Cordillera de La Paz y la Cordillera Oriental, en la Provincia Murillo, del Departamento de La Paz, al noreste de Bolivia, a una altura de 4.050 m.s.n.m., tiene una extensión territorial de 387.560 Km², limita con la sección capital de la Provincia Murillo, con el Municipio de La Paz, la Provincia Ingavi y la Provincia Los Andes. ⁽⁶⁰⁾

Se desarrolló a partir de 1940 con la aparición de la primera zona denominada Villa Dolores, posteriormente con la Reforma Agraria de 1953 se produjo una masiva migración del campo a la ciudad, especialmente de las provincias Ingavi, Pacajes, Los Andes, Omasuyos y Manco Kapac que se encuentran circundantes. ⁽⁶¹⁾

En la década de 1970 se crean urbanizaciones como Ciudad Satélite y Río Seco en virtud del Plan de Emergencia de Vivienda, aumentando progresivamente su crecimiento, principalmente debido a la población migrante y finalmente el 6 de marzo de 1985 se convierte en la capital de la cuarta sección de la provincia Murillo, constituyéndose el Municipio de El Alto. ⁽⁶²⁾

El Alto cuenta de acuerdo a la proyección de población por provincias y municipios, según sexo, edades y años calendario, para el

periodo 2000 - 2010 del INE con una total de 960.765 habitantes, de los cuales 466.724 son varones y 494.041 son mujeres. ⁽⁶³⁾

La población si bien es urbana, está vinculada con la región altiplánica de Bolivia y Perú, debido a la migración, las actividades económicas y los aspectos étnicos, reflejando la pobreza existente en nuestro país, evidente por la exclusión social y la postergación de las necesidades y demandas de la población. ⁽⁶⁴⁾

2.2 Indicadores de Salud

Se tienen los siguientes datos referidos a la situación de salud en la ciudad de El Alto, de acuerdo al Censo 2001: ⁽⁶⁵⁾ ⁽⁶⁶⁾

- Personal de salud por 1000 habitantes: 0,76.
- Número de camas por 1000 habitantes: 0,75.
- Número de establecimientos de Salud: 62.
- Número de prenatales nuevas: 29.528.
- Número de consultas prenatales antes del quinto mes: 15.834.
- Número de consultas prenatales después del quinto mes: 13.694.
- Número de consultas del cuarto control prenatal: 12.228.
- Número de partos atendidos: 12.539.
- Número de partos domiciliarios atendidos por personal de salud: 62.
- Número de cesáreas atendidas: 2.022.
- Número de mujeres con primer control post parto: 7.670.
- Mujeres con muestra de Citología Cérvico vaginal tomada: 28.271.

2.3 Otros indicadores

De acuerdo a estadísticas del INE, se tiene los siguientes indicadores socioeconómicos: ⁽⁶⁵⁾ ⁽⁶⁶⁾

a) Educación: ⁽⁶⁵⁾ ⁽⁶⁶⁾

- Los Idiomas hablados son el español con 67,44%, el aymara con el 30,53% y el quechua con el 1,81%.
- Promedio de años de estudio 7,98 años.

b) Economía: ⁽⁶⁵⁾ ⁽⁶⁶⁾

- Población económicamente activa: 229216 personas.
- Población desocupada: 16485 personas.
- Población en edad de trabajar: 68547 personas.
- Actividad económica: La mayoría de la población estaba relacionada con el comercio que equivale a 28,53%, seguida de la actividad manufacturera con 23,06%, la actividad relacionada con el transporte en 10,38% y la actividad relacionada con la construcción en 8,22%, entre otras.
- Vivienda: Cuenta con vivienda propia 60,94%, viviendas con energía eléctrica 85,20%.
- Población pobre: 66,9%; población en el umbral de la pobreza 25,6%; población en pobreza moderada 49,3%; población en condiciones de indigencia 17,1%; población en condiciones de marginalidad 0,5%.

VI METODOLOGÍA

1. Planteamiento del Problema

El desarrollo de las actividades del médico, sean estas de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, involucra un conjunto de variables que no necesariamente responden a su voluntad, las cuales en muchos casos resultan imprevisibles.

En la actualidad existe la tendencia de catalogar cualquier problema o complicación que pueda existir, antes, durante o después del acto médico como negligencia médica, sin tomar en cuenta las situaciones que puedan presentarse en el mismo.

Por otro lado, la autonomía del paciente en cuanto a la decisión sobre su situación de salud, el desarrollo de la tecnología que ha permitido la difusión de información sobre salud, la creciente demanda de respeto a los derechos humanos en diferentes ámbitos de la sociedad, entre otros, ha derivado en la búsqueda de respuestas a la posible existencia de resultados no esperados, en el manejo del paciente.

Las carencias en la calidad de atención, principalmente concernientes al trato recibido por el personal asistencial, durante la atención médica, han derivado en muchos casos en procesos de negligencia médica, por lo cual la atención en salud no tiene que restringirse a la solución de los aspectos relacionados únicamente con el problema de salud como tal.

La escasa existencia de trabajos relacionados con el tema, siendo que se encuentra en pleno desarrollo un Proyecto de Ley en el Congreso Nacional que busca penalizar al médico de manera específica por su actuación en el manejo del paciente, hace necesario un conocimiento preciso de la situación actual, en la búsqueda de propuestas a las condicionantes del medio social, más aún en la coyuntura presente y futura de cada vez más frecuentes demandas legales por este tema.

Este estudio, se realizó para conocer la percepción de la población de la ciudad de El Alto sobre la negligencia médica en el año 2012, para establecer el nivel de conocimiento acerca de este tema, siendo que el control social tiene cada vez mayor relevancia en nuestro medio.

2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la percepción de la población de la ciudad de El Alto sobre la negligencia médica, en el año 2012?

3. Justificación

A través de la realización del presente trabajo se logrará el mejoramiento continuo, en la atención sanitaria de los diferentes niveles de atención, ya que el adecuado conocimiento de la percepción del paciente acerca de los servicios que recibe, será un medio de retroalimentación que permita conseguir una mejor calidad de atención a los usuarios.

Asimismo el desarrollo de un diagnóstico situacional, acerca de la negligencia médica y sus connotaciones, desde la perspectiva de quienes conforman la sociedad, permitirá establecer las medidas pertinentes para mejorar la visión que tiene la población sobre la atención sanitaria, logrando la satisfacción de la creciente demanda de necesidades del paciente, desde un punto de vista integral, que no se limite solamente a la atención en salud y que incluya aspectos sociales y culturales.

De esta manera se logrará un cambio en la noción que tiene la población, sobre esta problemática, a través de la inclusión de técnicas de información y comunicación, sobre los aspectos relacionados a los riesgos y complicaciones que pueden presentarse en el acto médico y que no corresponden a la negligencia médica.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

- Determinar la percepción de la población de la ciudad de El Alto sobre la negligencia médica, en el año 2012.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la apreciación de la sociedad, sobre la responsabilidad del personal de salud, ante posibles riesgos y complicaciones de una intervención médica.

- Demostrar el conocimiento de la población, acerca del respeto del personal de salud por sus costumbres y creencias y la negligencia médica.
- Identificar la percepción de la sociedad, sobre la atención asistencial y la negligencia médica.

5. Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal de la percepción de la población de la ciudad de El Alto sobre la negligencia médica, en el año 2012. Este trabajo corresponde a la primera fase del estudio, en el que se estableció el diagnóstico situacional del problema.

Participaron del estudio los habitantes de la ciudad de El Alto, seleccionados a través de un cálculo de tamaño muestral establecido para el efecto.

6. Universo y muestra

El universo estuvo formado por la población de la ciudad de El Alto de 18 a 59 años, proyectada por el Instituto Nacional de Estadística en 551178 habitantes, para el año 2010. El cálculo del tamaño muestral, se realizó considerando el tamaño de la población, la frecuencia esperada de la población con el factor bajo estudio y la diferencia máxima entre la estimación de la muestra y el parámetro de estudio, con un nivel de confianza de 95%.

El método de selección de la muestra fue probabilístico aleatorio, tomando en cuenta a las áreas censales del Instituto Nacional de Estadística. El tamaño de la muestra se calculó con el programa Epi Info:

Tamaño de la población	551178
Frecuencia esperada del factor bajo estudio	50%
Peor error aceptable	45%
Nivel de Confianza	95%
Tamaño de Muestra	425

Por lo tanto fueron necesarios para realizar la encuesta 385 sujetos, con un nivel de confianza de 95%. Se aumentó el 10% sobre el tamaño de muestra calculado frente a imprevistos, con lo que el tamaño definitivo de la muestra fue de 425 personas.

7. Criterios de Inclusión y Exclusión

7.1 Criterios de Inclusión

- Habitantes de la ciudad de El Alto, de sexo masculino y femenino, que cuenten con una edad comprendida entre 18 y 59 años.

7.2 Criterios de Exclusión

- Personas que no se encuentren en uso pleno de sus facultades mentales, por el efecto de alcohol o drogas.

8. Variables

8.1 Nómina de variables

Se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de instrucción.
- Complicación que produce lesión en el paciente.
- Riesgo del acto médico.
- Falta de comunicación.
- Responsabilidad absoluta por los resultados de un procedimiento.
- Falta de información.
- Maltrato en la atención médica.
- Respeto por costumbres y creencias.

8.2 Operacionalización de variables

Nº	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Edad	Tiempo que ha vivido una persona en años	Cuantitativa continua	18 a 29 años
				30 a 39 años
				40 a 49 años
				50 a 59 años
2	Sexo	Condición orgánica de un individuo	Cualitativa nominal	Masculino
				Femenino

Nº	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
3	Nivel de Instrucción	Grado que se alcanza por la escolaridad vencida	Cualitativa ordinal	Primaria
				Secundaria
				Universitario
				Ninguno
4	Complicación que produce lesión en el paciente	Dificultad que ocasiona daño corporal en la persona que se halla bajo atención médica	Cualitativa nominal	Si
				No
				No sabe
5	Riesgo del acto médico	Contingencia que puede presentarse durante la intervención del médico respaldada por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez	Cualitativa nominal	Si
				No
				No sabe
6	Falta de comunicación	Ausencia de una relación adecuada a la cultura e idioma del paciente	Cualitativa nominal	Si
				No
				No sabe
7	Responsabilidad absoluta por los resultados de un procedimiento	Obligación total de las consecuencias de un hecho	Cualitativa nominal	Si
				No
				No sabe
8	Falta de información	Falta de una referencia adecuada acerca de un tratamiento o procedimiento	Cualitativa nominal	Si
				No
				No sabe
9	Maltrato en la atención médica	Proceder de manera ofensiva con una persona de obra o de palabra durante la asistencia que recibe el paciente	Cualitativa nominal	Si
				No
				No sabe
10	Respeto por costumbres y creencias	Consideración por la forma de obrar o proceder establecido por la tradición	Cualitativa nominal	Si
				No
				No sabe

9. Instrumento y Técnicas de Aplicación

9.1 Prueba piloto

Se elaboró una encuesta la cual fue revisada por un especialista en el área de Auditoría Médica y Gestión de Calidad y a través de su criterio se modificó el número de preguntas, así como el enfoque y la claridad del contenido. Luego se realizó la validación de la encuesta, en los alrededores de La Ceja, de la Universidad Pública de El Alto y del Centro Don Bosco, con un grupo de 30 personas, con características similares a las de los participantes del estudio, de acuerdo a los criterios establecidos en los criterios de inclusión, lo cual permitió establecer la adecuada comprensión de las preguntas, modificándose aquellas que presentaron algún tipo de dificultad, también se estableció el tiempo para contestar las preguntas que varió entre 5 minutos como mínimo y 9 minutos como máximo.

9.2 Aplicación de la encuesta validada

Para la aplicación de la encuesta se escogieron lugares estratégicos como la Ceja de El Alto, la Feria de la zona 16 de julio, el Centro Don Bosco en Ciudad Satélite, los alrededores de la Universidad Pública de El Alto y las primeras cuerdas de la Av. 6 de marzo, los participantes fueron escogidos al azar, consultando previamente su edad y si vivían en la ciudad de El Alto, así como el hecho de que se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales, excluyéndose a aquellas personas que estuviesen en estado de ebriedad o bajo el efecto de

drogas. Los encuestadores fueron cuatro personas que recibieron capacitación del investigador principal durante dos días, explicándoles el primer día todo lo referente a la negligencia médica, los objetivos y la importancia del trabajo, así como los criterios de inclusión de los participantes y el llenado del consentimiento informado; mientras que el segundo día se les informó los aspectos relacionados al contenido de la encuesta, las posibles preguntas y dudas de los participantes, la orientación y explicación que debían dar a las personas de cómo llenar la encuesta.

10. Consentimiento informado

Se elaboró el consentimiento informado para los participantes, considerando los requisitos mínimos, establecidos de acuerdo a la Publicación N° 65 de la Serie Documentos Técnico Normativos aprobados por Resolución Ministerial 0090, así como en la Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131 y su Decreto Reglamentario N° 28562. (Ver Anexo 1)

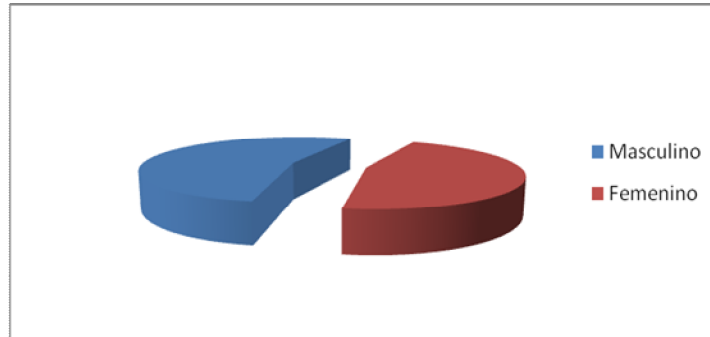
11. Base de datos, tablas y gráficos

Los datos obtenidos a través de la encuesta se vaciaron en una base de datos del programa SPSS 15[®] y se estudiaron a través del análisis de estadísticos descriptivos.

Se realizó gráficos de barras simples y agrupadas; para lo cual se utilizó el programa Microsoft Excel 2007.

VII RESULTADOS

**GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES POR SEXO**



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el gráfico N° 1 se observa que participaron del trabajo 425 personas, de las cuales 229 (53,9%) correspondían al sexo masculino y 196 (46,1%) al sexo femenino.

Tabla N° 1 Distribución de los participantes por edad

Grupo Etéreo	Número	Porcentaje
18 a 29 años	149	35,1
30 a 39 años	119	28,0
40 a 49 años	98	23,1
50 a 59 años	59	13,9
Total	425	100

Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En la Tabla N° 1 se observa la distribución de la edad de los participantes, en los diferentes grupos etéreos establecidos.

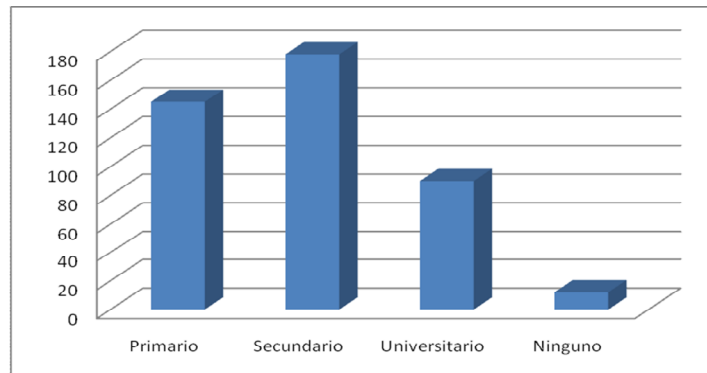
Tabla Nº 2 Distribución de los participantes por edad y sexo

Grupo Etáreo	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
18 a 29 años	84	19,8	65	15,3
30 a 39 años	51	12,0	68	16,0
40 a 49 años	57	13,4	41	9,6
50 a 59 años	37	8,7	22	5,2
Total	229	53,9	196	46,1

Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En la Tabla Nº 2 se puede apreciar la distribución de los participantes por edad y sexo, en los diferentes grupos etáreos.

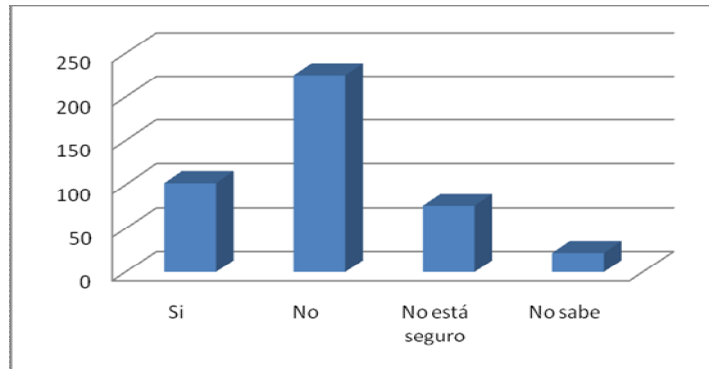
**GRÁFICO Nº 2
NIVEL DE INSTRUCCIÓN**



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico Nº 2 con relación al nivel de instrucción se tiene que 145 (34,1%) corresponden a primario; 178 (41,9%) a secundario; 90 (21,2%) a universitario y 12 (2,8%) a ninguno.

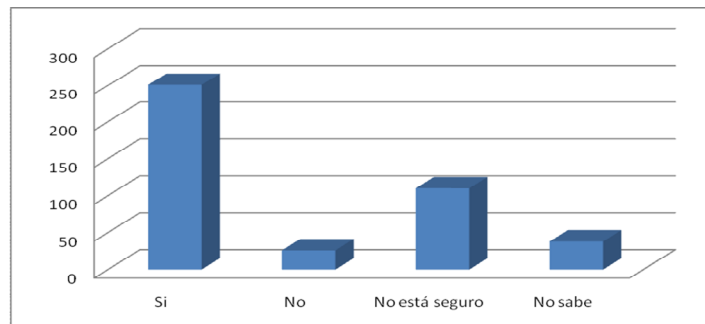
**GRÁFICO N° 3
COMPLICACIÓN QUE PRODUCE LESIÓN EN EL PACIENTE Y NEGLIGENCIA MÉDICA**



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 3 se tiene que respecto a la percepción de que toda complicación que produce lesión en el paciente, debe considerarse negligencia médica; 102 (24%) personas respondieron si; 225 (52,9%) respondieron no; 76 (17,9%); como principales respuestas. Valor p 0,0010.

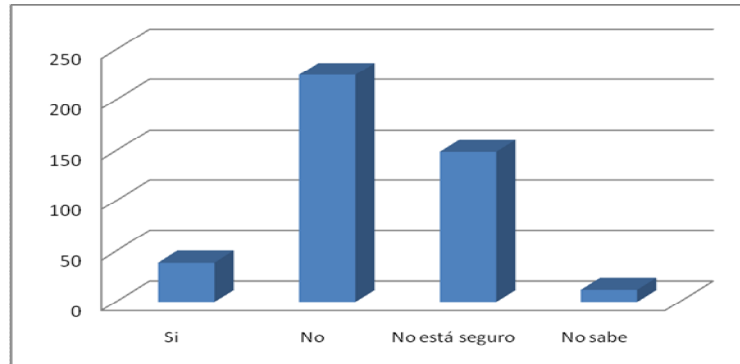
**GRÁFICO N° 4
RIESGO QUE IMPLICA EL ACTO MÉDICO Y NEGLIGENCIA MÉDICA**



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 4, sobre la percepción de que el acto médico implica un cierto riesgo en el desarrollo de sus diferentes procedimientos; las personas respondieron en su mayoría: 251 (59,1%) si y 110 (25,9%) no está seguro. Valor p 0,0002.

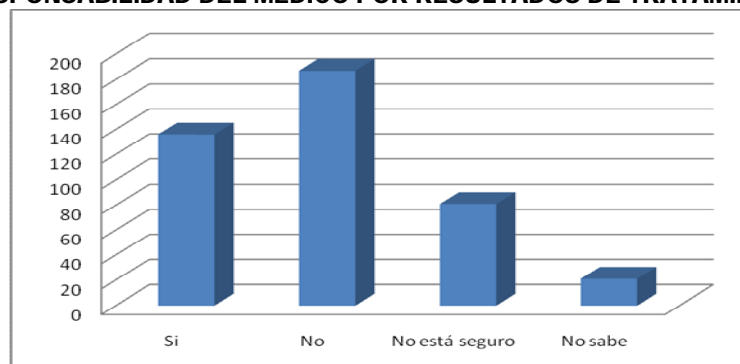
GRÁFICO N° 5
FALTA DE COMUNICACIÓN ADECUADA A LA CULTURA E IDIOMA DEL PACIENTE



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 5, se tiene que, acerca de la percepción de que la falta de comunicación del médico, adecuada a la cultura e idioma del paciente debe considerarse negligencia médica, las principales respuestas fueron: 225 (52,9%) no y 149 (35,1%) no está seguro. Valor p 0,0001.

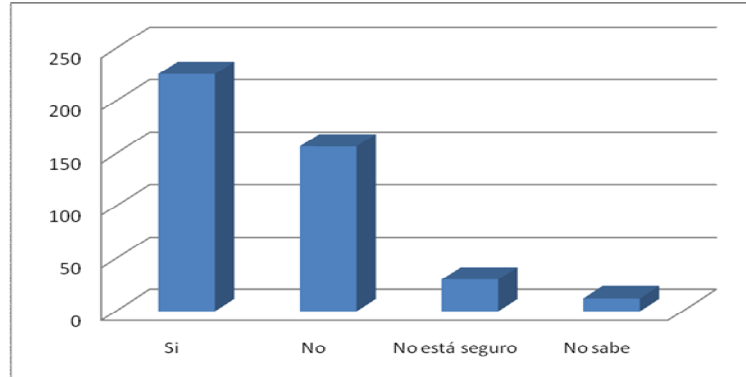
GRÁFICO N° 6
RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO POR RESULTADOS DE TRATAMIENTO



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 6, sobre la apreciación de la población, de que el médico tiene absoluta responsabilidad de los resultados de un determinado procedimiento y/o tratamiento; las respuestas fueron: 136 (32%) si; 187 (44%) no y 81 (19,1%) no está seguro. Valor p 0,0001.

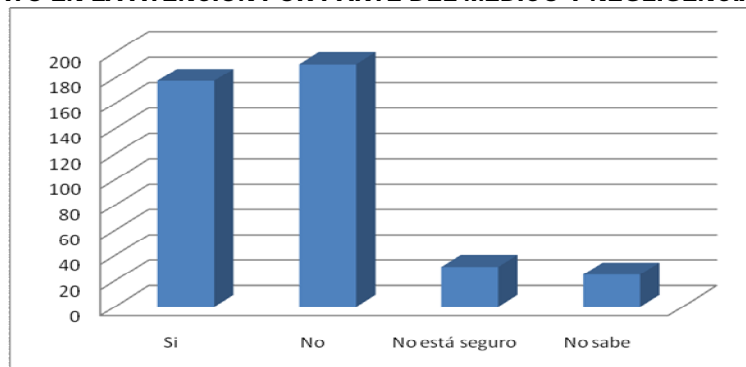
GRÁFICO N° 7
FALTA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y NEGLIGENCIA MÉDICA



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 7 con relación a si la falta de información sobre cualquier tipo de tratamiento y/o procedimiento debe considerarse negligencia médica, predominan con 226 (53,2%) si y 157 (36,9%) no. Valor p 0,0134.

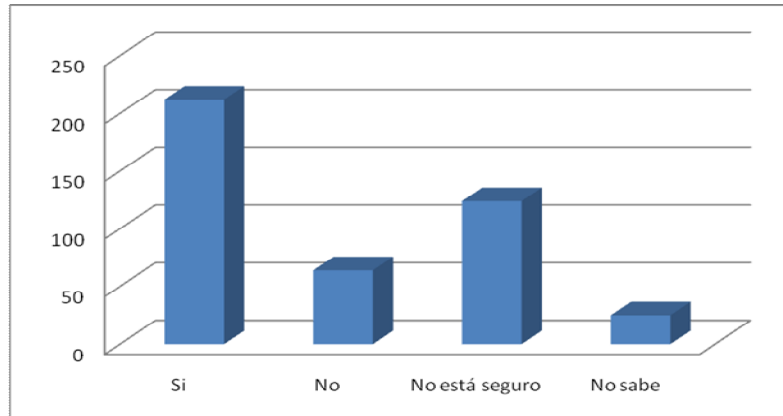
GRÁFICO N° 8
MALTRATO EN LA ATENCIÓN POR PARTE DEL MÉDICO Y NEGLIGENCIA MÉDICA



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 8, la percepción sobre si el maltrato en la atención por parte del médico, debe considerarse negligencia médica; 178 (41,9%) respondieron si y 191 (44,9%) respondieron no. Valor p 0,001.

**GRÁFICO Nº 9
RESPETO DEL PERSONAL DE SALUD
POR LAS CREENCIAS Y COSTUMBRES DEL PACIENTE**



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico Nº 9, respecto a si el personal de salud, demostró respeto por las costumbres y creencias del paciente en la atención médica; 212 (49,9%) respondieron si; 64 (15,1%) respondieron no y 124 (29,2%) respondieron no está seguro.

Tabla Nº 3 Distribución de los participantes por sexo y nivel de instrucción

Escala de medición	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Primario	89	20,9	56	13,2
Secundario	97	22,8	81	19,1
Universitario	36	8,5	54	12,7
Ninguno	7	1,6	5	1,2
Total	229	53,9	196	46,1

Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En la Tabla Nº 3, se observa la distribución de los participantes por sexo (masculino y femenino) y nivel de instrucción (primaria, secundaria, universitario, ninguno).

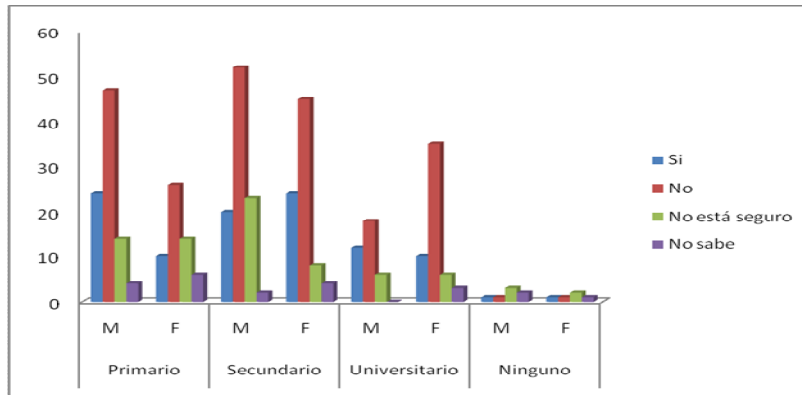
Tabla N° 4 Distribución por nivel de instrucción y sexo

Nivel	Primario				Secundario				Universitario				Ninguno			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
Sexo	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 a 29 años	32	7,5	12	2,8	20	4,7	15	3,5	30	7,1	36	8,5	2	0,5	2	0,5
30 a 39 años	16	3,8	20	4,7	30	7,1	37	8,7	4	0,9	10	2,4	1	0,2	1	0,2
40 a 49 años	25	5,9	15	3,5	28	6,6	19	4,5	2	0,5	6	1,4	2	0,5	1	0,2
50 a 59 años	16	3,8	9	2,1	19	4,5	10	2,4	0	0,0	2	0,5	2	0,5	1	0,2
Total	89	20,9	56	13,2	97	22,8	81	19,1	36	8,5	54	12,7	7	1,6	5	1,2

Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En la Tabla N° 4 se puede observar la relación entre la edad, en los diferentes grupos etáreos; sexo, masculino y femenino; y nivel instrucción, que corresponde a primario, secundario, universitario o ninguno.

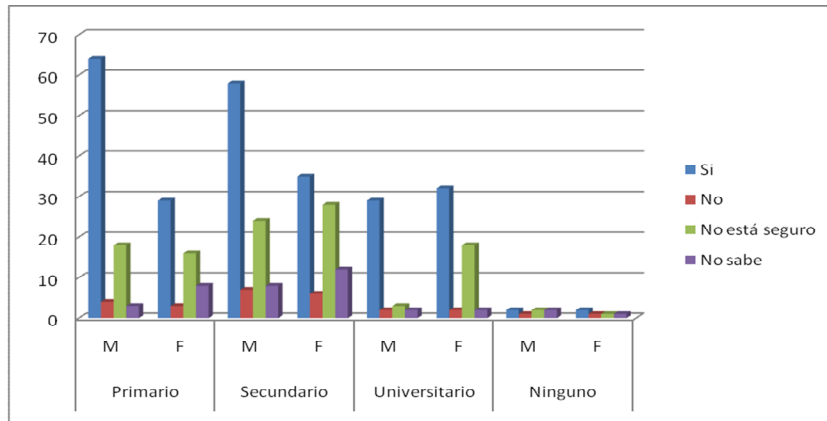
**GRÁFICO N° 10
COMPLICACIÓN QUE PRODUCE LESIÓN Y NEGLIGENCIA MÉDICA,
POR SEXO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN**



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 10, se observa la percepción acerca de la complicación que produce lesión en el paciente, por nivel de instrucción y sexo; se tiene el predominio de la respuesta no; en el nivel primario, secundario y universitario, tanto en sexo masculino, como femenino.

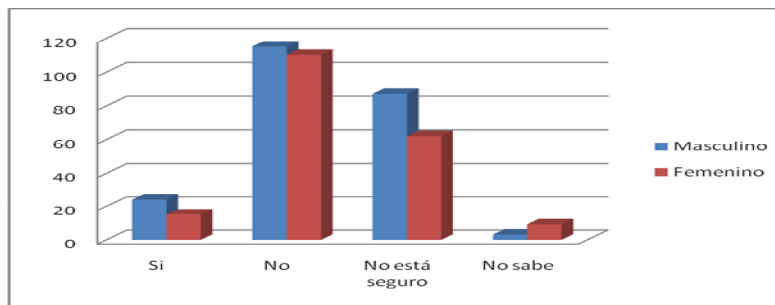
GRÁFICO N° 11
RIESGO DE ACTO MÉDICO Y NEGLIGENCIA MÉDICA, POR SEXO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 11, respecto al riesgo que implica el acto médico, por sexo y nivel de instrucción se tiene que predomina la respuesta si en los tres niveles y en el sexo masculino; la respuesta, no está seguro; predomina en los tres niveles de instrucción y en el sexo femenino.

GRÁFICO N° 12
FALTA DE COMUNICACIÓN ADECUADA A LA CULTURA E IDIOMA DEL PACIENTE, POR SEXO



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 12, acerca de la falta de comunicación adecuada a la cultura e idioma del paciente, por sexo; predomina la respuesta no con 115 (27,1%) en el sexo masculino y 110 (25,9%) en el sexo femenino; la respuesta no está seguro, corresponde a 149 (35,1%), entre ambos sexos.

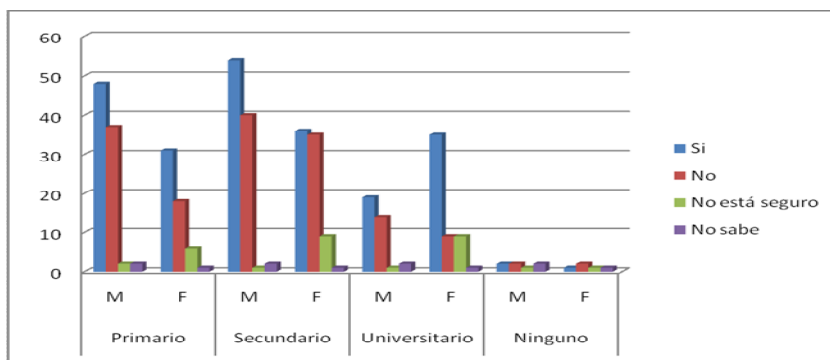
Tabla Nº 5 Responsabilidad del médico, por resultados de tratamiento; por sexo y nivel de instrucción

Nivel	Primario				Secundario				Universitario				Ninguno			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
Sexo	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	23	5,4	24	5,6	33	7,8	32	7,5	6	1,4	15	3,5	2	0,5	1	0,2
No	40	9,4	22	5,2	42	9,9	37	8,7	19	4,5	25	5,9	1	0,2	1	0,2
No está seguro	25	5,9	4	0,9	19	4,5	9	2,1	9	2,1	12	2,8	1	0,2	2	0,5
No sabe	1	0,2	6	1,4	3	0,7	3	0,7	2	0,5	2	0,5	3	0,7	1	0,2
Total	89	20,9	56	13,2	97	22,8	81	19,1	36	8,5	54	12,7	7	1,6	5	1,2

Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En la Tabla N°5, sobre si existe absoluta responsabilidad del médico, por los resultados de un determinado tratamiento; se tiene que predomina la respuesta no, en el nivel secundario y universitario, mientras que la respuesta no esta seguro predomina en el sexo masculino en el nivel primario y secundario.

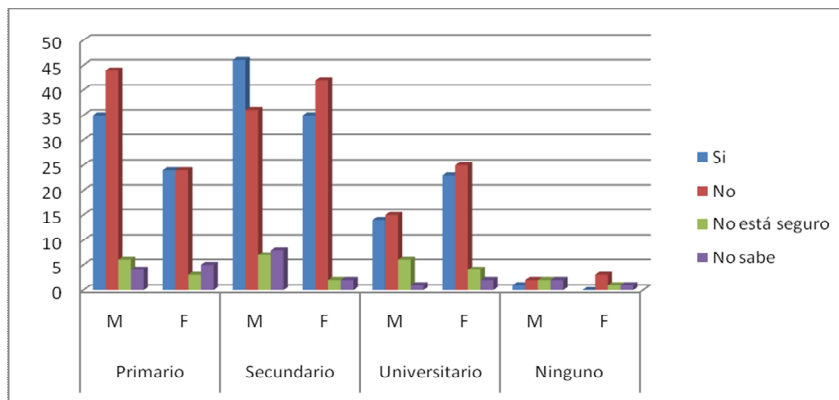
**GRÁFICO Nº 13
FALTA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y NEGLIGENCIA MÉDICA,
POR SEXO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN**



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico Nº 13, se aprecia, respecto a la falta de información al paciente y la negligencia médica, que el sexo masculino, tanto en nivel primario, como secundario; así como el sexo femenino en el nivel secundario, presentan un porcentaje importante de la respuesta no.

**GRÁFICO N° 14
MALTRATO EN LA ATENCIÓN MÉDICA Y NEGLIGENCIA MÉDICA,
POR SEXO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN**



Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En el Gráfico N° 14, con relación al maltrato en la atención médica, se aprecian respuestas muy similares en las respuestas si y no, en los tres niveles de instrucción y en ambos sexos, aunque con variaciones en el nivel primario y secundario del sexo masculino.

Tabla N° 6 Respeto del personal por las costumbres y creencias del paciente, por sexo y nivel de instrucción

Nivel	Primario				Secundario				Universitario				Ninguno			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
Escala	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	41	9,6	23	5,4	53	12,5	37	8,7	21	4,9	36	8,5	0	0,0	1	0,2
No	14	3,3	7	1,6	9	2,1	18	4,2	4	0,9	10	2,4	2	0,5	0	0,0
No está seguro	28	6,6	23	5,4	30	7,1	24	5,6	8	1,9	5	1,2	4	0,9	2	0,5
No sabe	6	1,4	3	0,7	5	1,2	2	0,5	3	0,7	3	0,7	1	0,2	2	0,5

Fuente: Encuesta Percepción Negligencia Médica 2012

En la Tabla N° 6, la apreciación del respeto del personal de salud por las costumbres y creencias del paciente, muestra que predomina la respuesta si en todos los niveles y en ambos sexos, cabe destacar que existe un importante porcentaje de la respuesta no está seguro, principalmente en el nivel primario y secundario.

VIII DISCUSIÓN

El trabajo realizado acerca de la percepción de la población de la ciudad de El Alto sobre la negligencia médica, muestra resultados en muchos aspectos similares a los encontrados en diferentes estudios realizados, en nuestro medio y en otros países, que dada la importancia del tema deben ser analizadas en lo relativo a las similitudes encontradas, pero también en cuanto a las diferencias y las condicionantes referidas a la metodología de los diferentes trabajos efectuados sobre la temática.

Los resultados encontrados son similares a los obtenidos por Peña R, Rodríguez J y López J. en el trabajo denominado “Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social”, en el cual las diferentes reclamaciones presentadas, que son percibidas como negligencia médica por los pacientes, están relacionadas a complicaciones producidas antes, durante o después del tratamiento, errores en el diagnóstico de la enfermedad e información insuficiente por parte del personal de salud, los cuales producen un deterioro de la relación médico paciente, que a la larga derivan en inconformidad con la atención médica recibida, una queja formal a la institución de salud o inclusive el inicio de una demanda ante las instancias legales correspondientes. ⁽⁷⁶⁾

También se encontraron resultados similares a los encontrados en el trabajo de Ramírez T, Nájera P y Nigenda G, denominado “Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México”, en el cual el trato otorgado por el médico al paciente, los tiempos de espera

prolongados, el maltrato por parte del personal de salud y las deficiencias en cuanto al diagnóstico y tratamiento, así como la mala información recibida durante la consulta y la falta de capacitación técnica del personal de salud fueron relacionadas con la mala calidad de atención y por ende con la negligencia médica, haciéndose también énfasis en que los resultados y complicaciones del tratamiento influyen negativamente en la percepción de los pacientes que pueden ser percibidas y derivar posteriormente en un cambio de centro asistencial por pérdida de confianza en el médico e inclusive en un proceso judicial. Asimismo señala que la adaptación a los aspectos culturales de los pacientes y la utilización de un lenguaje sencillo y sin tecnicismos tiene un rol fundamental en la percepción del paciente acerca de la atención recibida en los centros de salud. ⁽⁷⁷⁾

En el trabajo de Ramírez S. denominado “Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quéchua y aymara del altiplano boliviano” se encuentra resultados similares sobre la calidad de atención y la negligencia médica, asociándose la percepción de una atención deficiente a la mala atención, no siendo evidente una diferenciación por la población sobre lo que es la negligencia médica, y el maltrato. La negligencia médica se considera que se presenta por la baja capacidad resolutoria del personal de salud. Asimismo el maltrato y la falta de respeto a las creencias del paciente influyen negativamente sobre la percepción del ejercicio de la medicina en los centros médicos. También se relaciona el maltrato que se recibe en la atención médica con la negligencia médica y la mala calidad de atención. Además existe la percepción de que la negligencia médica no es sancionada de manera

adecuada por las autoridades correspondientes. Finalmente se tiene que el idioma dificulta una adecuada y fluida comunicación con el personal asistencial.⁽⁷⁸⁾

La percepción sobre la responsabilidad de las complicaciones producidas en las intervenciones quirúrgicas, errores en el diagnóstico o deficiencias en el tratamiento son similares a las encontradas en el trabajo realizado por Valdés R. y cols, denominado “Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico” donde las reclamaciones se asocian con el proceso integral de la atención médica y el resultado del manejo clínicoquirúrgico de la enfermedad que puede favorecer la percepción de mala calidad de atención y posteriormente derivar en demandas por negligencia médica.⁽⁷⁹⁾

La consideración de la perspectiva del paciente y el respeto por sus valores personales fue similar al del trabajo denominado “Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna” realizado por Tsuchida M, Bandres M, Guevara X; en el cual además de tomar en cuenta el ejercicio de su autonomía, hace especial énfasis en la adecuada comunicación con el usuario, para favorecer de esta forma la relación médico paciente que permita un adecuado desarrollo interpersonal y que evite la percepción de maltrato o negligencia médica y la falta de atención por el personal de salud.⁽⁸⁰⁾

El trabajo de Chang M, Alemán M, Cañizares M e Ibarra A, denominado “Satisfacción de los pacientes con la atención médica”

muestra niveles de insatisfacción importantes con la atención en los servicios de salud, considerando que uno de los aspectos que más influyeron sobre la percepción de los usuarios fue el maltrato recibido por el personal de salud, entre otros, que de manera importante influye en la visión que tiene la persona sobre el conjunto de aspectos inherentes al manejo de su enfermedad y que crean un rechazo generalizado hacia todo el entorno asistencial, que ante cualquier problema que se presente en el tratamiento, son percibidas como negligencia médica.⁽⁸¹⁾

Otro trabajo realizado por Morales M. y Carvajal C denominado “Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria” estableció que entre las variables consideradas como mala calidad de atención, que a futuro podrían derivar en negligencia médica, estaba el maltrato por el personal de salud, siendo uno de los elementos fundamentales en los cuales debían centrarse los esfuerzos para mejorar el concepto del paciente sobre los centros asistenciales.⁽⁸²⁾

Con relación al maltrato en la atención médica los resultados son similares al trabajo denominado “Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios”, realizado por Wong Y, García L y Rodríguez E, determinando la percepción que tienen los pacientes sobre la calidad de atención en los servicios asistenciales, se estableció como parámetros el trato al paciente, el tiempo de espera y la duración de la consulta como factores importantes; los resultados mostraron que influyeron en la calidad de atención principalmente el

maltrato al paciente, además del tiempo de espera y la duración de la consulta, como aspectos más relevantes.⁽⁸³⁾

Considerando las ventajas del estudio realizado se puede señalar que un diseño descriptivo de corte transversal tiene la ventaja de ser relativamente bajo, respecto a otros diseños como el de cohorte o el de casos y controles, por lo cual es conveniente ya que la información previa en el medio es limitada, además del hecho de no contar con financiamiento externo establecido para el desarrollo del mismo. También tiene la ventaja referida al tiempo de realización que permitió la finalización de actividades en un tiempo limitado que de esta forma contribuyó a la disminución de costos. El tipo de estudio fue además aplicable en consideración a que existen pocos trabajos sobre la materia, pudiendo servir como antecedente a trabajos posteriores a desarrollarse sobre el tema, en otras ciudades de nuestro país.

Entre las desventajas, se tiene que se estableció la muestra al azar en lugares estratégicos previamente determinados por la masiva concurrencia de personas, habiendo sido ideal la utilización de conglomerados para lograr una representatividad mayor de los participantes a través de la utilización de un mapa de áreas censales. También se tiene que el tipo de diseño descriptivo no permita hacer una correlación causa efecto de los resultados obtenidos, que deberá dejarse a trabajos analíticos posteriores.

IX CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos establecidos, se tienen las siguientes conclusiones:

- Más de una tercera parte de los participantes, consideran que toda complicación que produce lesión en el paciente, debe considerarse negligencia médica, o tienen dudas al respecto.
- Sobre la percepción de que el acto médico implica un cierto riesgo en el desarrollo de sus diferentes procedimientos, la mayoría de las personas encuestas tienen conocimiento sobre el tema, sin embargo alrededor de la cuarta parte de personas no están seguros, de que exista riesgo en la realización del acto médico.
- Alrededor de la mitad de los participantes, piensan que el médico no tiene absoluta responsabilidad de los resultados de un determinado procedimiento y/o tratamiento; o no están seguros del grado de responsabilidad del médico.
- La mayoría de los participantes consideran que la falta de comunicación del médico, adecuada a la cultura e idioma del paciente, no debe considerarse negligencia médica.
- Sobre la percepción, del respeto del personal de salud, por las costumbres y creencias del paciente en la atención médica y su

relación con la negligencia médica, más de la cuarta parte tienen dudas al respecto.

- Acerca de la percepción de que la falta de información sobre cualquier tipo de tratamiento y/o procedimiento debe considerarse negligencia médica, más de la tercera parte de las personas, no creen que la falta de información sea relevante, en su relación con la negligencia médica.
- Alrededor de la mitad de personas encuestadas, consideran que el maltrato en la atención por parte del médico, debe considerarse negligencia médica.
- La percepción acerca de lo que es la negligencia médica, es errónea, en un importante número de habitantes de la ciudad de El Alto.
- Estas conclusiones corresponden a la primera fase de la propuesta de intervención, la cual deberá continuar con la implementación de una estrategia de información a la población, sobre lo que en realidad es la negligencia médica y la comparación relativa al antes y después de la intervención.

X RECOMENDACIONES

- Implementar en los centros asistenciales, programas de información y comunicación a los pacientes, sobre los posibles riesgos y complicaciones de una intervención médica.
- Informar a la población a través de los medios de comunicación masiva, sobre lo que es la negligencia médica y lo que son los riesgos y complicaciones del acto médico.
- Incorporar en la atención en salud, elementos de interculturalidad que promuevan el respeto y la comprensión por la cultura, costumbres y creencias de la población.
- Capacitar de manera periódica al personal de salud sobre aspectos relacionados a la atención médica de calidad.
- Realizar un trabajo similar entre los profesionales del área jurídica, para conocer la percepción que tienen sobre la negligencia médica, que permita una adecuada capacitación acerca del tema.
- Continuar con las otras fases de la propuesta de intervención, es decir la implementación de una estrategia de información a la población sobre lo que en realidad es la negligencia médica y la comparación relativa al antes y después de la intervención.

XI BIBLIOGRAFÍA

1. Universidad de Navarra [página en Internet]. Centro de documentación de bioética. Juramento Hipocrático [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/juramento1.html>
2. Colegio Médico de Bolivia [página en Internet]. Estatuto Orgánico [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: http://www.colegiomedico.debolivia.org.bo/documentos/ESTATUTO_ORGANICO.pdf
3. Asociación Médica Mundial [página en Internet]. Ética Médica [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/>
4. Islas M, Muñoz H. El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. Rev Med Hosp Gen Mex 2000; 63 (4): 267-273
5. Organización Panamericana de la Salud [página en Internet]. Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf>
6. Ross A, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2000; 8(2): 93.
7. Plan Nacional de Desarrollo. Lineamientos Estratégicos 2006-2011. Anexo DS N° 29272. Gaceta Oficial de Bolivia, Edición 103. (Fecha de emisión: 12 de septiembre de 2007).

8. Ramírez A, García J y Fraustro S. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: un modelo para la realidad mexicana. *Cad Saúde Públ.* 1995; 11 (3): 456-462.
9. Ramírez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México. *Salud Pública Mex.* 1998; 40 (1): 1-10.
10. Chang M, Alemán M, Cañizares M e Ibarra A. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(5): 541-547.
11. Wong Y, García L, Rodríguez E. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios (tesis): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2002. 1-69.
12. Harris H, Matamoros M. Encuesta de la satisfacción del paciente en la emergencia de pediatría del Hospital Escuela en Tegucigalpa, Honduras. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH.* 2008, 11 (2): 100-107
13. Morales M, Carvajal C. Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria. *Revista Médica.* 2008, 19 (29): 24-28

14. Soleimanpour H, Gholipouri Ch, Salarilak S, Raoufi P, Gholi Vahidi R, Jafari Rouhi A, et al. Emergency department patient satisfaction survey in Reza Hospital, Tabriz, Iran. *International Journal of Emergency Medicine*. 2011, 4 (2). 1-7.
15. Gracia D. Ética Médica. En: Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna*. 13ª Ed. Volumen I. Editorial Harcourt Brace; 1995, 33-34.
16. Gómez P. Principios básicos de bioética. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*. 2009; 55(4): 230-233.
17. Did Núñez J. Principios bioéticos en la atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]*. 2000 [citado 28 Abr 2012]; 16 (4): 384-389. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n4/mgi14400.pdf>
18. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *VERITAS [serie en Internet]*. 2010 [citado 28 Abr 2012]; 22: 124-125. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
19. Osorio J. Principios éticos de la investigación en seres humanos y animales. *MEDICINA [serie en Internet]*. 2000 [citado 28 Abr 2012]; 60 (2): 255-258. Disponible en: http://www.medicinabuena.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf
20. Ferro M, Molina L, Rodríguez W. La bioética y sus principios. *Acta Odont Venez [serie en Internet]*. 2009 [citado 28 Abr 2012]; 47 (2): 4-5. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/aov/v47n2/art29.pdf>

21. Dobler I. Aspectos legales y éticos del consentimiento informado en la atención médica en México. Rev Mex Patol Clin. 2001; 48(1): 3-6.
22. Vázquez J. La “Lex Artis ad hoc” como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico. A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea). Cuad Med Forense [serie en Internet]. 2010 [citado 28 Abr 2012]; 16 (3): 179-182. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv16n3/prueba.pdf>
23. Medallo J, Pujol A, Arimany J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica Med Clin Barc [serie en Internet]. 2006 [citado 28 Abr 2012]; 126 (4): 152-156. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v126n04a13084023pdf001.pdf>
24. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª Edición. Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=negligencia
25. Cabanellas G. Diccionario Jurídico Elemental. Décima Octava Edición. Editorial Heliasta; 2003, 317.
26. Recursos y reclamaciones [página en Internet]. [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://tusrecursosyreclamaciones.wordpress.com/>

27. Ramos B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2005; 31(3): 239-244.
28. Institute of Medicine [página en Internet]. Growing consensus about medical error, chapter 1. To Err is Human Report. [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>
29. Jiménez J. Cambios en el entorno del trabajo médico. Rev Méd Chile. 2004; 132: 637-642
30. Núñez de Arco J. Auditoría Médica y Forense. Primera Edición. Editorial Temis. 2011; 202-203.
31. Martínez F. Ruiz J. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Primera Edición. Editorial Díaz de Santos; 2001, 8-9.
32. Wikinski J, Piaggio A, Papagni H. Riesgo quirúrgico, riesgo anestésico y riesgo terapéutico como eximentes de responsabilidad jurídica. Rev Arg Anest. 2002; 60 (3): 137-165
33. Ministerio de Salud y Deportes. Obtención del consentimiento informado, Publicación N° 65, Serie Documentos Técnico Normativos; 2008. 7-8
34. Solano D. Consentimiento informado: concepto, requisitos, excepciones, evolución y modificaciones asistenciales que conlleva. Gac Med Bilbao. 2000; 97: 23-25

35. Osuna E. Problemas especiales sobre el consentimiento informado: el menor de edad. Rev Latinoam Der Méd Medic Leg. 1998; 3 (2):12
36. Huamán H. Derecho al consentimiento informado. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna [serie en Internet]. 1999 [citado 28 Abr 2012]; 12 (4). Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v12n4/consent.htm>
37. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin Barc. 2001; 117: 99-102
38. Mendoza M, Nava N, Escalante J. Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica. Gac Méd Méx. 2003; 139 (2): 184-187
39. Ordovás JP, López E, Urbieto E, Torregrosa R, Jiménez V. Análisis de las hojas de información al paciente para la obtención de su consentimiento informado en ensayos clínicos. Med Clin Barc [serie en Internet]. 1999 [citado 28 Abr 2012]; 112 (3): 90-94. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/analisis-las-hojas-informacion-al-paciente-obtencion-3147-originales-1999>
40. Centro de Recursos y Formación del Profesorado en Tecnologías de la Información y Comunicación [página en Internet]. Funes S. Teoría del conflicto [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: http://recursos.crfptic.es:9080/jspui/bitstream/recursos/139/2/01_teor%C3%ADa_del_conflicto.pdf

41. Calderón P. Teoría de conflictos de Johan Galtung. Revista Paz y Conflictos. 2009; 2: 60-81.
42. European Business Ethics Network [página en Internet]. Argandoña A. Conflicto de intereses: El punto de vista ético [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: http://www.eben-spain.org/docs/Papeles/XII/Antonio_Argandona.pdf
43. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Rey Juan Carlos [página en Internet]. Domínguez R, García S. Introducción a la teoría del conflicto en las organizaciones [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.fcjs.urjc.es/departamentos/areas/profesores/descarga/rqruuvuvz/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20Teor%C3%ADa%20del%20Conflicto.pdf>
44. Periódico Página Siete [página en Internet]. Bolivia registra 5000 casos de mala praxis médica que dejaron secuelas [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.paginasiete.bo/2011-09-04/Sociedad/NoticiaPrincipal/319Soc00121.aspx>
45. Periódico El Cambio [página en Internet]. Negligencia médica: víctimas en busca de justicia ante pérdidas irreparables. Familias enteras quedan destruidas, como consecuencia de la mala praxis médica, las víctimas quedan en estado vegetal y muchos mueren en el intento de exigir sanciones [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: http://www.cambio.bo/reportaje/20111106/negligencia_medica:_victimas_en_busca_de_justicia_ante_perdidas_irreparables_57874.htm

46. Periódico La Razón [página en Internet]. Bolivia registra 5000 casos de mala praxis médica que dejaron secuelas [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www2.la-razon.com/version.php?ArticleId=140942&EditionId=2712>
47. Radio Fides [página en Internet]. De cada mil casos de negligencia médica, sólo cuatro logran sentencia [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: http://www.radiofides.com/noticia/social/De_cada_1.000_casos_de_negligencia_medica_solo_4_logran_sentencia.
48. Hernández J, Hernández M, Hernández A. Responsabilidad por mala praxis Médica: La vía extrajudicial. Cuadernos de Medicina Forense. 2002; 28: 7-24
49. Márquez A. La conciliación como mecanismo de justicia restaurativa. Prolegómenos: Derechos y Valores. 2008; 11 (22): 57-74.
50. Ministerio de Justicia y del Derecho. República de Colombia [página en Internet]. Mediación [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: http://www.conciliacion.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=44
51. Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131. Gaceta Oficial de Bolivia, Edición 2781. (Fecha de emisión: 8 de Agosto de 2005).
52. Ley de Arbitraje y Conciliación N° 1770. Gaceta Oficial de Bolivia, Edición 1943. (Fecha de emisión: 10 de marzo de 1997).

53. OPS [página en Internet]. Lerin S. Interculturalidad y salud. Recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf
54. Fernández G. Salud e interculturalidad en américa latina. Primera Edición. Ediciones Abya Yala; 2004: 245-396.
55. Michaux J. Ponencia para la elaboración de una propuesta de atención en salud materna y neonatal para mujeres indígenas en Bolivia. 2004 [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://asambleistas.blogspot.com/2010/01/hacia-un-nuevo-sistema-de-salud-plural.html>
56. Ramírez S. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quéchuas y aymaras del altiplano boliviano. Sistemas Gráficos Color; 2009: 109-191.
57. Centro Interdisciplinario de estudios en Bioética de la Universidad de Chile. Primera Edición. Andros Impresores; 2007: 163-175.
58. Velasco O. Organismo Andino de Salud. Aún nos cuidamos con nuestra medicina. Primera Edición. Cellgraf; 2010: 29 y 84.
59. Baixeras J. Salud intercultural en Bolivia a inicios del tercer milenio. 2004: 16-18 [citado 28 Abr 2012]. Disponible en:

<http://saludpublica.bvsp.org.bo/sbsp/congreso/xvi/presentacion/PDF/Baixeras%20Intercultural.PDF>

60. Gobierno Autónomo Municipal de El Alto [Página en Internet]. Ubicación Geográfica de la ciudad de El Alto. [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.elalto.gob.bo/index.php/ubicacion-geografica.html>
61. Organización Panamericana de la Salud [Página en Internet] Ciudad de El Alto [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/centenario/distrito/alto.htm>
62. Gobierno Autónomo Municipal de El Alto [Página en Internet]. Historia de la ciudad de El Alto. [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.elalto.gob.bo/index.php/historia.html>
63. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población por provincias y municipios, según sexo, edades simples y años calendario, periodo 2000-2010 La Paz. Instituto Nacional de Estadística; 2005, 69-73.
64. USAID [Página en Internet]. Evaluación de la ciudad de El Alto [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADG073.pdf
65. Instituto Nacional de Estadística [Página en Internet]. Estadísticas socioeconómicas del Municipio de El Alto. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/pdf/AtlasMunicipal/020105.pdf>

66. Instituto Nacional de Estadística [Página en Internet]. Estadísticas El Alto. Disponible en: http://www.ine.gob.bo/pdf/boletin/NP_2008_25.pdf
67. Nueva Constitución Política del Estado. Versión oficial aprobada por la Asamblea Constituyente 2007 y compatibilizada en el Honorable Congreso Nacional 2008. Texto final compatibilizado (Fecha de emisión: 7 de febrero de 2009).
68. Decreto Supremo 28562: Reglamento a la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico. Gaceta Oficial de Bolivia, Edición 2843. (Fecha de emisión: 22 de Diciembre de 2005).
69. Ley SAFCO de Administración y control gubernamentales N° 1178. Gaceta Oficial de Bolivia, Edición 1652. (Fecha de emisión: 20 de julio de 1990).
70. Código Penal. Gaceta Oficial de Bolivia, Edición 179. (Fecha de emisión: 8 de octubre de 2010).
71. Código Civil. Gaceta Oficial de Bolivia, Edición CODCIV. (Fecha de emisión: 6 de agosto de 1975).
72. Colegio Médico de Bolivia. Estatuto orgánico y reglamentos del Colegio Médico de Bolivia. Código de ética y deontología médica, 2008. 269-290.

- 73.AMM. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Negligencia Médica [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/20archives/m2/>
- 74.AMM. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Reforma de la Responsabilidad Médica [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/15/>
- 75.Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Auditoría y Norma Técnica, Publicación N° 63, Serie Documentos Técnico Normativos; 2008. 2-33.
- 76.Peña R, Rodríguez J y López J. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx. 2004; 46 (3): 210-215.
- 77.Ramírez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México. Salud Pública Mex. 1998; 40 (1): 1-10.
- 78.Ramírez S. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quéchua y aymara del altiplano boliviano. Sistemas Gráficos Color; 2009: 109-191.
- 79.Valdés R. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Salud Pública Méx. 2001; 43 (5): 444-454.

80. Tsuchida M, Bandres M, Guevara X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. Rev Med Hered. 2003; 14 (4): 175-180.
81. Chang M, Alemán M, Cañizares M e Ibarra A. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(5): 541-547.
82. Morales M, Carvajal C. Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del Centro de Salud Villa Candelaria. Revista Médica. 2008, 19 (29): 24-28
83. Wong Y, García L, Rodríguez E. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios (tesis): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2002. 1-69.

ANEXOS

“PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE EL ALTO SOBRE LA NEGLIGENCIA MÉDICA, 2012”

- 1. Consentimiento informado**
- 2. Encuesta**
- 3. Marco legal**
- 4. Valor p**
- 5. Cronograma**
- 6. Presupuesto**

XII ANEXOS

1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE EL ALTO, SOBRE LA NEGLIGENCIA MÉDICA, EN EL AÑO 2012

Qué es la negligencia médica

Se entiende por negligencia al descuido o falta de cuidado en la realización de un acto. La negligencia médica comprende la inobservancia del médico de las normas de atención en el tratamiento de la enfermedad de un paciente.

Importancia del trabajo

El presente estudio, permitirá conocer la percepción de la población acerca de la negligencia médica, siendo que actualmente se utiliza el término de manera ambigua, sin una plena concepción de sus implicancias y alcances.

Descripción del estudio

A través de este trabajo se pretende como objetivos, establecer la percepción de la población de la ciudad de El Alto acerca de la negligencia médica, además de realizar un diagnóstico situacional relacionado a ésta temática, tomando en cuenta aspectos conceptuales y legales relacionados al mismo. En tal sentido se ha diseñado una encuesta que será aplicada bajo un diseño muestral establecido para el efecto, a los habitantes de la ciudad de El Alto.

Selección de los participantes

Los participantes de este estudio fueron seleccionados al azar, de entre los habitantes de la ciudad de El Alto, tomando en cuenta a personas de ambos sexos, que se encuentren en uso de sus facultades intelectuales y que cuenten con la mayoría de edad. La selección se realizó a través de un diseño estadístico.

Confidencialidad

La encuesta tiene carácter anónimo. Una vez que usted decida su participación en el estudio, personal designado para el efecto procederá a la entrega de una encuesta sobre la percepción de la población de la ciudad de El Alto acerca de la negligencia médica, además de otros datos complementarios generales. Una vez que la encuesta sea procesada la misma será codificada para un mejor seguimiento. Tanto el consentimiento informado, como la encuesta se archivarán por separado.

Duración de la participación

El tiempo necesario para el llenado de la encuesta será aproximadamente de 10 minutos; el personal a cargo de realizar el mismo ha sido capacitado para absolver cualquier duda del participante respecto a cada uno de los ítems por los cuales está formada la encuesta.

Voluntariedad: Negativa a participar del estudio

La participación es voluntaria. Si desea puede no participar o retirarse en cualquier momento del estudio, no existirá ningún problema.

Dudas o consultas

Puede realizar cualquier consulta antes, durante o después del estudio a través del responsable de la realización de la encuesta o a través del siguiente contacto:

Dr. William Leopoldo Cortez Ríos, teléfono 77702624, e-mail: william-cortez@hotmail.com
La Paz-Bolivia

Una vez concluida la lectura de la anterior información, marque en el cuadro correspondiente, si está de acuerdo o en desacuerdo con participar del presente trabajo, no es necesaria su identificación ni firma.

Estoy de acuerdo en participar en el presente trabajo

No estoy de acuerdo en participar en el presente trabajo

Nombre del responsable de la investigación

Firma del responsable de la investigación

Lugar y fecha:

2. Encuesta

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE EL ALTO, SOBRE LA NEGLIGENCIA MÉDICA, EN EL AÑO 2012

Encierre en un círculo el inciso que considere correcto (un solo inciso)

1. Edad

- a. 18 a 29 años b. 30 a 39 años c. 40 a 49 años d. 50 a 59 años

2. Sexo

- a. Masculino b. Femenino

3. Nivel de instrucción

- a. Primaria b. Secundaria c. Universitaria d. Ninguno

4. Toda complicación que produce lesión en el paciente y que se presenta durante el acto médico debe considerarse negligencia médica

- a. Si b. No c. No está seguro d. No sabe

5. Considera que el acto médico implica un cierto riesgo en el desarrollo de sus diferentes procedimientos

- a. Si b. No c. No está seguro d. No sabe

6. La falta de comunicación del médico adecuada a la cultura e idioma del paciente debe considerarse negligencia médica

- a. Si b. No c. No está seguro d. No sabe

7. Considera que el médico tiene absoluta responsabilidad de los resultados de un determinado procedimiento y/o tratamiento

- a. Si b. No c. No está seguro d. No sabe

8. La falta de información sobre cualquier tipo de tratamiento y/o procedimiento debe considerarse negligencia médica

- a. Si b. No c. No está seguro d. No sabe

9. El maltrato en la atención por parte del médico debe considerarse negligencia médica

- a. Si b. No c. No está seguro d. No sabe

10. El personal de salud demostró respeto por sus costumbres y creencias relacionadas a la salud en la atención médica

- a. Si b. No c. No está seguro d. No sabe

Fuente: Elaboración propia

3. Marco Legal

3.1 Constitución Política del Estado

La Nueva Constitución Política del Estado, aprobada por la Asamblea Constituyente de 2007, compatibilizada por el Honorable Congreso Nacional en 2008 y puesta en vigencia el 7 de febrero de 2009, establece lo siguiente: ⁽⁶⁷⁾

“Artículo 18: Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión, ni discriminación alguna. El sistema único de salud, será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno”.

“Artículo 39. 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 con la ley. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica”.

“Artículo 40. El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud”.

“Artículo 44. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento”.

3.2 Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131

La Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131, promulgada el 8 de Agosto de 2005, señala lo siguiente: ⁽⁵¹⁾

“Artículo 3. Principios. Los principios de la práctica médica son:

- a) La profesión médica está consagrada a la defensa de la vida, cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad.
- b) El médico ejerce una labor en el marco de la probabilidad de toda ciencia para obtener resultados probables.
- c) El médico en el ejercicio de su profesión actuará con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes”.

“Artículo 12. Deberes del Médico. Son deberes del profesional médico:

- a) Cumplir con los principios éticos de la Declaración de Ginebra, aprobados por la Asociación Médica Mundial.
- b) Estar inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.
- c) Colaborar a las autoridades del Sistema Nacional de Salud en caso de epidemia, desastres y emergencias.
- d) Respetar el consentimiento expreso del paciente, cuando rechace el tratamiento u hospitalización que se le hubiere indicado.
- e) Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio del área de Salud.
- f) En caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar su atención básica.
- g) Brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin el consentimiento expreso.
- h) Otorgar los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin distinción alguna y sin más limitaciones que las señaladas por Ley.
- i) Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.
- j) Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley.
- k) Guardar el secreto médico, aunque haya cesado la prestación de sus servicios.
- l) Capacitación médica continua, para ello deberán someterse a los programas de capacitación y actualización periódica de conocimientos que definirá el Estado boliviano en forma obligatoria”.

3.3 Decreto Supremo 28562: Reglamento a la Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131

El Decreto Supremo 28562: Reglamento a la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, fue promulgado el 22 de Diciembre de 2005, durante el gobierno de Dr. Eduardo Rodríguez Veltzé, y refiere: ⁽⁶⁸⁾

“Es atribución de la Autoridad Departamental de Salud, en casos de conflictos surgidos de la práctica profesional, respaldar las intervenciones profesionales realizadas en acatamiento a las normas y protocolos vigentes o sancionar su incumplimiento conforme lo mandan las leyes. El cumplimiento de los protocolos en la actividad asistencial de los profesionales médicos es un elemento primordial en la evaluación del desempeño del personal en todos los niveles de atención”.

“Artículo 5. Gestión de calidad. La gestión de calidad de los servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud”.

Artículo 6. Definiciones operativas. Se establece las siguientes definiciones: “Calidad del Acto médico: Las características del servicio médico para considerarlo de calidad son:

- Conocimientos actualizados del profesional.
- Habilidades y destrezas suficientes y adecuadas a la tarea.
- Actitud de servicio.
- Actitud de respeto al paciente y su entorno.

- Aplicación de normas y protocolos de atención.
- Reconocimiento del paciente como ser humano con dignidad.
- Eficiencia en el uso de los recursos.
- Enfocado en la equidad de género.”

“Consentimiento expreso, se refiere a la voluntad o decisión del paciente de rechazar el tratamiento u hospitalización indicados por el médico tratante, registrado en la historia clínica y debidamente respaldado por la firma del paciente o de su familiar o responsable legal”.

“Es obligación del médico registrar en la historia clínica, la información brindada al paciente respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad; este registro debe ser suscrito por el paciente, familiar, pariente o representante legal”.

3.4 Ley SAFCO de Administración y Control Gubernamental N° 1178

La Ley SAFCO de Administración y Control Gubernamental N° 1178, fue promulgada por el Honorable Congreso Nacional, el 20 de julio de 1990, entre sus objetivos se encuentra el Control de la responsabilidad por la función pública. ⁽⁶⁹⁾

“Artículo 28. Todo servidor público responderá de los resultados emergentes del desempeño de las funciones, deberes y atribuciones asignados a su cargo. A este efecto: La responsabilidad administrativa,

ejecutiva, civil y penal se determinará tomando en cuenta los resultados de la acción u omisión”.

“Artículo 31. La responsabilidad es civil cuando la acción u omisión del servidor público o de las personas naturales o jurídicas privadas causen daño al Estado valuable en dinero”.

“Artículo 34. La responsabilidad es penal cuando la acción u omisión del servidor público y de los particulares, se encuentra tipificada en el Código Penal”.

“Artículo 35. Cuando los actos o hechos examinados presenten indicios de responsabilidad civil o penal, el servidor público los trasladará a conocimiento de la unidad legal pertinente y ésta mediante la autoridad legal competente solicitará directamente al juez que corresponda, las medidas precautorias y preparatorias de demanda a que hubiere lugar o denunciará los hechos ante el Ministerio Público”.

3.5 Código Penal

El Código Penal fue puesto en vigencia, mediante Ley N° 1768 de 10 de marzo de 1997, los artículos relacionados a la temática planteada son los siguientes: ⁽⁷⁰⁾

“Artículo 13. No hay pena sin culpabilidad. No se le podrá imponer pena al agente, si su actuar no le es reprochable penalmente. La culpabilidad y no el resultado es el límite de la pena. Si la ley vincula a una

especial consecuencia del hecho una pena mayor, ésta sólo se aplicará cuando la acción que ocasiona el resultado más grave se hubiera realizado por lo menos culposamente”.

“Artículo 13 bis. Comisión por omisión. Los delitos que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando el no haberlos evitado, por la infracción de un especial deber jurídico del autor que lo coloca en posición de garante, equivalga, según el sentido de la ley, a su causación”.

“Artículo 13 quater. Delito doloso y culposo. Cuando la ley no conmina expresamente con pena el delito culposo, sólo es punible el delito doloso”.

“Artículo 14. Dolo. 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”.

“Artículo 15. Culpa. Actúa culposamente quien no observa el cuidado a que está obligado conforme a las circunstancias y sus condiciones personales.

“Artículo 260. Homicidio culposo. El que por culpa causare la muerte de una persona incurrirá en reclusión de seis meses a tres años. Si la muerte se produce como consecuencia de una grave violación culpable

de los deberes inherentes a una profesión, oficio o cargo, la sanción será de reclusión de uno a cinco años”.

“Artículo 270. Lesiones gravísimas. Incurrirá el autor en la pena de privación de libertad de dos a ocho años, cuando de la lesión resultare en:

- Una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable.
- La debilitación permanente de la salud o la pérdida o uso de un sentido, de un miembro o de una función.
- La incapacidad permanente para el trabajo o la que sobrepase de ciento ochenta días.
- La marca indeleble o la deformación permanente del rostro.
- El peligro inminente de perder la vida”.

“Artículo 271. Lesiones graves y leves. El que de cualquier modo ocasionare a otro un daño en el cuerpo o en la salud, no comprendido en los casos del Artículo anterior, del cual derivare incapacidad para el trabajo de treinta a ciento ochenta días, será sancionado con reclusión de uno a cinco años. Si la incapacidad fuere hasta, veintinueve días, se impondrá al autor reclusión de seis meses a dos años o prestación de trabajo hasta el máximo”.

“Artículo 273. Lesión seguida de muerte. El que con el fin de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiera sido querida por el autor; pero que pudo haber sido previsto, será sancionado con privación de libertad de uno a cuatro años”.

3.6 Código Civil

El Código Civil fue puesto en vigencia, mediante Decreto Ley N° 12760 de 4 de agosto de 1975, los artículos relacionados a la temática son los siguientes: ⁽⁷¹⁾

“Art. 450. Noción de contrato. Hay contrato cuando dos o más personas se ponen de acuerdo para constituir, modificar o extinguir entre sí una relación jurídica. (Arts. 110, 294, 352, del Código Civil)”.

“Art. 452. Enunciación de requisitos. Son requisitos para la formación del contrato:

- El consentimiento de las partes.
- El objeto.
- La causa.
- La forma, siempre que sea legalmente exigible”.

“Art. 453. Consentimiento expreso o tácito. El consentimiento puede ser expreso o tácito. Es expreso si se manifiesta verbalmente o por escrito o por signos inequívocos, tácito, si resulta presumible de ciertos hechos o actos. (Arts. 359, 455, 805 del Código Civil)”.

“Art. 519. Eficacia del contrato. El contrato tiene fuerza de ley entre las partes contratantes. No puede ser disuelto sino por consentimiento mutuo o por las causas autorizadas por la ley”.

“Art. 520. Ejecución de buena fe e integración del contrato. El contrato debe ser ejecutado de buena fe y obliga no sólo a lo que se ha expresado en él, sino también a todos los efectos que deriven conforme a su naturaleza, según la ley, o a falta de ésta según los usos y la equidad”.

3.7 Código de Ética Colegio Médico de Bolivia

Es importante considerar, algunos aspectos referidos al Código de Ética y Deontología Médica del Colegio Médico de Bolivia, de acuerdo al cual se tiene lo siguiente: ⁽⁷²⁾

“Artículo 12. Obligaciones en el acto médico. El médico está obligado a otorgar al enfermo consideración humana, brindándole su ayuda profesional y moral, respetando sus valores étnico culturales, temores y flaquezas”.

“Artículo 15. Atención médica de calidad. Es obligación del médico ofrecer al enfermo la mejor atención, con todos los conocimientos que estén a su alcance y recursos disponibles. Cuando esto no sea posible, debe informar de ello al paciente con veracidad y oportunidad”.

“Artículo 18. Observancia de la Praxis Médica y su implicancia legal. El médico debe abstenerse de emplear tratamientos o técnicas cuyo manejo desconoce o para los cuales no está entrenado, siendo responsable de los daños que cause por negligencia, imprudencia, impericia, ignorancia o abandono”.

“Artículo 19. Observancia de las normas y protocolos médicos. El médico debe utilizar recursos diagnósticos y terapéuticos suficientemente probados y autorizados por normas y protocolos vigentes; en circunstancias excepcionalmente graves, podrá utilizar un procedimiento alternativo no protocolizado siempre que represente la única posibilidad y esté respaldado por una junta médica constituida por no menos de tres profesionales médicos, bajo consentimiento informado y firmado por el paciente, sus familiares o apoderado legal”.

“Artículo 20. Información al paciente. Para la aplicación de cualquier método diagnóstico o terapéutico, es necesario informar al paciente, sus familiares o apoderado legal y registrar en la historia clínica correspondiente”.

4. Valor p

Valor P

Formulación de hipótesis

$H_0 \geq$ 50% consideran que toda complicación que produce lesión en el paciente, debe considerarse negligencia médica, o tienen dudas al respecto

$H_a <$ 50% consideran que toda complicación que produce lesión en el paciente, debe considerarse negligencia médica, o tienen dudas al respecto

Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

Estadístico Z

$$n = 425$$

$$r_1 = 0,42$$

$$r_2 = 0,50$$

$$q = 0,58$$

$$Z = \frac{r_1 - r_2}{\sqrt{\frac{r_1 \times q}{n}}}$$

$$Z = \frac{0,42 - 0,50}{\sqrt{\frac{0,42 \times 0,58}{425}}}$$

$$Z = 3,298$$

$$p = 0,0010$$

Valor P

Formulación de hipótesis

$H_0 \leq$ 50% de las personas considera que el acto médico implica un cierto riesgo, en el desarrollo de sus diferentes procedimientos

$H_a >$ 50% de las personas considera que el acto médico implica un cierto riesgo, en el desarrollo de sus diferentes procedimientos

Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Estadístico Z

$n = 425$

$r_1 = 0,59$

$r_2 = 0,50$

$q = 0,41$

$$Z = \frac{r_1 - r_2}{\sqrt{\frac{r_1 \times q}{n}}}$$

$$Z = \frac{0,59 - 0,50}{\sqrt{\frac{0,59 \times 0,41}{425}}}$$

$Z = 3,772$

$p = 0,0002$

Valor P

Formulación de hipótesis

$H_0 \leq$ 50% de los participantes consideran que la falta de comunicación del médico, adecuada a la cultura e idioma del paciente, no debe considerarse negligencia médica

$H_A >$ 50% de los participantes consideran que la falta de comunicación del médico, adecuada a la cultura e idioma del paciente, debe considerarse negligencia médica

Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Estadístico Z

$n = 425$

$r_1 = 0,88$

$r_2 = 0,50$

$q = 0,12$

$$Z = \frac{r_1 - r_2}{\sqrt{\frac{r_1 \times q}{n}}}$$

$$Z = \frac{0,88 - 0,50}{\sqrt{\frac{0,88 \times 0,12}{425}}}$$

$Z = 15,668$

$p = 0,0001$

Valor P

Formulación de hipótesis

$H_0 \leq$ 50% de los participantes, piensan que el médico no tiene absoluta responsabilidad de los resultados de un procedimiento y/o tratamiento; o no están seguros

$H_A >$ 50% de los participantes, piensan que el médico no tiene absoluta responsabilidad de los resultados de un procedimiento y/o tratamiento; o no están seguros

Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Estadístico Z

$n = 425$

$r_1 = 0,63$

$r_2 = 0,50$

$q = 0,37$

$$Z = \frac{r_1 - r_2}{\sqrt{\frac{r_1 \times q}{n}}}$$

$$Z = \frac{0,63 - 0,50}{\sqrt{\frac{0,63 \times 0,37}{425}}}$$

$Z = 5,360$

$p = 0,0001$

Valor P

Formulación de hipótesis

$H_0 \geq$ 50%-de personas no creen que la falta de información sea relevante, en su relación con la negligencia médica.

$H_A <$ 50%-de personas no creen que la falta de información sea relevante, en su relación con la negligencia médica.

Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Estadístico Z

$n = 425$

$r_1 = 0,44$

$r_2 = 0,50$

$q = 0,56$

$$Z = \frac{r_1 - r_2}{\sqrt{\frac{r_1 \times q}{n}}}$$

$$Z = \frac{0,44 - 0,50}{\sqrt{\frac{0,44 \times 0,56}{425}}}$$

$Z = 2,474$

$p = 0,0134$

Valor P

Formulación de hipótesis

$H_0 \geq$ 50% de personas encuestadas, consideran que el maltrato en la atención por parte del médico, debe considerarse negligencia médica

$H_a <$ 50% de personas encuestadas, consideran que el maltrato en la atención por parte del médico, debe considerarse negligencia médica

Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

Estadístico Z

$$n = 425$$

$$r1 = 0,42$$

$$r2 = 0,50$$

$$q = 0,58$$

$$Z = \frac{r1 - r2}{\sqrt{\frac{r1 \times q}{n}}}$$

$$Z = \frac{0,42 - 0,50}{\sqrt{\frac{0,42 \times 0,58}{425}}}$$

$$Z = 3,298$$

$$p = 0,0010$$

5. Cronograma

Cronograma	2012							
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Revisión bibliográfica	X	X						
Planteamiento del problema			X					
Material y métodos			X					
Elaboración y validación del instrumento				X				
Resultados					X	X		
Conclusiones							X	X

6. Presupuesto

Ítem	Descripción	Subtotal (Bs)
Recursos humanos	Estadístico	200
	Encuestadores	400
	Transcriptor	100
Materiales y equipos	Equipo de computación	1500
	Impresora	300
	Material de escritorio	100
Comunicación	Conexión a red	200
	Telefonía móvil	100
	Medios de transporte	100
Total (Bs)		3000