

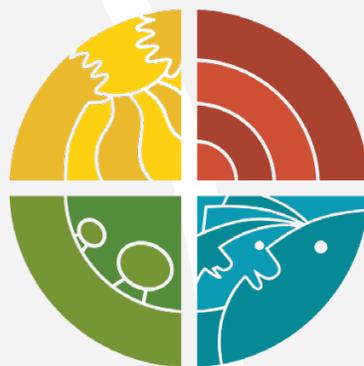


DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Informe Defensorial

**LA AUDITORIA MÉDICA
NO CONSTITUYE UN INSTRUMENTO EFICAZ
PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA JUSTICIA**

AL ENCUENTRO CON EL PUEBLO



DEFENSORÍA DEL PUEBLO

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

**LA AUDITORIA MÉDICA
NO CONSTITUYE UN INSTRUMENTO EFICAZ
PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA JUSTICIA**

Informe Defensorial:

LA AUDITORIA MÉDICA NO CONSTITUYE UN INSTRUMENTO EFICAZ
PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA JUSTICIA

Elaborado por:

ADJUNTORÍA PARA LA DEFENSA Y CUMPLIMIENTO DE LOS
DERECHOS HUMANOS

Edición, corrección de estilo y diseño:

ADJUNTORÍA DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS DERECHOS
HUMANOS

Depósito Legal:

4-1-20-20 P.O.

Impresión:

Impresiones Master S.R.L.

Producción:

Defensoría del Pueblo

Oficina Central: Calle Colombia N° 440 - Zona San Pedro
Central (2) 2113600 - 2112600
Casilla 791

2020



Resolución Defensorial N° DP/ADCDH/01/2020
La Paz, 21 de enero de 2020

VISTOS:

El informe referente a las Auditorías Médicas y su falta de eficacia como instrumento que garantice el acceso a la justicia, la información recolectada, los resultados obtenidos y el análisis realizado.

CONSIDERANDO:

Que, el párrafo I del Artículo 218 de la Constitución Política del Estado establece que la Defensoría del Pueblo es la institución encargada de velar por la vigencia, promoción, difusión y cumplimiento de los derechos humanos, individuales y colectivos, que se establecen en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales.

Que, el numeral 3 del Artículo 222, de la Constitución Política del Estado establece como una atribución de la Defensoría del Pueblo: *“Investigar, de oficio o a solicitud de parte, los actos u omisiones que impliquen violación de los derechos, individuales y colectivos, que se establecen en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales, e instar al Ministerio Público al inicio de las acciones legales que correspondan”*.

Que, por su parte, el Numeral 5 del citado Artículo, faculta a la Defensoría del Pueblo a formular recomendaciones, recordatorios de deberes legales y sugerencias para la inmediata adopción de correctivos y medidas a todos los órganos e instituciones del Estado y emitir censura pública por actos o comportamientos contrarios a dichas formulaciones.

Que, el párrafo I del Artículo 24, de la Ley 870 “Ley del Defensor del Pueblo” de 13 de diciembre de 2016, establece que concluida la Investigación y comprobadas las vulneraciones de derechos, la Defensoría del Pueblo podrá emitir Resoluciones fundamentadas que contengan según sea el caso, recomendaciones, recordatorios, sugerencias o correctivos y censura pública. El párrafo III, establece que, emitida la Resolución, esta será puesta a conocimiento de la autoridad o servidor público.

Que, mediante Resolución de la Asamblea Legislativa Plurinacional R.A.L.P. N° 001/2019-2020 de 30 de enero de 2019, la Asamblea Legislativa Plurinacional, conforme al Artículo 12 de la Ley N° 870, Ley del Defensor del Pueblo, designó a la delegada Adjunta para la Defensa y cumplimiento de los Derechos Humanos como

Imprime
anverso
y reverso



Defensora del Pueblo a.i. a partir del día siguiente de la emisión de la referida resolución.

POR TANTO:

La Defensora del Pueblo a.i. del Estado Plurinacional de Bolivia, en uso de las atribuciones conferidas por la Constitución Política del Estado y la Ley Nro. 870 de 13 de diciembre de 2016.

RESUELVE:

PRIMERO: Aprobar el Informe Defensorial titulado "LA AUDITORIA MÉDICA NO CONSTITUYE UN INSTRUMENTO EFICAZ PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA JUSTICIA".

SEGUNDO: Notificar a las autoridades correspondientes los recordatorios de deberes legales y las recomendaciones defensoriales señaladas en el informe, para su correspondiente pronunciamiento en el plazo de treinta días.

Regístrese y Archívese.



Abg. Nadia Alejandra Cruz Turije
DEFENSORA DEL PUEBLO a.i.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

PRIMERA PARTE

| | |
|--------------------------------------|----|
| CONSIDERACIONES GENERALES | 11 |
| I. ANTECEDENTES | 11 |
| II. JUSTIFICACIÓN | 15 |
| III. OBJETIVO Y ALCANCE | 18 |
| IV. MECANISMOS DE INTERVENCIÓN | 19 |

SEGUNDA PARTE

| | |
|---|----|
| MARCO TEÓRICO, NORMATIVO Y ROL DE LAS INSTITUCIONES | 23 |
| I. MARCO NORMATIVO | 23 |
| II. MARCO TEÓRICO | 31 |
| III. ROL DE LAS INSTITUCIONES Y ACTORES INVOLUCRADOS EN LA TEMÁTICA | 33 |

TERCERA PARTE

| | |
|--|----|
| RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEFENSORIAL | 39 |
| I. RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN | 39 |
| II. REVISIÓN DE CASOS | 58 |
| III. TESTIMONIOS | 79 |

CUARTA PARTE

| | |
|--|-----|
| ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y DETERMINACIONES DEFENSORIALES | 101 |
| I. ANÁLISIS POR TEMÁTICAS | 101 |
| II. CONCLUSIONES | 157 |
| II. DETERMINACIONES DEFENSORIALES | 160 |
| BIBLIOGRAFÍA | 165 |

GLOSARIO

| | |
|----------------|--|
| AME | AUDITORÍA MÉDICA EXTERNA |
| AMI | AUDITORÍA MÉDICA INTERNA |
| ASINSA | AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD |
| ASUSS | AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO |
| EC | EXPEDIENTE CLÍNICO |
| INASES | INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD |
| ISO | INTERNATIONAL STANDARD ORGANIZATION (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE NORMALIZACIÓN) |
| POA | PLAN OPERATIVO ANUAL |
| POAI | PROGRAMA DE OPERACIONES ANUAL INDIVIDUAL |
| PRONACS | PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD |
| SEDES | SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD |
| VIH | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA |

PRESENTACIÓN

En la realidad boliviana, día a día emergen nuevas denuncias relativas a la comisión de faltas o errores médicos y consecuentemente, surgen pacientes víctimas que reclaman por justicia o al menos por una reparación del daño causado, medios de comunicación reflejan testimonios impactantes de pacientes y familiares afectados por un determinado acto médico, demuestran cómo continuamente se cometen vulneraciones al derecho a la integridad física, derecho a la salud y derecho a la vida en ciertos actos médicos.

En este contexto, la norma nacional específica establece que la Auditoría Médica Externa es la herramienta idónea para la búsqueda de indicios o evidencias de responsabilidad en casos de mala práctica médica, coadyuvando supuestamente, a que el paciente víctima pueda probar este hecho y así obtener justicia o la reparación del daño, sin embargo, la auditoría en salud no posee una naturaleza punitiva.

El presente informe defensorial, analizará la Auditoría Médica Externa en el marco de su norma específica, exponiendo su ineficiencia e ineficacia para establecer indicios de responsabilidad en el ámbito médico, demostrando cómo este tipo de auditoría se convierte en una carga para el paciente víctima, fuera de la judicial. Igualmente se expondrá el verdadero sentido de la auditoría en salud, bajo la previsión de la Constitución Política del Estado así como de lo expresado en la doctrina y legislación comparada.

La democratización del derecho a la salud implica que el médico, que no contaba con ningún nivel de responsabilidad por sus actos, ahora debe responder por los mismos, siendo que ya no existe una relación de paternalismo con el paciente que ahora demanda explicaciones sobre los actos y muchas veces erróneamente exige resultados como si la medicina fuera una ciencia exacta. En este sentido, la Auditoría Médica Externa dificulta que el profesional de salud responda por sus actos, obstruyendo el acceso a la justicia del paciente afectado; a esto se suma la expectativa errónea de la población en general, al igual que jueces y fiscales, en buscar dentro de la Auditoría Médica Externa, una respuesta técnica y científica que demuestre el presunto acto médico mal realizado.

El presente informe defensorial, explicará detalladamente la transformación del instrumento de la auditoría en salud a causa de la norma, el proceso injusto de Auditoría Médica Externa al que se deben someter los pacientes víctimas y el rol que deberían asumir las diferentes instituciones involucradas ante esta problemática.



1^{ra}
PARTE

CONDICIONES GENERALES

PRIMERA PARTE

CONSIDERACIONES GENERALES

I. ANTECEDENTES

Entre los fines y funciones esenciales del Estado que establece la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, figura la garantía del acceso de las personas a la salud, derecho irrefutable para todos los bolivianos sin distinción, función suprema y primera responsabilidad financiera. La salud, donde debe preponderar la calidad y la calidez en su atención, requiere de mecanismos de control para su corrección, mejora y para que en caso de posibles faltas médicas, el paciente víctima tenga acceso a la justicia, pudiendo restituir sus derechos y/o ser indemnizado en caso de daño, restaurando en lo mejor posible su situación y, consecuentemente, si el caso lo amerita, sancionar al responsable.

El derecho a la salud evolucionó considerablemente en las últimas décadas. Desde la Segunda Guerra Mundial, la medicina se fue tecnificando, las exigencias del paciente se incrementaron y ya no tolera más el fracaso, como si la medicina se hubiera transformado en una ciencia exacta. Es más, desde los años 90' con el internet, la información se difunde rápidamente, por lo que el profesional de salud ya no llega a ser dueño absoluto del conocimiento de la ciencia médica.

LOS CAMBIOS EN EL MÉDICO

Los protagonistas para el cumplimiento de este derecho fundamental son los profesionales de salud, los cuales con el paso del tiempo fueron sujetos de muchos cambios. Parte de su Juramento Hipocrático señala literalmente “(...) *Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones (...) Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza*”; “*Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia*”¹. Es así que encontramos esta idea de probidad, de inocencia y de honestidad. En el principio de los tiempos, el hecho de ser un médico involucraba ser una autoridad moral de notoriedad, quien inclusive curaba sin ser retribuido.

El cambio más evidente es el fin de este “sacerdocio”, de este paternalismo, que era poco o nada remunerado. Los antiguos códigos de deontología médica determinaban que los

1 JURAMENTO HIPOCRÁTICO. (--). JURAMENTO HIPOCRÁTICO. 17/10/19, de JURAMENTO HIPOCRÁTICO
Sitio web: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/hipoc_jur.pdf



honorarios debían ser enmarcados con tacto y mesura, que un médico no podía ser acusado de codicia y que la atención a los indigentes debía ser gratuita. Estas cualidades desaparecieron de los códigos de deontología médica actuales.

LOS CAMBIOS EN EL PACIENTE

El paciente de hoy en día ya no acepta esta relación del sabio (médico) y el ignorante (paciente). Era evidente que existía una condescendencia muy natural. Ahora el paciente cree anticipadamente saber qué es lo que tiene o de qué es lo que adolece, causando una especie de nomadismo médico, donde el paciente va a pasar de un médico a otro hasta encontrar aquel que esté de acuerdo con él.

Surgen los pacientes víctima, que se reagrupan en asociaciones de afectados por errores o faltas médicas, causando así un impacto social.

Por otro lado, las normas relativas a salud cambiaron de terminología, ya no se usa la denominación de “paciente” sino la de “usuario,” y de esta forma dicho paciente se transforma en un “consumidor de salud.” Estos consumidores ahora exigen resultados, contestando lo establecido por los profesionales de salud y exigiendo responsabilidad cuando su integridad física o salud se ven afectadas.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

La responsabilidad médica se remonta a los inicios de la civilización. Sin embargo, históricamente, el médico en inicio fue considerado más como un hechicero. Fue que en el siglo XVIII a.C. surge el Código Hammurabi, donde en sus artículos 215 a 277 se evidencia por primera vez una responsabilidad del médico.

Egipto y la antigua Grecia también reconocieron la responsabilidad del médico, a diferencia de Roma que mediante su *lex Aquila*², hizo difícil el reconocimiento de una responsabilidad específicamente médica.

Durante la Edad Media se produjo una evidente desaparición de este tipo de responsabilidad, debido a la influencia cristiana por la que se consideraba a la enfermedad como un castigo de dios, y a la curación como un acto de redención. El Renacimiento cambió un poco esta mentalidad, sin embargo, el concepto del médico en sí no era tan diferente. El célebre cirujano Ambroise Paré³ declaraba “yo lo pienso, y dios lo cura.”

2 Romina del Valle Aramburu. (--). Desentrañando la esencia de la *lex aquilia*. ¿Reparación resarcitoria o aplicación de una penalidad?. 17/10/19, de Romina del Valle Aramburu Sitio web: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/43643/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3 BBC Mundo. (2018). Ambroise Paré, el barbero convertido en médico de los reyes de Francia que cambió la cirugía para siempre. 17/10/19, de BBC Mundo Sitio web: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43478384>

En Europa los hospitales eran casi siempre lugares religiosos y de caridad, por lo que el médico era jurídicamente impune. La Academia de Medicina de París estableció en 1834 que *“el médico reconoce únicamente por juez, después de dios, a sus pares y no acepta ninguna otra responsabilidad que la moral de su conciencia”*.

Pasando al continente americano, en la época precolombina existieron – y aún persisten – personalidades como el yatiri, médico, adivino y sacerdote que realizaba diagnóstico y curaciones de cualquier tipo de desórdenes físicos, psíquicos y cósmicos. Igualmente, los kallawayas alcanzaron su apogeo en las prácticas médicas⁴. Sin embargo, en este contexto encontramos como en la Edad Media Europea, un oscurantismo en el que estos sabios no eran responsables por sus actos y por posibles daños que hubieran podido cometer.

Durante el periodo de la colonia, en el nuevo mundo se instituye el *“Real Tribunal del Protomedicato, institución médica cuyo objetivo era el de cuidar el ejercicio de las profesiones médicas así como ejercer una función docente y atender la formación de estos profesionales tratando con ello de garantizar un correcto tratamiento médico de los ciudadanos (...) Cuando se estableció el Protomedicato en el Nuevo Mundo, este tribunal vino a llenar un vacío importante por cuanto hasta entonces la atención a la salud de los habitantes se regía por el más primitivo empirismo. En forma perentoria se legisló en el sentido de que sólo podrían ejercer su oficio los médicos, cirujanos, barberos y boticarios que hubiesen sido aprobados por el tribunal protomédico, se vigilaban sus praxis y se actuaba en caso de daños a los pacientes. Los primeros tribunales fueron instituidos en Perú y México”*⁵

Posteriormente surgen los códigos penal y civil en una Bolivia ya independiente. Ambos códigos como lo sabemos, provienen del derecho francés consagrado en los Códigos Napoleón de 1804 y 1810, y es en estos textos en los que se aclara la noción de responsabilidad en los respectivos ámbitos, sin especificidad alguna para la profesión médica. Empero, estos instrumentos permiten ya tratar los comportamientos reprochables de los médicos, ya sea mediante una responsabilidad civil o penal. Es en el siglo XIX que se pone fin a la impunidad e inmunidad de los profesionales de salud, no en un afán de persecución, sino en un establecimiento de responsabilidades como para cualquier otra profesión. Desde esos tiempos surgieron causas en las cuales la responsabilidad del médico se ve comprometida, siendo el paciente víctima el que lleva la carga de la prueba.

Legislaciones más avanzadas ya afirman que existe un contrato entre el médico y el paciente, y su violación, inclusive involuntaria, debe ser sancionada por una responsabilidad

4 Antonio Dubravcic Luksi. (2016). HISTORIA DE LA MEDICINA BOLIVIANA (CHUQUISACA). 17/10/19, de portalsucre Sitio web: <http://adubra100.blogspot.com/2016/01/historia-de-la-medicina-boliviana.html>

5 Historia del Nuevo Mundo. (2017). Historia del Nuevo Mundo. 17/10/19, de Historia del Nuevo Mundo Sitio web: <https://www.historiadelnuevomundo.com/index.php/2015/01/el-protomedicato-de-indias-control-sanitario-en-el-nuevo-mundo/>



de la misma naturaleza, quiere decir contractual. Se determinó, igualmente, el objeto de la obligación de este contrato, que es una obligación de medios, no de resultados. El médico se compromete a intentar, de la manera más idónea posible, curar al enfermo, o al menos de proporcionarle los cuidados y tratamientos más consientes, atentos y de conformidad a lo establecido por la ciencia médica.

Hoy en día se tiene una concepción más consumista del contrato médico. El enfermo es considerado como un consumidor de salud, despersonalizándose la relación médico paciente.

Conforme a esta evolución, en Bolivia, hoy en día, las denuncias sobre presunta mala práctica médica aumentaron de manera significativa. Diferentes medios de comunicación exponen de manera continua diversos casos controversiales de posibles faltas cometidas por profesionales de salud. Solo en la pasada y presente gestión, se leen noticias como “Mala praxis médica o reacción alérgica, la lucha eterna de una familia de Yacuiba”⁶, “Fiscalía investiga muerte por supuesta negligencia médica en hospital Cossmil”⁷, “La Defensoría recibió 15 denuncias de negligencia médica en 7 meses”⁸, “Solo hay 2 auditores médicos para casi 2 millones de personas”⁹ o “Inician auditoría por denuncia de negligencia médica en hospital de Cobija”¹⁰.

Cada una de estas noticias relata historias de pacientes afectados en su salud e integridad física dentro de hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios y otros establecimientos sanitarios. Se encuentran faltas como la del no respeto al consentimiento, error en el diagnóstico, impericia, imprudencia, falta de información y la más nombrada por la sociedad, la negligencia.

En cada uno de estos casos, los pacientes víctimas buscan la restitución de sus derechos de manera oportuna, la indemnización por el daño físico y moral sufrido, o inclusive, la sanción al responsable en caso de que el daño fuera muy grave.

-
- 6 La Voz de Tarija. (2019). Mala praxis médica o reacción alérgica, la lucha eterna de una familia de Yacuiba. 17/10/19, de La Voz de Tarija Sitio web: <https://www.lavozdetarija.com/2019/07/27/mala-praxis-medica-o-reaccion-alergica-la-lucha-eterna-de-una-familia-de-yacuiba/>
 - 7 Pamela Pomacahua. (2019). Fiscalía investiga muerte por supuesta negligencia médica en hospital Cossmil. 18/10/19, de Pagina Siete. Sitio web: <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2019/5/31/fiscalia-investiga-muerte-por-supuesta-negligencia-medica-en-hospital-cossmil-219730.html>
 - 8 Wilma Pérez. (2018). La Defensoría recibió 15 denuncias de negligencia médica en 7 meses. 18/10/19, de La Razón. Sitio web: http://www.la-razon.com/sociedad/Negligencia-medica-familias-ayuda-Defensor_0_2999700013.html
 - 9 EJU!. (2018). Solo hay 2 auditores médicos para casi 2 millones de personas. 02.08.2019, de EJU! Sitio web: <https://eju.tv/2018/09/solo-hay-2-auditores-medicos-para-casi-2-millones-de-personas/>
 - 10 Paola Chávez. (2018). Inician auditoría por denuncia de negligencia médica en hospital de Cobija. 02.08.2019, de La Razón Sitio web: http://www.la-razon.com/sociedad/auditoria-salud-vivienda-social_0_3065093504.html

En este sentido, la Defensoría del Pueblo como instancia de defensa y restitución de los derechos humanos, presta especial atención al acceso de la población de pacientes víctimas a la justicia, que buscan restablecer sus derechos, obtener una reparación de daños y si amerita el caso, que se establezca una sanción administrativa, civil, penal e inclusive, deontológica del responsable. Lo que se busca es establecer si la normativa vigente prevé los instrumentos idóneos para que un paciente afectado por un error o falta médica, pueda acceder a la justicia, pudiéndose determinar la posible responsabilidad civil, penal o administrativa.

Uno de los acontecimientos más sólidos en la evolución normativa sobre la salud, comienza con la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico y con su Decreto Reglamentario N° 28562 de agosto y diciembre de 2005 respectivamente. Posteriormente, comienzan a emerger nuevas disposiciones legales enfocadas a la estructuración del sistema de salud, tales como la Ley N° 475 y la Ley N° 1152, y otras más específicas como la “Guía Básica de Conducta Sanitaria”, el “Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica”, la “Norma Técnica del Expediente Clínico”, entre otros.

Esta es una de las razones por las que en la última década hubo un incremento alarmante de cifras de denuncias relativas a “negligencia médica”, término utilizado de manera discrecional – y a veces errónea- para denominar cualquier acto médico considerado atentatorio contra la salud del usuario.

II. JUSTIFICACIÓN

En un contexto de medicina tecnificada y creciente demanda de servicios de salud, muchos usuarios llegan a ser pacientes víctimas de actos médicos no acertados, originados por impericias, imprudencias, reacciones inesperadas, infecciones nosocomiales, errores humanos, falta de cumplimiento a procedimientos, riesgos injustificados e inclusive actos negligentes.

Diversas denuncias de mala praxis que se conocen por medios de comunicación a nivel nacional, hacen notar el tedioso camino y proceso de denuncia por parte de pacientes víctima contra actos médicos que afectaron su salud, integridad física o inclusive, su vida.

Asociaciones de pacientes víctimas declararon ante medios de comunicación que solo en el primer semestre de 2019, se reportaron 250 denuncias contra profesionales de salud tan solo en el eje troncal del país. Establecen que muchos casos no son ni siquiera denunciados debido a que las familias afectadas se percatan del gran gasto que implica demandar a un médico, y si tuvieran la capacidad económica de hacerlo, aun así se evidenciaría que en la realidad solo dos casos obtuvieron una sentencia. Igualmente, señalan que los llamados casos de “negligencia médica” afrontan largos juicios, donde se solicitan auditorías médicas



las cuales no llegan a ser efectivizadas por la escasa cantidad de auditores acreditados, resultando que muchas veces por los tiempos de espera, varios casos quedan en la impunidad.

En el contexto boliviano, la auditoría médica está siendo normada y socialmente considerada como una pieza esencial para la determinación de una posible mala práctica médica. Presuntos pacientes víctimas apoyan sus esperanzas en estos pronunciamientos para poder aspirar a la justicia. Por ende, es necesario realizar un examen a la eficiencia de este instrumento, aclarando qué aspectos son obligatorios en un debido proceso en temas de responsabilidad médica, tanto como para que el presunto paciente víctima pueda acceder a la justicia y como para que el profesional de salud tenga un debido derecho a la defensa.

Para el presente estudio es fundamental considerar los elementos principales para la apreciación de la culpa en materia médica, ¿qué es lo que significa una buena práctica profesional? y ¿en qué deriva su no cumplimiento? Es necesario saber si el instrumento de la auditoría médica es efectivamente el más idóneo para encontrar la verdad material de los hechos dentro de un proceso, para intentar reparar el daño causado al paciente víctima. ¿Cuál es el alcance del instrumento de la AME? ¿Cuál es el valor probatorio de un informe de auditoría médica dentro de un proceso?

Se debe conocer la percepción de la legislación comparada sobre la auditoría médica, si tiene la misma naturaleza y el peso probatorio en relación al contexto boliviano. ¿Es que se trata igualmente de un medio inclusive de juzgamiento y punición?

El Manual en Auditoría en Salud y Norma Técnica que debe ser seguido por los auditores médicos para establecer correcciones, mejoras e inclusive determinaciones punitivas en el sistema de salud; debe ser analizado como una norma jurídica que determina requisitos, actores, plazos, recusaciones e inclusive, instancias de apelación.

Para estos fines, se deben tener nociones claras sobre lo que implican los términos de auditoría médica, auditoría médica interna, auditoría médica externa, debido proceso, imparcialidad, experticia, pericia, expediente clínico, acreditación, conciliación, arbitraje, deontología médica, entre otros, lo cual ayudará a establecer hasta qué punto la auditoría médica externa puede influir, probatoriamente, dentro de un debido proceso de un presunto paciente víctima que busca justicia.

Tan solo los datos del Sistema de Servicio al Pueblo (SSP) de la Defensoría del Pueblo, reportan 129 denuncias de casos relativos a posibles malas prácticas médicas desde la gestión 2016 hasta lo que va del presente año:

| OFICINA | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | TOTAL |
|--------------|------|------|------|------|-------|
| La Paz | 15 | 16 | 8 | 6 | 45 |
| Tarija | 6 | 3 | 5 | 1 | 15 |
| Oruro | 3 | 6 | 3 | | 12 |
| El Alto | 4 | 2 | 3 | 2 | 11 |
| Cochabamba | 2 | 2 | 4 | 2 | 10 |
| Santa Cruz | | 2 | | 6 | 8 |
| Chuquisaca | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| Yacuiba | 3 | 2 | | | 5 |
| Beni | 3 | | | | 3 |
| Chapare | 1 | | 2 | | 3 |
| Pando | | | 2 | 1 | 3 |
| Potosí | 1 | | 2 | | 3 |
| Riberalta | 1 | 1 | | | 2 |
| Llallagua | | | | 1 | 1 |
| Monteagudo | | 1 | | | 1 |
| TOTAL | 41 | 37 | 31 | 20 | 129 |

La presente investigación defensorial pretende describir el proceso por el cual debe atravesar el denominado paciente víctima o sus cercanos, para alcanzar justicia y restituir sus derechos; así como demostrar el valor de una auditoría médica dentro de un proceso en el cual se involucran diversos actores como médicos, paramédicos, personal administrativo del establecimiento de salud, auditores médicos, paciente víctima, fiscales, jueces, Colegio Médico, SEDES, ASUSS, Ministerio de Salud; y en cuanto a documentos de vital importancia están el Expediente Clínico, informes médicos, informes de auditoría médica interna o externa, requerimientos judiciales y fiscales, entre otros. Todos estos integran un conjunto de procesos burocráticos que impiden a cualquier paciente víctima acceder a una reparación del daño, a que el responsable sea sancionado y al intento de prevención para que no acontezca un suceso de esta naturaleza.

Llama la atención la desproporcionalidad entre casos denunciados y casos concluidos por supuesta mala práctica médica, donde se pudo aspirar a un nivel de justicia para la víctima. Situación que se explicará en el presente informe, ahondando en la instancia de la auditoría médica por la cual debe pasar un paciente víctima para así, finalmente, proponer



posibles alternativas a reconsiderarse hasta un ámbito de justicia alternativa en el marco de la deontología y ética médica.

Por otra parte, existe una ausencia o vacío normativo en cuanto a la mala práctica médica, a sistemas de indemnización a pacientes víctimas y a seguros de responsabilidad civil para los profesionales de salud. Dichos temas deben ser reglamentados como lo establece la Constitución en su Artículo 39 parágrafo II, y al mismo tiempo, reforzar también los mecanismos de acceso a la justicia para el paciente víctima.

III. OBJETIVO Y ALCANCE

OBJETIVO PRINCIPAL

Evidenciar que la AME constituye una limitante al acceso a una justicia pronta y oportuna a favor del paciente víctima, debido a que no es un instrumento idóneo para determinar indicios de mala práctica médica y desvirtuar la concepción errada que se tiene a partir de la norma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Exponer el sentido que la Norma Técnica de Auditoría en Salud otorga a la AME.
2. Describir el rol y las facultades del auditor dentro de una AME.
3. Evidenciar el EC como objeto de estudio principal de la AME.
4. Advertir el incumplimiento de la reglamentación de la AME dentro de la Norma Técnica de Auditoría en Salud.
5. Evidenciar el grado de eficacia y eficiencia de la AME.
6. Analizar el requisito de la acreditación para los auditores médicos.
7. Evidenciar el alcance de información del paciente víctima sobre el acceso a la justicia.
8. Determinar la naturaleza de la conciliación y arbitraje en la Norma Técnica de Auditoría en Salud.
9. Establecer el rol del Tribunal de Ética del Colegio Médico frente a casos de mala práctica médica.

ALCANCE DE LA INTERVENCIÓN

La investigación tuvo un alcance nacional abarcando al Ministerio de Salud, la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social (ASUSS), SEDES La Paz y SEDES Cochabamba; así como al Ministerio Público, Colegio Médico de Bolivia y Asociaciones de Víctimas de Negligencia Médica.

IV. MECANISMOS DE INTERVENCIÓN

Se propuso como mecanismos de intervención los siguientes:

- **Requerimiento de Informe Escritos**
Dirigido al Ministerio de Salud, Ministerio Público, Directores Técnicos SEDES, ASUSS, Colegio Médico de Bolivia.
- **Revisión documental**
De informes de auditorías médicas externas, bajo determinados criterios para la revisión de los expedientes.
- **Testimonios**
De pacientes víctima, familiares, bajo determinados criterios para la toma de testimonios.



2^{da}
PARTE

MARCO

**TEÓRICO, NORMATIVO
Y ROL DE LAS INSTITUCIONES**

SEGUNDA PARTE

MARCO TEÓRICO, NORMATIVO Y ROL DE LAS INSTITUCIONES

I. MARCO NORMATIVO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Artículo 9.-

Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo

Artículo 18.-

- I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y 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 35.-

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36.-

- I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.



Artículo 37.-

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38.-

- I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.
- II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39.-

- I. 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.
- II. 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.

CÓDIGO CIVIL

Artículo 1331.- (Prueba de Expertos)

Cuando se trate de apreciar hechos que exijan preparación y experiencia especializadas, se puede recurrir a la información de expertos, en la forma que dispone el Código del Procedimiento Civil.

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL

Artículo 430.- (Procedencia)

Será admisible la prueba pericial cuando la apreciación de los hechos controvertidos requiriere conocimientos especializados en alguna ciencia, arte, industria o técnica. (Artículos 374, 427).

Artículo 431.- (Puntos de Pericia)

- I. La parte que deberá producir la prueba de peritos establecerá en el escrito de la solicitud los puntos sobre los cuales versará esa prueba.

- II. Al darse traslado a la parte adversa, ella podrá objetarla o agregar nuevos puntos.
- III. El juez fijará los puntos de pericia, pudiendo agregar otros o eliminar los que considerare improcedentes o superfluos. (Artículos 371, 378)

Artículo 432.- (Designación de Peritos)

Las partes designarán de común acuerdo uno o dos peritos, pudiendo dejar al arbitrio del juez la designación. Si no hubiere acuerdo designarán uno por parte; el juez podrá nombrar un tercero.

Artículo 433.- (Recusación)

Los peritos nombrados de oficio podrán ser recusados dentro de tercero día por cualquiera de las causas previstas respecto a los jueces. También serán recusables por falta de título profesional o por incompetencia notoria en la materia de dictaminarse.

Artículo 434.- (Resolución)

La recusación será resuelta en la vía incidental, sin recurso ulterior. Si fuere probada, el juez reemplazará al perito o peritos, sin otra sustanciación.

Artículo 435.- (Aceptación del Cargo)

- I. Los peritos aceptarán personalmente el cargo, bajo juramento. Les serán entregados, si fuere posible, todos los antecedentes de la cuestión sobre la que deberán dictaminar.
- II. Si el perito no aceptare el cargo, el juez, dentro de tercero día, nombrará otro en su reemplazo, de oficio y sin otro trámite.

Artículo 436.- (Cumplimiento del Cargo)

- I. Los peritos deberán expedir su dictamen dentro del plazo prudencial que el juez le señale, el cual no podrá exceder del plazo probatorio.
- II. Los peritos practicarán la diligencia conjuntamente, a menos que tuvieren razón especial para lo contrario. Las partes y sus abogados podrán asistir y hacer las observaciones que creyeren oportunas, debiendo retirarse cuando los peritos pasaren a deliberar. (Artículo 534).

Artículo 437.- (Remoción)

- I. Será removido el perito que después de haber aceptado el cargo renunciare sin motivo atendible, rehusare dar su dictamen o no lo presentare oportunamente. El juez, de oficio, nombrará otro en su lugar y condenará al primero a pagar los gastos de las diligencias frustradas y los daños y perjuicios ocasionados a las partes, si éstas los reclamaren. El reemplazado perderá el derecho a cobrar honorarios.
- II. La negligencia de uno de los peritos no excusará a los otros, quienes deberán realizar las diligencias y dictaminar dentro del plazo.



Artículo 438.- (Dictamen Inmediato)

Cuando el objeto de la diligencia pericial fuere de tal naturaleza que permitiere a los peritos dictaminar inmediatamente, así deberán hacerlo en audiencia o por escrito.

Artículo 439.- (Planos, Exámenes Científicos y Reconstrucciones de Hechos).

I. El juez de oficio o a pedido de parte podrá ordenar:

- 1) La ejecución de planos, reproducciones fotográficas, cinematográficas u otras de objetos, documentos o lugares con empleo de medios mecánicos.
- 2) Exámenes científicos necesarios para el mejor esclarecimiento de los hechos controvertidos.
- 3) Reconstrucciones de hechos para comprobar si se realizaron o pudieron realizarse de una manera determinada.

II. A estos efectos podrá disponer que comparezcan los peritos y testigos.

Artículo 440.- (Entrega del Dictamen)

I. Los peritos entregarán su dictamen por escrito con copias para las partes. Los que estuvieren conformes extenderán un solo texto firmado por todos; los disidentes podrán hacerlo por separado.

II. Recibido el dictamen se comunicará a las partes y éstas podrán, dentro de tercero día, pedir al juez recabar de los peritos las aclaraciones convenientes y conexas.

III. El juez accederá a esta petición si la considerare fundada. Su resolución será inapelable.

IV. El juez podrá también llamar a los peritos a su despacho y pedirles verbalmente o por escrito las aclaraciones del caso. (Artículos 436, 438)

Artículo 441.- (Fuerza Probatoria del Dictamen Pericial)

La fuerza probatoria del dictamen pericial será estimada por el juez teniendo en consideración la competencia de los peritos, la uniformidad o disconformidad de sus opiniones, los principios científicos en que se fundaren, la concordancia de su aplicación con las reglas de la sana crítica y demás pruebas y elementos de convicción que la causa ofreciere.

Artículo 442.- (Informes Científicos o Técnicos)

I. Cuando el dictamen pericial requiriere operaciones o conocimiento de alta especialización, el juez, de oficio o a petición de parte podrá pedir informes a cualesquiera entidades públicas o privadas especializadas y autorizadas en los conocimientos correspondientes.

II. A pedido de las entidades privadas se fijará el honorario que les tocara percibir.

Artículo 443.- (Gastos y Honorarios)

- I. Los gastos y honorarios de los peritos correrán a cargo de la parte que solicitare la pericia. Los de los peritos nombrados de oficio serán pagados a prorratas por las partes.
- II. Los honorarios serán regulados por el juez tomando en cuenta la importancia del trabajo realizado.

LA LEY N° 025 DEL ÓRGANO JUDICIAL

Artículo 115.- El Tribunal Supremo de Justicia y los Tribunales Departamentales de Justicia, en coordinación con el Consejo de la Magistratura, organizarán cada año un Registro Público de peritos, intérpretes y traductores que acrediten su idoneidad de acuerdo a reglamento a los fines establecidos en las leyes.

REGLAMENTO DEL REGISTRO Y ACTUACIÓN DE PERITOS, INTÉRPRETES Y TRADUCTORES

Artículo 3.- (Finalidad).- El presente Reglamento tiene por finalidad reglamentar el registro y la actuación de los Peritos, Intérpretes y Traductores, como apoyo a los administradores de justicia, partes procesales y toda persona que lo necesite, contando con un Registro organizado y actualizado de profesionales y técnicos especialistas en determinadas ciencias, artes u oficios.

LEY N° 3131 DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

Artículo 15.- (Auditoría Médica) La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.

Artículo 16.- (Auditores Acreditados) La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como auditores médicos por el Ministerio del área de Salud en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia, con el apoyo de otros profesionales en determinadas circunstancias.

DECRETO REGLAMENTARIO N° 28562 A LA LEY N° 3131 DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

Artículo 16.- (Auditoría médica interna) La auditoría médica constituye un proceso unitario, educativo, preventivo y, según corresponda, también correctivo. Según el propósito, puede ser interna o externa.



La auditoría médica interna constituye un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento y mejoramiento de la calidad en salud, que comprende la evaluación de la estructura, proceso y resultados, conducida por los Comités de Auditoría Médica, bajo supervisión del Departamento o responsable de Gestión de Calidad y Auditoría Médica institucional.

En caso que el Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, en el proceso rutinario de auditoría interna, encuentre indicios de mala práctica médica, deberá requerir la realización de una auditoría externa a la máxima autoridad departamental de salud.

En el primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud), las auditorías internas serán asimiladas a los procesos de auto-evaluación mensual mediante instrumentos vigentes emitidos por el Ministerio del área de Salud.

Artículo 17.- (Auditoría médica externa) La auditoría médica externa es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico.

La Autoridad Departamental de Salud en cumplimiento de la normativa vigente, conformará las Comisiones Departamentales de Auditoría Médica, en un plazo máximo de 48 horas de presentada la solicitud, sin que ello implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN.

Si la denuncia de mala práctica médica, involucra al sector de la Seguridad Social de Corto Plazo, la Autoridad Departamental de Salud solicitará la intervención del Instituto Nacional de Seguros de Salud – INASES (ahora ASUSS), para que en uso de sus atribuciones, realice la auditoría médica externa.

La auditoría médica interna y la auditoría médica externa, en caso de los sectores Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro, son de competencia de la autoridad de salud departamental.

Artículo 18.- (Requisitos) Para ser acreditado como auditor médico se debe cumplir los siguientes requisitos:

- Nivel de postgrado en Auditoría Médica (Diplomado como mínimo, equivalente a 600 horas académicas), otorgado por una Universidad reconocida por el CEUB o el Ministerio de Educación.
- Experiencia profesional de 10 años como mínimo.
- No tener resolución ejecutoriada por responsabilidad ejecutiva o administrativa, ni sentencia civil o penal.

- No tener pliego de cargo ejecutoriado.

CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA

Artículo 1.- (Definición)

El Código de Ética y Deontología Médica es el conjunto de normas que atañen al médico en su relación con el paciente, la sociedad y su entorno, en el ejercicio de su profesión.

ESTATUTO Y REGLAMENTO DE LOS TRIBUNALES DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA, COMITÉS DE BIOÉTICA Y COMITÉS DE NORMAS DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA.

Artículo 1.- (Definición)

El ámbito Ético y Deontológico, Bioético y de los Comités de Normas de Investigación Biomédica son las instancias del Colegio Médico de Bolivia que, organizadas a su vez en instancias nacionales, departamentales y provinciales tratan de los temas inherentes a sus competencias definidas en el presente Estatuto Orgánico.

CÓDIGO PENAL

Artículo 270.- (Lesiones Gravísimas).

Incurrirá el autor en la pena de privación de libertad de tres (3) a nueve (9) años, cuando de la lesión resultare:

- 1) Una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable.
- 2) La debilitación permanente de la salud o la pérdida o uso de un sentido, de un miembro o de una función.
- 3) La incapacidad permanente para el trabajo o la que sobrepase de ciento ochenta (180) días 4) La marca indeleble o la deformación permanente del rostro.
- 5) El peligro inminente de perder la vida. Si la víctima fuera una Niña, Niño o Adolescente la pena será agravada en dos tercios. (Modificado por el artículo 7 de la Ley N° 054 de 8 de Noviembre de 2010, de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes).

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 (30) a ciento ochenta (180) días, será sancionado con reclusión de dos (2) a seis (6) años. Si la incapacidad fuere hasta veintinueve (29) días se impondrá al autor reclusión de seis (6) meses a dos (2) años o prestación de trabajo hasta el máximo. Si la víctima



fuera una Niña, Niño o Adolescente, la pena en el primer caso será de reclusión de cinco (5) a diez (10) años y en el segundo caso de cuatro (4) a ocho (8) años. (Modificado por el artículo 8 de la Ley N° 054 de 8 de Noviembre de 2010, de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes).

Artículo 272.- (Agravación y Atenuación)

En los casos de los dos artículos anteriores, la sanción será agravada en un tercio del máximo o mínimo, cuando mediaren las circunstancias enumeradas en el artículo 252; y disminuida en la mitad, si se tratare de las que señalan los artículos 254 y 259.

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 esta hubiere sido querida por el autor, pero que pudo haber sido prevista, será sancionado con privación de libertad de tres (3) a ocho (8) años.

Si se tratare de los casos previstos en el artículo 254, párrafo primero, la sanción será disminuida en un tercio.

La sanción privativa de libertad será agravada en dos tercios, si la víctima del delito resultare ser Niña, Niño o Adolescente. (Modificado por el artículo 9 de la Ley N° 054 de 8 de Noviembre de 2010, de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes).

Artículo 274.- (Lesiones Culposas)

El que culposamente causare a otro alguna de las lesiones previstas en este capítulo, será sancionado con multa hasta de doscientos cuarenta días o prestación de trabajo hasta un año.

Si la víctima del delito resultare ser Niña, Niño o Adolescente, se aplicará una pena privativa de libertad de dos a cuatro años. (Modificado por el artículo 10 de la Ley N° 054 de 8 de Noviembre de 2010, de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes).

MANUAL DE AUDITORÍA EN SALUD Y NORMA TÉCNICA APROBADO POR RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 090 DE 26 DE FEBRERO DE 2008

Artículo 1. (Objeto).- Regular los procedimientos de Auditoría en Salud con el objeto de evaluar la estructura, procesos y resultados inherentes a la prestación de servicios de salud.

II. MARCO TEÓRICO

El marco teórico abordará definiciones básicas utilizadas en el desarrollo de la investigación:

Auditoría Médica. Procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.¹¹

Auditoría Médica Interna. Proceso de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento. Se genera en la propia organización, con recursos propios, sobre las bases de las propias normas operativas.¹²

Auditoría Médica Externa. Proceso de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento. Se efectúa a través de la contratación de una organización externa ad hoc especializada, no dependiente del ente institucional que la auspicia y por cuya cuenta debe trabajar.¹³

Auditor. Persona capacitada y experimentada que se designa por una autoridad competente, para revisar, examinar y evaluar los resultados de la gestión administrativa y financiera de una dependencia o entidad, con el propósito de informar o dictaminar acerca de ellas, realizando las observaciones y recomendaciones pertinentes para mejorar su eficacia y eficiencia en su desempeño. Originalmente, la palabra que se define significa “oidor” u “oyente”. El origen de su uso en la contaduría puede encontrarse en épocas remotas en Inglaterra, cuando pocas personas sabían leer y las cuentas de los grandes propietarios eran “oídas” en vez de ser examinadas como se hace en la actualidad¹⁴.

Debido proceso. Conjunto de condiciones y requisitos de carácter jurídico y procesal que son necesarios para poder afectar legalmente los derechos de los gobernados.¹⁵

Imparcialidad. Condición esencial que debe revestir a los juzgadores que tienen a su cargo el ejercicio de la función jurisdiccional, la cual consiste en el deber que tienen de ser ajenos

11 Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico

12 Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría - Ministerio de Salud, Auditoría Médica y garantía de calidad de gestión sanitaria

13 Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría - Ministerio de Salud, Auditoría Médica y garantía de calidad de gestión sanitaria

14 Definición.org. (2019). Definición de auditor. 17/10/19, de Definición.org Sitio web: http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina_con_formato_version_oct/apa.htm

15 EL DEBIDO PROCESO COMO DERECHO HUMANO Cipriano GÓMEZ LARA



o extraños a los intereses de las partes en controversia y de dirigir y resolver el juicio sin favorecer indebidamente a ninguna de ellas.¹⁶

Experticia. Medio particularmente empleado para transmitir al proceso nociones técnicas y objetos de prueba, para cuya determinación y adquisición se requieren conocimientos especiales y capacidad técnica.¹⁷

Pericia. Medio probatorio por el que la parte puede solicitar al juzgador que sea admitida como prueba la declaración de un perito en una materia por ser necesarios conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para explicar y valorar hechos relevantes al objeto de la litis.¹⁸

Expediente Clínico. Conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera el estado de salud – enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento.¹⁹

Acreditación. Procedimiento por el cual un organismo con autoridad reconoce, formalmente, que un organismo o un individuo es competente para llevar a cabo tareas específicas.²⁰

Conciliación. Mecanismo Alternativo de Solución de Controversias mediante el cual los intervinientes, en libre ejercicio de su autonomía, proponen opciones de solución a la controversia penal en que se encuentren involucrados. En la conciliación interviene un facilitador que, además de propiciar la comunicación entre los intervinientes podrá, sobre la base de criterios objetivos, presentar alternativas de solución.²¹

Arbitraje. Se refiere al proceso de solución de conflictos —distinto a la jurisdicción estatal— mediante el cual se dirimen controversias entre intereses particulares y surge de sus voluntades, las que se expresan en un compromiso por medio del cual prefieren concordar sus entredichos con base en el consejo o avenencia de otra persona de su confianza (física

16 Diccionario jurídico México. (2019). Imparcialidad. 02.08.2019, de Diccionario jurídico México Sitio web: <http://www.diccionariojuridico.mx/definicion/imparcialidad/>

17 RUBEN SANZ. (--). DEFINICION DE EXPERTICIA EXPERIMENTAL . 02.08.2019, de -- Sitio web: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/53/53-9.pdf>

18 Enciclopedia Jurídica Onlin. (2019). Prueba-Pericial. 02.08.2019, de Enciclopedia Jurídica Onlin Sitio web: <https://diccionario.leyderecho.org/Prueba-Pericial/>

19 Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico.

20 Enciclopedia Jurídica Onlin. (2019). Acreditación. 02.08.2019, de Enciclopedia Jurídica Onlin Sitio web: <https://diccionario.leyderecho.org/acreditacion/>

21 Diccionario jurídico México. (2019). Conciliación. 02.08.2019, de Diccionario jurídico México Sitio web: <http://www.diccionariojuridico.mx/definicion/conciliacion/>

o colectiva) a la que regularmente se le llama “árbitro”, “avenidor” o “arbitrador”, en cuyas manos las partes eligen colocar voluntariamente la respuesta al problema que las enfrenta, buscando lograr así, el esclarecimiento del conflicto con una decisión práctica y sustancialmente diversa de la jurisdicción, que proviene de la autodeterminación de las sociedades que deciden entregar al Estado la potestad pública de tutelar los conflictos intersubjetivos en juicios.²²

Deontología médica. La deontología médica trata del estudio de los derechos y obligaciones que se adquieren por el hecho de ser un profesional de la salud. La palabra deontología viene del griego deon, deber, y logos, estudio. Constituye un enfoque de la ética que determina el bien y el mal a partir de actos, más allá de las consecuencias o las intenciones, llevándose siempre por el deber de actuar de cierta manera. Este concepto coincide con el de la ética médica, un código de conducta único para los médicos, por el cual se ejercen altos estándares de ética y moral en el actuar profesional. La misma posición de paciente pone a esta persona en una situación de vulnerabilidad y subordinación, depositando todo el poder en el médico, forzándolo a confiar en su conocimiento y voluntad de trabajo. Incluso la palabra paciente viene del latín *patiens* y significa “el que sufre”. Por ello se requiere una serie de leyes no escritas para evaluar el accionar del doctor en la práctica interna.

III. ROL DE LAS INSTITUCIONES Y ACTORES INVOLUCRADOS EN LA TEMÁTICA

La CPE, aprobada el 7 de febrero de 2009, garantiza el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado, de acuerdo al Artículo 39, siendo el Estado responsable de regular y vigilar estos servicios a través de las auditorías médicas que tienen por objetivo evaluar el trabajo del personal en salud, la infraestructura y el equipamiento, debiendo sancionarse las acciones u omisiones negligentes en la práctica médica.

MINISTERIO DE SALUD

El Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009 de Organización del Órgano Ejecutivo, modificado por los Decretos Supremos N° 1868 de 22 de enero de 2014 y N° 3058 de 22 de enero de 2017, señalan las atribuciones de la Ministra(o) de Salud, en su Artículo 90 inciso n) señala como atribución de la Ministra(o) de Salud, “*Elaborar normas de Auditoría Médica que evalúen la calidad de la atención de las prestaciones de salud para determinar casos de mala praxis médica.*”

22 Diccionario jurídico México. (2019). Arbitraje. 02.08.2019, de Diccionario jurídico México Sitio web: <http://www.diccionariojuridico.mx/definicion/arbitraje/>



En cumplimiento a sus atribuciones, el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008, aprueba el Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica, que tiene por objeto regular los procedimientos de auditoría en salud con la finalidad de establecer medidas propositivas, preventivas y correctivas, para el mejoramiento de los servicios de salud en todo el territorio nacional con calidad y satisfacción de los usuarios.

El Ministerio de Salud, además, tiene la facultad de acreditar a los auditores médicos en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia, de acuerdo al Artículo 16 de la Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131 de 8 de agosto de 2005, considerando, asimismo, que el Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090, señala en su Artículo 4 numeral 4.7, que las auditorías médicas externas deben ser practicadas por auditores acreditados externos al establecimiento de salud.

Por su parte, la Máxima Autoridad del Ministerio de Salud por iniciativa propia puede determinar la realización de una AME a través de su Unidad de Servicios de Salud y Calidad conforme señala el numeral 42.1 del Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090.

Además, la Máxima Autoridad jerárquica del Ministerio de Salud es la encargada de considerar la admisión de apelaciones a los informes finales de auditorías médicas externas emitidas por el SEDES, para su revisión a través de una nueva comisión de acuerdo a los Artículos 60 y 61 del Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008.

SEDES

Los Servicios Departamentales de Salud tienen como misión fundamental la de ejercer como Autoridad de Salud en el ámbito departamental, así como establecer, controlar y evaluar permanentemente la situación de salud en el Departamento de acuerdo al Decreto Supremo N° 25233 de 27 de noviembre de 1998.

La actuación y procedimiento en auditorías médicas externas del SEDES se encuentra descrito en el Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008, mismo que se detalla:

La Máxima Autoridad del SEDES, por iniciativa propia, podrá determinar la realización de una AME a través de su Unidad de Calidad de acuerdo al Artículo 42, numeral 42.2 del referido Manual.

Las solicitudes de auditorías médicas externas efectuadas por los pacientes o usuarios de los servicios de salud son recibidos por el Director Técnico del SEDES, quien las encamina a la Unidad de Calidad del propio SEDES para la prosecución del procedimiento de acuerdo al Artículo 46 del referido Manual.

La Unidad de Calidad del SEDES es la que convoca a la conformación de la Comisión Departamental de AME, instancia que es autónoma, externa y se encuentra integrada por no menos de dos médicos auditores acreditados para realizar la Auditoría Médica Externa, que en ningún caso deberán ser funcionarios del mismo establecimiento de salud de donde procede la solicitud de auditoría; al efecto se realiza sorteo de la nómina de auditores autorizados y acreditados por el Ministerio de Salud en coordinación con el Colegio Médico, para el respectivo departamento del país de acuerdo al Artículo 4, numeral 4.24 y Artículos 47 y 48 del Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090; admitida la auditoría médica externa, la Comisión Departamental de AME realiza la evaluación técnica y emite el informe final.

El Director Técnico del SEDES es el encargado de resolver las recusaciones que se presenten de cualquiera de los auditores médicos integrantes de la Comisión Departamental de AME, de acuerdo al Artículo 50 y siguientes del referido Manual.

En el marco del Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica, es competencia del Director Técnico del SEDES la ejecución de las siguientes medidas: El cumplimiento de las recomendaciones y del plan correctivo de acción rápida descrito en el numeral 64.1, así como la instauración del proceso administrativo por las autoridades respectivas según normas establecidas para el efecto conforme al numeral 64.2; remitir a conocimiento del Ministerio Público la existencia de indicios de responsabilidad penal conforme dispone el procedimiento descrito en el numeral 64.4; y la notificación de los resultados finales al Ministerio de Salud así como la ejecución de las medidas adoptadas ante indicios o evidencias de responsabilidad.

Por otra parte, si el informe final de AME concluye que no existen indicios o evidencias de mala práctica médica de los sujetos pasivos, la Autoridad Departamental en Salud, en uso de sus atribuciones y mediante nota expresa, liberará de los cargos que motivaron la AME a dichos sujetos pasivos como señala el numeral 63 del Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica.

ASUSS

La Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo ASUSS, tiene la atribución de realizar auditorías médicas externas, previa realización de una auditoría médica interna, salvo casos excepcionales establecidos en reglamentación específica de acuerdo al Artículo 11 del Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018, debiendo notificar de su inicio y remitir una copia del informe final a su conclusión al Ministerio de Salud y al SEDES que corresponda, conforme señala el Artículo 42, numeral 42.3 del Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial Nro. 0090.



OTROS ACTORES

PACIENTE O USUARIO

Además de los actores descritos, quienes tienen legitimación activa para presentar solicitudes de auditoría médica externa son los pacientes o usuarios de los servicios de salud o sus familiares hasta el primer grado, por hechos de presunta mala práctica médica, y los directores o gestores de calidad de los establecimientos de salud, cuando en el proceso de auditoría interna se encuentren indicios de mala práctica de acuerdo al Artículo 42, numerales 42.4 y 42.5 del Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N°.

COLEGIO MÉDICO DE BOLIVIA

El Ministerio de Salud es responsable de la acreditación de profesionales para la realización de Auditorías Médicas, misma que debe ser realizada en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia como dispone la Ley N° 3131 de 08 de agosto de 2005.



3^{ra}
PARTE

RESULTADOS de la

INVESTIGACIÓN DEFENSORIAL

TERCERA PARTE

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEFENSORIAL

I. RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN

La obtención de información en la presente investigación tiene como fuentes las respuestas de los SEDES a nivel nacional, las problemáticas detectadas por los propios SEDES, la revisión de AME en tres niveles: SEDES, ASUSS y Ministerio de Salud y los testimonios de pacientes o familiares.

1.1 LA PAZ

La situación de las Auditorías Médicas emergentes de denuncias de mala práctica médica en la ciudad de La Paz, se plasman en continuas denuncias públicas. Publicaciones de medios de prensa difunden información como: *“Clínica Fides es denunciada por negligencia y el Sedes pide una auditoría”*; *“Mi hermano llegó de emergencia a la clínica Fides, el 29 de mayo, por una embolia. Lo operaron, salió bien e ingresó a terapia intensiva, donde estuvo 17 días, pero por falta de cuidados médicos una herida en la nalga avanzó y se hizo gangrena en ambos glúteos. Ahora quieren que lo saquemos rápido de la clínica, sin dar más explicación”, declaró S.T., hermano del paciente*”.

En la misma noticia se detalla que el Director del SEDES La Paz, informó que ya existe una denuncia en contra del mismo establecimiento de salud por la extirpación de un riñón equivocado, caso en el que de igual manera se procede a realizar una auditoría médica externa

La gestión pasada, igualmente se difundió otra noticia con el titular *“La Defensoría recibió 15 denuncias de negligencia médica en 7 meses”*. *“Del total de casos, 13 están en proceso de investigación, otro ingresó recién y el último fue derivado para proceder con la auditoría médica, paso previo para que pase o no al Ministerio Público”, informó Nadia Cruz, delegada para la defensa y cumplimiento de los Derechos Humanos, de la Defensoría del Pueblo.*”

“Otro de los casos hace referencia a una mujer de 50 años, quien fue sometida el 28 de junio a una cirugía para extraerle la vesícula en un hospital de la seguridad social de La Paz, pero no reaccionó después de la operación. Los análisis evidenciaron que



*al colocarle la anestesia le perforaron el esófago, por donde entró agua a sus pulmones. El 19 de julio falleció y las hijas presentaron la denuncia. Al respecto, el director de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social (ASSUS), anunció que investigará todas las denuncias relacionadas a las cajas de salud, previa auditoría interna y la presentación de la documentación por parte de la víctima o de sus familiares”.*²³

Este es un poco del contexto que acontece en este departamento en cuanto a denuncias de mala práctica médica y el uso del instrumento de la AME.

De la información proporcionada por la Unidad de Auditoría Médica del SEDES La Paz en cuanto a personal, cantidad de solicitudes de auditorías médicas y procedimientos, se tiene la siguiente información:

En la Unidad de Auditoría Médica del SEDES La Paz, al momento se cuenta con tres auditores médicos acreditados declarados en comisión de manera trimestral pero en la presente gestión fue de manera anual. Dicho nombramiento se realiza mediante resolución administrativa, y no se tiene ítems específicos para estos profesionales; tampoco cuentan con especialidades para cada materia a auditar.

El SEDES La Paz establece que hasta la fecha y desde 2018, se cuenta con 30 requerimientos de AME, 11 del sector privado y 19 del sector público. Dichas solicitudes se las realiza mediante una nota dirigida a la Dirección Técnica del SEDES La Paz, sin embargo, se pueden encontrar los Formularios de Solicitud de AME en la Unidad de Gestión de Calidad de Salud. Indica que solo se rechazó un caso por incompatibilidad con el Artículo 56.2 inciso c) de la Norma Técnica en Auditoría en Salud. Señala igualmente que el SEDES La Paz, en cumplimiento al Artículo 42 sobre legitimación activa de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, puede determinar de oficio la realización de una AME.

En cuanto al desarrollo de una AME, el SEDES señala que mayormente se cumple el plazo de 20 días hábiles para entregar el informe final, considerando la demanda de solicitudes y la cantidad de auditores médicos con los que se cuenta. El promedio es de 20 días hábiles y en algunos casos el informe fue entregado en menos días; excepcionalmente, se solicitó una ampliación del plazo debido al volumen de la documentación. Las AME ya emitidas por el SEDES La Paz en la gestión 2018 fueron 11 y hasta septiembre de 2019 llegaron a 11, dos de ellas expresadas en criterio técnico.

Sobre la derivación de los casos a proceso administrativo o al Ministerio Público, SEDES La Paz señala que por el momento solo cuentan con dos casos de AME que fueron remitidos al

²³ La Razon. (2018). Bolivia: Defensoría del Pueblo recibió 15 denuncias de negligencia médica en 7 meses. 02.08.2019, de Cluster Salud Sitio web: <https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/bolivia-defensoria-del-pueblo-recibio-15-denuncias-de-negligencia-medica-en-7-meses>

área jurídica con la autoridad sumariante. En cuanto a la apelación a los pronunciamientos de AME, indican que desconocen estos datos, debido a que SEDES La Paz solo entrega el informe final e indica al interesado que puede apelar el pronunciamiento ante el Ministerio de Salud en caso de inconformidad.

Respecto al seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones establecidas en sus informes de AME, señalan que se notifica con la auditoría al establecimiento de salud involucrado, al Ministerio de Salud y a la parte interesada en base a copia fotostática fiel del original. En caso de que la AME contenga conclusiones específicas para algún funcionario, se solicita mediante oficio al área jurídica de la institución involucrada, proceder según reglamento interno en base a las recomendaciones de la AME para su cumplimiento obligatorio, conminando que el seguimiento al mismo se realizará dentro de tres meses, y de esta forma el área de auditoría procede con el seguimiento.

En relación a la AMI, como requisito previo para la AME, el SEDES La Paz indica que no hay una norma expresa que determine esta situación, añadiendo que la AMI es un elemento más del Expediente Clínico en función al Artículo 56.1 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud.

En cuanto a la información sobre la cantidad de auditores médicos en los establecimientos privados y públicos de salud, el SEDES La Paz señala que desconoce este dato, ya que los médicos cursan el posgrado de auditoría médica de manera personal. Señala que todos los establecimientos de salud públicos y privados cuentan con un comité de auditoría médica a nivel institucional, municipal o de red de salud conforme a lo dispuesto por el Capítulo V Artículos 66 y 67 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud.

Entre las problemáticas encontradas en el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, el SEDES La Paz establece que la norma debió ser revisada desde febrero de 2005; que es una norma descontextualizada en cuanto al Sistema Nacional de Salud al igual que sus conceptos; que no existe una conexión entre el proceso de auditoría médica con el seguimiento desde un punto de vista normativo; que los formularios de auditoría médica generales, deben ser diferenciados por niveles de atención; que la normativa carece de la auditoría en odontología, laboratorio, farmacia, servicio de diagnóstico, recetas, etc.; que no existe una difusión adecuada que refuerce la interpretación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica; concluye mencionando la falta de reglamentación de la norma.

1.2 ORURO

En el departamento de Oruro existen denuncias de mala práctica médica que se ven reflejadas en publicaciones de prensa como: *“La tarde del domingo, un niño de 3 años de edad murió supuestamente por una negligencia médica en el Centro de Salud Candelaria,*



hospital de primer nivel, ubicado en la zona norte de la ciudad de Oruro”²⁴, la madre en la misma publicación relata que “... en horas de la mañana el menor presentó problemas de salud por lo que fue llevado a dicho centro, donde en principio no quisieron atenderlo, sin embargo por la insistencia de los familiares le colocaron una inyección que presuntamente le causó la muerte”²⁵.

Otra publicación señala “...el caso de presunta negligencia médica en Hospital Obrero N°4, donde fallece A.Y... se denunció a razón de un dolor en el estómago el 19 de agosto, fue trasladada por sus familiares hasta el Hospital Materno Infantil, donde el médico que la atendió aseguraba que no se encontraba en labor de parto e indicó que la dolencia sufrida era a causa de su vesícula, motivo por el cual fue trasladada al Hospital Obrero. La paciente fue internada en la sala de Emergencias, le suministraron un suero y calmantes, pese a ello los dolores de la gestante continuaban. Sin embargo, a las 5 de la mañana del 20 de agosto, la hermana de A.Y. al ver que ella dormía luego de inyectarle un medicamento más fuerte, se fue por un par de horas a su casa y a su retorno encontró a su hermana tirada en el suelo, tras la alarma de dicha situación un médico indicó que se encontraba en trabajo de parto, por lo que la trasladaron al Materno Infantil. En dicho nosocomio determinaron que la bebé estaba sin signos vitales y la madre sufría un paro cardíaco, al reclamo de los familiares la trasladaron nuevamente al Hospital Obrero. Ya en el hospital la gestante sufrió un nuevo paro cardíaco y fue trasladada a terapia intensiva, un médico salió a indicar a la familia que el hígado de la paciente estaba afectado y que le realizarían la operación entre él y un ginecólogo, la misma duró hasta las 2 de la tarde. Luego de tanto sufrimiento y una presunta mala atención médica, falleció al medio día del 21 de agosto...”²⁶.

De la información proporcionada por el Servicio Departamental SEDES Oruro en cuanto a personal, cantidad de solicitudes de auditorías médicas y procedimientos, se tiene:

El SEDES Oruro cuenta con un auditor médico registrado, aclarando que el mismo no se encontraría acreditado; no existe un procedimiento de contratación de auditores médicos siendo que este tipo de profesional no es exclusivo para el cargo y no se cuenta con ítems

24 Radio Fides. (2019). Niño de 3 años muere por presunta negligencia médica en Oruro. 02.08.2019, de Radio Fides Sitio web: <https://www.radiofides.com/es/2019/04/15/nino-de-3-anos-muere-por-presunta-negligencia-medica-en-oruro/>

25 Radio Fides. (2019). Niño de 3 años muere por presunta negligencia médica en Oruro. 02.08.2019, de Radio Fides Sitio web: <https://www.radiofides.com/es/2019/04/15/nino-de-3-anos-muere-por-presunta-negligencia-medica-en-oruro/>

26 El Fulgor. (2019). CNS coadyuva a esclarecer el caso de presunta negligencia médica. 02.08.2019, de El Fulgor Sitio web: <https://elfulgor.com/nota/5d68645cab3f1/cns-coadyuva-a-esclarecer-el-caso-de-presunta-negligencia-medica->

para la incorporación de nuevos auditores médicos ni tampoco con especialistas para cada materia.

Respecto a la cantidad de solicitudes de AME, señala que en la gestión 2018 se solicitó al Ministerio de Salud la realización de cuatro que corresponden a establecimientos de salud públicos, y en la gestión 2019, hasta la fecha, solicitaron al Ministerio de Salud la realización de dos AME de establecimientos de salud públicos y uno de un privado que se encuentra en revisión.

Sobre el procedimiento de solicitud de una AME mediante “Formulario”, no cuentan con este instrumento específico para esas solicitudes, mismas que se realizan en base al Artículo 42, 42.1, 42.2, 42.3 y 42.5 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica a sola presentación de nota escrita.

El SEDES Oruro indica que no realiza AME porque no cuenta con el número mínimo de Auditores Médicos acreditados, por lo que las solicitudes se envían a la ciudad de La Paz al Ministerio de Salud, y a efecto de evitar rechazos adjuntan la AMI conforme al inciso a) del Artículo 56.1 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica.

El tiempo promedio para la emisión del informe final de la AME que realiza el Ministerio de Salud en La Paz es de 6 meses. Informa que se remitió un caso al Ministerio Público y otro para proceso administrativo.

Realiza seguimiento al cumplimiento de recomendaciones dadas por el Ministerio de Salud en el informe de AME e interviene de oficio para el inicio de una AME conforme al Artículo 42.2 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica.

Con relación a la instancia de Conciliación y Arbitraje Médico, señala que no está instaurado este Instituto.

En los hospitales las AMI son desarrolladas conforme a los Artículos 4.22 y 4.23 por el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría de I y II nivel para lo cual no requiere de auditores médicos acreditados.

Señala como problemáticas detectadas en la aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, la falta de mecanismos de reglamentación para acreditar a los auditores médicos, falta de ítems para el cumplimiento de sus funciones específicas y la falta de implementación del Instituto de Conciliación y Arbitraje.

1.3 POTOSÍ

Las denuncias de posible mala práctica médica en el departamento de Potosí son de igual manera evidentes. La prensa de esta región publica noticias tituladas como “*Fiscalía indaga*



muerte de dos neonatos por negligencia médica”²⁷ o “Muere recién nacido por presunto caso de negligencia médica en Tupiza”²⁸.

Según los medios, ambos hechos acontecidos en el área rural son investigados por la fiscalía. *“Uno de los neonatos falleció cuando le practicaron cesárea a la madre mientras que el otro pereció en el vientre de la suya. En este último caso, según la denuncia, la mujer no fue atendida oportunamente por el personal por un problema de seguro.”* *“Algo que nos ha llamado la atención: de un centro de salud se derivó a otro, de este a otro e incluso a un tercer centro de salud. Finalmente, no pudieron aparentemente de acuerdo cómo iban a hacer la atención a la mujer por un tema de seguro”, lamentó la fiscalía.”²⁹*

De la información proporcionada por la Unidad de Auditoría Médica del SEDES Potosí en cuanto a personal, cantidad de solicitudes de auditorías y procedimientos, se tiene:

El SEDES Potosí no cuenta con auditores acreditados especialistas y establece que su elección y contratación compete al Ministerio de Salud en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia, como lo establece el Artículo 4, Numeral 4,8 y Artículo 48 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud. En cuanto a la existencia de ítems para estos profesionales, señala que dicha pregunta debe ser planteada al Ministerio de Salud.

Sobre las solicitudes de AME de las últimas dos gestiones, indica que en 2018 fueron cuatro, una del sector privado y tres del sector público, y en 2019 solo una del sector público. Dichas solicitudes fueron hechas mediante una nota al Director Técnico del SEDES Potosí y no mediante el “Formulario de Solicitud de Auditoría Médica Externa”. En este sentido, señala que puede actuar de oficio bajo lo establecido en el numeral 42.5 del Artículo 42 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica.

El SEDES Potosí indica que en la gestión 2018 derivó solo un caso de AME al Ministerio de Salud, por lo cual el informe fue emitido, y en la gestión 2019 no fue elevado ningún pronunciamiento o respuesta. Sin embargo, señala que el plazo de 20 días para la elaboración del informe no se cumple por parte del Ministerio de Salud y no le es posible precisar un tiempo promedio.

27 Marbin Valda Angulo. (2019). Fiscalía indaga muerte de dos neonatos por negligencia médica. El Potosí, de 02.08.2019 Sitio web: https://elpotosi.net/local/20190606_fiscalia-indaga-muerte-de-dos-neonatos-por-negligencia-medica.html

28 Radio Fides. (2019). Muere recién nacido por presunto caso de negligencia médica en Tupiza 3 de junio de 20195496 0. 02.08.2019, de Radio Fides Sitio web: <https://www.radiofides.com/es/2019/06/03/muere-recien-nacido-por-presunto-caso-de-negligencia-medica-en-tupiza/>

29 El Potosí. (2019). Fiscalía indaga muerte de dos neonatos por negligencia médica. 02.08.219, de El Potosí Sitio web: https://elpotosi.net/local/20190606_fiscalia-indaga-muerte-de-dos-neonatos-por-negligencia-medica.html

Señala que en las pasadas dos gestiones no hubo rechazos de solicitudes de AME, empero solo un caso fue llevado a proceso administrativo el cual fue también de conocimiento del Ministerio Público.

No presentó ningún caso que haya derivado en la apelación en el Ministerio de Salud y tampoco realiza un seguimiento a sus determinaciones establecidas en sus informes de AME.

En cuanto al tema procedimental de contar con una AMI previa a la elaboración de la AME, el SEDES Potosí establece que notifican al establecimiento de salud con el informe de AME, instruyendo que se realice un plan de acción correctiva para cumplir, dentro de un plazo, con las recomendaciones del informe. Concluido el término, SEDES Potosí procede a la verificación de cumplimiento.

Sobre la cantidad de auditores médicos de los establecimientos de salud públicos y privados en el departamento de Potosí, el SEDES señala que según lo establecido en la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico y en el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, cada centro de salud de segundo y tercer nivel debe conformar un Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica bajo tuición del Gestor de Calidad. En cuanto a establecimientos de salud de primer nivel, el Gerente de Red cumple con esta función.

El SEDES Potosí considera como única problemática en cuanto a la aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, que el Ministerio de Salud no responde oportunamente las solicitudes de AME que se envían, puesto que no cuenta con un solo auditor, dificultando la atención y solución oportuna de las solicitudes de AME.

1.4 COCHABAMBA

La situación de las auditorías médicas en Cochabamba puede reflejarse a partir de las recurrentes denuncias públicas de mala praxis, con titulares en medios de comunicación como *“Denuncias de mala praxis deben enfrentar burocracia y amenazas”*³⁰; *“10 denuncias por mala praxis y negligencia médica en un mes. Además del caso de Sebastián -el niño de tres años con cáncer al que le extirparon por error un riñón sano-, el último mes salieron a la luz al menos 10 denuncias”*³¹; *“Víctimas de mala praxis de Cochabamba instalan protesta*

30 Lorena Amurrio. (2018). Denuncias de mala praxis deben enfrentar burocracia y amenazas. 02.08.2019, de Los Tiempos Sitio web: <https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20180827/denuncias-mala-praxis-deben-enfrentar-burocracia-amenazas>

31 Liliana Carrillo. (2018). 10 denuncias por mala praxis y negligencia médica en un mes. 02.08.2019, de Pagina Siete Sitio web: <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2018/9/17/10-denuncias-por-mala-praxis-negligencia-medica-en-un-mes-194114.html>



en el Ministerio de Salud”³², entre otros. En fecha 16 de agosto de 2019, la presidenta de la Asociación de Víctimas de Negligencia Médica de Cochabamba, Wilma Torrez, informó “que el sector exige al Ministerio de Salud que acredite a nuevos profesionales que realicen las auditorías necesarias sobre los casos de mala praxis que se han presentado en ese departamento...lamentablemente nuestros procesos judiciales están los jueces y los fiscales a la espera de las auditorías pero queremos buenos auditores porque las auditorías que han salido en Cochabamba ... son malas auditorías porque salen a favor de los médicos...”

Por otra parte, otra publicación señala: “... Familiares de víctimas de negligencia médica en Cochabamba conformaron una asociación, con el respaldo de la Comisión de Derechos Humanos de la Brigada Parlamentaria, para buscar justicia ante los casos de mala praxis que se desarrollaron en ese departamento”³³

De la información proporcionada por la Unidad de Auditoría Médica del SEDES Cochabamba en cuanto a personal, la cantidad de solicitudes de auditorías médicas y procedimientos, se tiene:

En la Unidad de Auditoría Médica del SEDES Cochabamba existe una Comisión de dos auditores médicos acreditados que son declarados en comisión debido a que no se cuenta con ítems para estos cargos; los profesionales responsables de las auditorías médicas trabajan en los hospitales del sub sector público, indican que nunca contaron con ítems y actualmente tampoco tienen disponibilidad para la incorporación de nuevos auditores médicos.

En cuanto a la especialidad de los auditores médicos para cada materia que se audita. El SEDES Cochabamba señala que los auditores médicos acreditados tienen la capacidad técnica para auditar a cada especialidad médica, porque la Auditoría Médica es una especialidad y no tiene subespecialidades.

Respecto a la cantidad de solicitudes de AME en las gestiones 2018 y 2019, informa que en 2018 se recibió un total de 44 casos, de ellos ocho correspondían a la Seguridad Social a Corto Plazo y 36 entre públicos y privados; hasta la conclusión del primer semestre de 2019 se registraron 19 solicitudes, siendo cuatro del sub sector público y 15 del privado.

De las 44 solicitudes, el SEDES realizó 11 AME durante 2018 y cuatro auditorías hasta el primer semestre de 2019, en cumplimiento del Sistema de Programación de Operaciones (SPO) institucional. No se emitió ninguna resolución de rechazo por la Comisión de Auditoría Médica Externa en 2018 ni el primer semestre del 2019.

32 Éxito Noticias. (2019). Víctimas de mala praxis de Cochabamba instalan protesta en el Ministerio de Salud. 20.08.2019, de Éxito Noticias Sitio web: <https://www.exitonoticias.com.bo/articulo/social/victimas-mala-praxis-cochabamba-puertas-ministerio-salud/20190816122428034748.html>.

33 Opinión. (2019). Nace asociación y ya tiene más de 50 denuncias de negligencia médica. 12.10.2019, de Opinión Sitio web: <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/nace-asociaci-oacute-n-tiene-m-aacute-s-50-denuncias-negligencia-m-eacute-dica/20190416015100647064.amp.html>.

Sobre el procedimiento de solicitud de una AME mediante “Formulario”, señala que sólo en algunos casos es utilizado, encontrándose disponible en secretaría de la Dirección del SEDES y que la mayoría de las personas no lo utilizan porque no cuentan con la información requerida en ese documento.

Una solicitud es admitida mediante Resolución fundamentada, previa gestión de recepción de la misma, conformación de la Comisión de Auditoría Médica Externa, excusa voluntaria o no de los auditores, obtención del Expediente Clínico original del paciente del establecimiento de salud donde fue atendido.

El plazo de 20 días hábiles se cumple en algunos casos, el mismo depende del volumen documental del EC como del tiempo de emisión de opinión especializada de las Sociedades Científicas de Especialidades Médicas cuando corresponda; al igual que del material de análisis como de la complejidad y la gravedad de la enfermedad del paciente.

El tiempo promedio para la emisión del informe final de la AME, en la mayoría de los casos, es más de 30 días hábiles, dependiendo de su complejidad y si cursa requerimientos de la Fiscalía, fundamentándose con toda la investigación integral.

Se deriva al Ministerio Público todos los informes de auditoría de los casos que solicitaron Auditoría Médica con Requerimiento del Fiscal de Materia y algunos casos que pasan por la Unidad Jurídica del SEDES, para el correspondiente proceso administrativo según recomendaciones de cada caso en particular.

Respecto a la cantidad de informes de AME emitidas por el SEDES Cochabamba que hubieran sido objeto de apelación ante el Ministerio de Salud, en algunos casos que presentaron notas de apelación al SEDES, las mismas fueron enviadas al Ministerio de Salud porque corresponde que sean atendidas a ese nivel; también existe la posibilidad de apelar directamente al Ministerio de Salud.

El SEDES Cochabamba, a través de la misma Comisión de Auditores Médicos, realiza seguimiento, en forma programada, al cumplimiento de las recomendaciones de la AME a cuatro casos durante la gestión.

Con relación a la normativa que condiciona el pronunciamiento de una AMI previa a una AME, el SEDES Cochabamba solo hace mención a los Artículos 19, 31 y 56.1 del Manual de Auditoría en Salud del Ministerio de Salud.

Respecto a la intervención de oficio para el inicio de una AME, la Máxima Autoridad del SEDES, por iniciativa propia y siguiendo el procedimiento normado, tiene legitimación activa para determinar su realización, según el Artículo 42.2 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud.



La instancia de Conciliación y Arbitraje Médico establecida en el Capítulo VIII Artículo 18 de la Ley N° 3131, refiere la creación del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje, y el Decreto Supremo N° 28562 del 22 de diciembre de 2005, en su Artículo 19 refiere que el Ministerio de Salud queda encargado de la estructura, organización y puesta en marcha de este Instituto, en un plazo de nueve meses a partir de la publicación del presente Decreto. Sin embargo, a la fecha esa instancia no ha sido creada.

En los hospitales, las AMI son desarrolladas por el personal operativo que conforma el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría.

Señala como problemáticas detectadas en la aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, la existencia de pocos auditores médicos acreditados en el sub sector público, que cumplan con los requisitos de la Ley N° 3131 Artículo 16 y el Decreto Supremo N° 28562 Artículo 18, con capacidad técnica para realizar AME, así como la inexistencia de ítems exclusivos para cuatro auditores médicos acreditados en el SEDES Cochabamba para la conformación de dos Comisiones de Auditoría para hospitales públicos y otra para privados.

Identifica como problemática que el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica se encuentra desactualizado y con varios vacíos legales sobre aspectos administrativos y de tipo técnico que están contemplados en la normativa de Auditoría, además de la falta de complejidad y/o concordancia normativa.

1.5 CHUQUISACA

Las denuncias de mala práctica médica son igualmente recurrentes en el departamento de Chuquisaca, situación que conlleva a la solicitud de las AME tal como lo demuestra, por ejemplo, una publicación de prensa titulada *“Indagan si hubo supuesta negligencia en cesáreas”*³⁴. Se trata de dos casos del Hospital Gineco Obstétrico “Jaime Sánchez Porcel”, donde a un par de pacientes madres les dejaron gasas en su interior luego de realizarles las cesáreas. Surgió el cuestionamiento de que si los profesionales de salud implicados debieran ser sometidos a un proceso penal o a uno administrativo, situación que respondería la AME realizada por el SEDES.

De la información proporcionada a la Defensoría del Pueblo por parte de la Unidad de Auditoría Médica del SEDES Chuquisaca, en cuanto a personal, cantidad de solicitudes de auditorías médicas y procedimientos, se tienen los siguientes datos:

34 Correo del Sur. (2019). Indagan si hubo supuesta negligencia en cesáreas. 02.08.2019, de Correo del Sur
Sitio web: https://correodelsur.com/seguridad/20190731_indagan-si-hubo-supuesta-negligencia-en-cesareas.html

El Servicio Departamental de Salud Chuquisaca no cuenta con ningún auditor médico acreditado, menos con auditores especialistas en determinadas áreas de la medicina. En esa repartición indican que para el procedimiento de selección de auditores médicos se basan en lo establecido en los requisitos del Manual de Auditoría en Salud, sin embargo aseguran que no tienen ítems específicos para estos profesionales.

En cuanto a la cantidad de solicitudes de AME en las últimas dos gestiones, establecen que hubo un total de 27, sin diferenciar el sector público y privado. Indican que cualquier requerimiento de auditoría se lo realiza mediante el “Formulario de Solicitud de Auditoría Médica Externa” que puede ser recabado en los SEDES o en cualquier establecimiento de salud, como lo estipula en el Artículo 45 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica.

Indican que no rechazaron ninguna solicitud de auditoría médica, que el plazo de 20 días para la emisión del informe final establecido en la norma, no es cumplido por parte del Ministerio de Salud, que es el que cuenta con un auditor para las AME a nivel nacional.

En relación a la cantidad de AME emitidas por el SEDES Chuquisaca, esta repartición señala que el Ministerio de Salud no remitió informes sobre AME de las gestiones 2018 y 2019. En este sentido, indica que tampoco habría ninguna resolución a apelar ya que todo es concluido en el Ministerio de Salud. Afirma que el SEDES Chuquisaca realiza únicamente el seguimiento a las recomendaciones de las AME emitidas por el Ministerio de Salud.

El SEDES Chuquisaca establece que el pronunciamiento de una AMI previa a una AME, procede en casos de fallecimientos intrahospitalarios, infecciones nosocomiales, complicaciones médicas, complicaciones quirúrgicas, permanencia prolongada y re internaciones antes de los tres días del alta médica.

Señala que no realizan la derivación de ningún caso al Ministerio Público, ya que el que emite los informes es el Ministerio de Salud. Sin embargo, a momento de aclarar si el SEDES Chuquisaca interviene de oficio para el inicio de una AME, indica que su Máxima Autoridad puede intervenir por iniciativa propia y siguiendo el mismo procedimiento de la norma vigente de manual de auditorías.

El SEDES Chuquisaca informa que los establecimientos de salud públicos y privados no cuentan con auditores calificados, pero cada uno tiene comités de auditoría y gestión de calidad compuesto por su mismo personal para realizar las AMI.

En cuanto a la cuestionante sobre los problemas de aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, señala que no hay problema alguno.

Indica, finalmente, que la vía de Conciliación y Arbitraje no se encuentra habilitada.



1.6 TARIJA

La situación de Tarija se ve reflejada en las denuncias de mala práctica médica además de la falta de auditores médicos en publicaciones de prensa como: *“Falta de especialista eterniza las auditorías por negligencia médica en Tarija... Para el Servicio Departamental de Salud (Sedes), el que no haya médicos acreditados para auditorías externas se constituye en un grave problema para Tarija. Aun así, ni siquiera hay programas de formación para ello... La limitación del Sedes está en ese punto, que no hay Médicos Auditores”*³⁵. La publicación relata la historia de *“B.M., sin poder hablar. Solo traslada la pupila de sus ojos de un lado a otro cuando ve a su hijo. Sucede que en agosto del 2018 entró con un problema de cálculos biliares al Instituto Cardiovascular de Tarija, pero durante la intervención quirúrgica sufrió un paro cardiorrespiratorio. Desde entonces quedó en ese estado, que también fue el inicio de un peregrinaje fallido para que se recupere. Ahora el calvario es para pedir justicia, pues, los familiares denuncian negligencia médica. Pero sucede que en Tarija no hay un profesional médico certificado para hacer ese tipo de auditorías”*³⁶

Otra publicación refiere *“Justicia pedirá pena máxima contra médicos acusados de dejar en estado vegetal a una menor... Un caso de presunta negligencia médica dejó cuadripléjica a una joven deportista en Yacuiba, Tarija, al sur de Bolivia, luego de haber sido sometida a una cirugía de apéndice en el hospital de la Caja Nacional de Salud (CNS) de esa región. La Fiscalía pidió una auditoría médica externa sobre el caso y denunció obstaculización en la pesquisa”*³⁷.

Asimismo, se evidencia la siguiente denuncia: *“...Familiares denunciaron un supuesto caso de negligencia médica en la CNS... una señora que perdió la vida... en el Hospital de la Caja Nacional de Salud CNS, aseguran que se debió a una negligencia médica ya que no la atendieron con la premura y urgencia que ella requería”*³⁸.

35 Daniel Rivera. (2019). Falta de especialista eterniza las auditorías por negligencia médica en Tarija. 02.08.2019, de El País Sitio web: <https://elpais.bo/falta-de-especialista-eterniza-las-auditorias-por-negligencia-medica-en-tarija/>

36 Daniel Rivera. (2019). Falta de especialista eterniza las auditorías por negligencia médica en Tarija. 02.08.2019, de El País Sitio web: <https://elpais.bo/falta-de-especialista-eterniza-las-auditorias-por-negligencia-medica-en-tarija/>

37 Carlos Corz. (2019). Justicia pedirá pena máxima contra médicos acusados de dejar en estado vegetal a una menor. 02.08.2019, de La Razón Sitio web: http://www.la-razon.com/sociedad/Justicia-medicos-negligencia-vegetal-deportista-yacuiba-bolivia_0_3220477961.html

38 Mario Enrique Espinoza. (2017). Atención tardía: Familiares denunciaron un supuesto caso de negligencia médica en la CNS. 02.08.2019, de Nuevo Sur Sitio web: <https://diarionuevosur.com/atencion-tardia-familiares-denunciaron-un-supuesto-caso-de-negligencia-medica-en-la-cns/>

De la información proporcionada por el Servicio Departamental de Salud SEDES Tarija en cuanto a personal, cantidad de solicitudes de auditorías médicas y procedimientos, se tiene la siguiente información:

En el SEDES Tarija no existen auditores médicos acreditados por el Ministerio de Salud, sin embargo, cuentan con un Departamento de Auditoría Médica como parte de la Unidad de Gestión de Calidad y Auditoría Médica; los funcionarios asignados a este Departamento participan como técnicos invitados en las Auditorías Médicas Internas Especiales de los diferentes establecimientos de salud del departamento de Tarija, procedimiento contemplado en el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, según estipula el Artículo 27.

En cuanto a la especialidad de los auditores médicos para cada materia que se audita, informa que desde la gestión 2016 los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría médica son los encargados de desarrollar las Auditorías Médicas Internas Especiales, por lo que no se vio la necesidad de contar con especialistas o peritos, solo cuentan con técnicos que asesoran en el desarrollo de la auditoría y ayudan en la interpretación de ítems.

Respecto a la cantidad de solicitudes de AME, señala que en la gestión 2018 existieron cuatro solicitudes y en 2019 solamente una, que corresponde a una clínica privada, no habiendo remitido a la fecha el Ministerio de Salud el resultado de la misma. Indica que el envío del Informe Final de una AME por parte del Ministerio de Salud no cumple con los 20 días hábiles sobrepasando los días establecidos, únicamente en la gestión 2016 un caso se remitió en menos de 20 días.

De las cinco solicitudes, el SEDES no rechazó ninguno de los casos por las causales establecidas en el Artículo 56.2 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, sin embargo, rechazó una solicitud de AME por otras causales no contempladas en el Artículo 56.2 del citado Manual.

Sobre el procedimiento de solicitud de AME, informa que las solicitudes se reciben mediante un formulario diseñado para el efecto cumpliendo con el Artículo 45 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica.

Informan que el tiempo promedio para la emisión del informe final de la AME por parte del Ministerio de Salud no se puede promediar debido a que las AME solicitadas en las gestiones 2018 y 2019 aún no retornan al SEDES Tarija con los resultados; asimismo, informan que en las gestiones 2015, 2016 y 2017, el promedio para la emisión de informes fue de tres meses calendario o 60 días hábiles.

En la gestión 2015 derivaron para proceso administrativo una AME; en 2016 derivaron otra para proceso administrativo y efectuaron dos llamadas de atención; en 2017 se derivó una AME para liberación de cargos, otra para proceso administrativo y otra AME para proceso penal; asimismo informan que entre las recomendaciones se encuentran llamadas de



atención para el Gestor de Calidad, al ser el ente del establecimiento encargado de velar y controlar el cumplimiento de la calidad en el funcionamiento de los servicios que ofrece.

El SEDES Tarija realiza el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones específicas emitidas en el informe final de la AME, dependiendo de la recomendación, se realiza de manera directa como Departamento de Auditorías dependiente de la Unidad de Gestión de Calidad y Auditoría Médica o través de los Gestores de Calidad y/o Comités de Gestión de Calidad y Auditoría Médica de cada establecimiento.

Con relación a la normativa que condiciona el pronunciamiento de una AMI previa a una AME, se hace mención al Artículo 56.1 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, inciso a) Informe de Auditoría Interna, donde consten indicios de mala práctica médica.

Respecto a la intervención de oficio para el inicio de una AME, el SEDES Tarija señala que no interviene de oficio, aclara que en todos los casos quienes canalizaron los pedidos fueron los usuarios internos o externos de los establecimientos de salud públicos y privados.

La instancia de Conciliación y Arbitraje Médico no depende del SEDES sino del Ministerio de Salud, razón por la cual señala que no cuentan con esa información.

En los hospitales las AMI programáticas, de servicio o médicas, pueden ser desarrolladas por el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica (CGCA) en Hospitales de segundo y tercer nivel de atención y el Comité de Auditoría Interna de Servicio (CAIS), siendo comités que funcionan bajo la coordinación del Gestor de Calidad, cuyos integrantes no requieren ser auditores acreditados y pueden ser los propios funcionarios de la unidad o repartición que se audita, cumpliendo funciones regulares para el mejoramiento de la calidad de los servicios que ofrecen, convirtiéndose en auditores médicos. En el departamento de Tarija cada una de las redes de salud que son 11, y los hospitales de segundo y tercer nivel cuentan con estos comités y realizan AMI programadas y especiales.

Se indica que hasta el mes de julio realizaron en establecimientos públicos: 772 AMI y 84 en establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, además de 48 AMI en establecimientos privados.

Se señalan como problemáticas detectadas en la aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, la falta de asignación de ítems TGN de nueva creación, situación que hace que la estructura y el funcionamiento de la Gestión de Calidad (Gestor de calidad, auditores médicos, comités de auditoría) sea parcial, y la ausencia de presupuesto para las actividades programadas por parte de los diferentes niveles del SEDES (coordinaciones de redes, hospitales) hace que su progreso haya sido acompañado pero continuo.

De igual forma, se describe como problemática, que las actividades planificadas de los gestores de calidad no son cumplidas en su integridad, debido a que no son profesionales de dedicación exclusiva al cargo mencionado, siendo su actividad limitada a los tiempos parciales que le deja su obligación principal (médicos de guardia, epidemiología, psiquiatras, apoyos técnicos de las redes, responsables del banco de sangre y otros). De la misma forma, los comités en general de las redes de salud y hospitales, no cumplen a cabalidad la organización y las actividades programadas debido a factores no inherentes a los miembros de los comités por falta de tiempo y presupuesto asignado.

Asimismo, identifican como problemática la falta de auditores acreditados en su departamento, situación que imposibilita la conformación de los Comités Departamentales de Auditoría Médica. Señalan que dichos comités agilizarían las AME solicitadas.

1.7 SANTA CRUZ

Las denuncias de mala práctica médica en el departamento de Santa Cruz desembocan igualmente en AME. Este hecho se ve reflejado en titulares tales como *“Segundo caso de negligencia médica golpea al hospital 1ro de Mayo de Santa Cruz”*³⁹, información en la que se señala *“(...) este miércoles una nueva denuncia golpea a ese centro de salud. A.R. aseguró que su bebé murió en su vientre por falta de atención médica tras esperar seis horas y media para ser atendida, pero los médicos tienen otra versión (...) la Defensoría de la Niñez y Adolescencia que fue parte de esta inspección, presentó una denuncia ante el Ministerio Público para que se investigue este caso y, además, solicitaron una auditoría médica”*.

En otro medio se lee *“En 48 horas se conocerán los resultados de auditoría médica sobre el supuesto caso de negligencia médica en contra de un menor en Santa Cruz”* y *“La Fiscalía indaga otro caso de negligencia médica en Santa Cruz”*, en el cual por segunda vez se ve implicado un profesional de salud responsabilizado de perforar el intestino de un niño durante una intervención de apendicitis. El texto de la nota de prensa señala *“Con el fin de esclarecer este caso, el Servicio Departamental de Salud (Sedes) lleva adelante una auditoría médica tal como establecen las normas”*⁴⁰.

39 Katty Valdés. (2019). Segundo caso de negligencia médica golpea al hospital 1ro de Mayo de Santa Cruz. 02.08.2019, de La Razón Sitio web: http://www.la-razon.com/sociedad/Santa_Cruz-denuncia-negligencia-medica-hospital-muerte-bebe-primero-mayo_0_3098090179.html

40 EJU!. (2018). Fiscalía de Santa Cruz investiga de oficio caso de negligencia médica en que la víctima es un niño. 02.08.2019, de EJU! Sitio web: <https://eju.tv/2018/09/fiscalia-de-santa-cruz-investiga-de-oficio-caso-de-negligencia-medica-en-que-la-victima-es-un-nino/>



Este es un poco del contexto que acontece en este departamento en cuanto a denuncias de mala práctica médica y el uso del instrumento de la AME.

De la información proporcionada por la Unidad de Auditoría Médica del SEDES Santa Cruz en cuanto a personal, cantidad de solicitudes de auditorías médicas y procedimientos, se tiene la siguiente información:

El SEDES Santa Cruz tiene entre su personal solo un médico especializado en auditoría médica y gestión de calidad, debido a este factor no se realiza selección de auditores puesto que es el único y tampoco se cuenta con ítems para la contratación de nuevos. Desde la percepción del SEDES Santa Cruz, cuando el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica hace referencia a que el auditor debe tener formación relacionada a la materia que se audita, es una situación ambigua.

En relación a las solicitudes de auditorías, el SEDES Santa Cruz informa que en 2018 fueron requeridas 12 auditorías médicas de establecimientos de salud públicos y nueve de privados. Por otra parte, hasta septiembre de la gestión 2019, se le solicitó 12 AME del sistema de salud público y dos de establecimientos de salud privados.

Las solicitudes de AME no se las realiza mediante el Formulario de solicitud de AME establecido por la Norma Técnica de Auditoría en Salud. El SEDES Santa Cruz señala que implementará dicho formulario mediante un manual de procedimientos que está en desarrollo. En cuanto a las apelaciones, indican que solo conocen de un caso por una AME ante el Ministerio de Salud, instancia que remitió dicha apelación al SEDES porque fue rechazada.

En la gestión 2018, SEDES Santa Cruz emitió 15 informes de AME y ocho hasta septiembre de 2019. Se rechazaron seis solicitudes de AME bajo lo establecido en la Norma Técnica de Auditoría en Salud. Indican que seis casos fueron derivados a Ministerio Público, empero desconocen el curso que siguieron. Para el resto de los casos, señalan que se derivan instructivos con recomendaciones y planes de acción para hacer seguimiento a los mismos.

Señalan que debido a que cuentan con un solo auditor, que no trabaja exclusivamente como tal sino también como gestor de calidad, les es imposible cumplir plazos. En este sentido, no establecen un tiempo promedio de elaboración de una AME.

En cuanto al requisito de una AMI para elaborar la AME, el SEDES Santa Cruz determina que *“El mismo manual de Auditoría establece que ante la evidencia de mala praxis en un proceso de Auditoría Médica Interna, el Director del establecimiento y el Gestor de Calidad del mismo solicitarán la Auditoría Médica Externa. Esto presupone que cada Auditoría Externa viene precedida de una Interna.”* Y que en caso de una denuncia formal se procede

directamente con la AME y dicho informe solo se lo realiza mediante denuncia formal y escrita, y no así de oficio.

El SEDES Santa Cruz no cuenta con el dato de cuántos auditores existen en establecimientos de salud públicos y privados bajo su tuición, sin embargo, tienen conocimiento de que varios realizaron la especialidad y no están registrados en el *“Colegio Médico ni en el SEDES ni en el Ministerio de Salud y no ejercen como auditores médicos”*.

En cuanto al Instituto de Conciliación y Arbitraje al que se refiere la Norma Técnica de Auditoría en Salud, señalan que dicho instituto es inexistente.

Finalmente, señalan que el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica es muy antiguo y lleno de vicios legales no concordantes con la Ley N°3131 y su Decreto Reglamentario. Dan a conocer que el SEDES Santa Cruz está en proceso de construcción de una Norma Departamental de Auditoría Médica para la gestión 2020 y que desde hace cuatro años se espera la aprobación del nuevo manual de auditoría por parte del Ministerio de Salud.

1.8 BENI

En el departamento del Beni existen denuncias de malas prácticas médicas que han sido hechas públicas en medios de comunicación con titulares como *“Mujer muere al tener mellizos y padre denuncia negligencia”*⁴¹; *“Aclaran que médicos del Materno no operaron a mujer que falleció... Se ha recibido la denuncia por el supuesto delito de homicidio culposo, se manifiesta negligencia médica”*⁴².

Respecto a la información proporcionada por el Servicio Departamental de Salud SEDES Beni en cuanto a personal, cantidad de solicitudes de auditorías médicas y procedimientos, se tiene la siguiente:

En el SEDES Beni no existen auditores médicos acreditados, por lo que las AME son enviadas por el Director Técnico del SEDES a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud. Se informa que su Unidad de Redes Funcionales y Gestión de Calidad es la encargada de hacer el seguimiento de todos los casos de auditorías médicas y que no cuentan con especialidades para cada materia que se audita, debido a que en todo el

41 Los Tiempos. (2019). Mujer muere al tener mellizos y padre denuncia negligencia. 02.08.2019, de Los Tiempos Sitio web: <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20190422/mujer-muere-al-tener-mellizos-padre-denuncia-negligencia>

42 La Palabra del Beni. (2015). Aclaran que médicos del materno no operaron a mujer que falleció. 02.08.2019, de La Palabra del Beni Sitio web: https://issuu.com/lapalabradelbeni/docs/lpb_07102015



departamento no se cuenta con profesionales que tengan estudios de posgrado en Gestión de Calidad y Auditoría Médica.

Sobre a la cantidad de solicitudes de AME informa que en las gestiones 2018 y 2019 el SEDES Beni no recibió solicitudes al respecto.

Sobre el procedimiento de solicitud de una AME, el SEDES informó que cuentan con un formulario y que en caso de presentarse alguna denuncia o se amerite la realización de una auditoria, se remite el expediente clínico original a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud, aclarando que el SEDES Beni no realiza AME por no contar con auditores médicos acreditados.

De los resultados de las AME realizadas por el Ministerio de Salud, tienen un caso derivado al SEDES Beni para proceso administrativo.

La repartición departamental señaló que se implementaron Gestores de Calidad en el Hospital Materno Infantil Boliviano Japonés y en el Hospital Presidente German Busch con el objeto de realizar seguimiento al cumplimiento de los informes de AME emitidos por el Ministerio de Salud.

Con relación a la normativa que condiciona el pronunciamiento de una AMI previa a una AME, informan únicamente que la remisión de informes de las AMI periódicas se realizan al gestor de calidad y que los casos de AMI Especiales se remiten a la Máxima Autoridad Ejecutiva del establecimiento para su correspondiente envío a quien las hubiere solicitado, en cumplimiento del Artículo 29 del Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica.

Respecto a la intervención de oficio para el inicio de una AME, señalan que al tomar conocimiento de algún caso de supuesta mala praxis médica, se solicita al Director del Hospital correspondiente, la realización de una AMI y posteriormente, en caso de existir indicios de mala praxis médica solicita el expediente clínico original a efecto de remitirlo al Ministerio de Salud en conformidad al Artículo 68 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica.

Informan, asimismo, que la instancia de Conciliación y Arbitraje Médico no se encuentra habilitada al no estar vigente el Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje.

En los hospitales, las AMI son desarrolladas por el Comité de Gestión de Calidad y Auditorías, cuyos miembros recibieron la capacitación correspondiente, en cumplimiento al Artículo 4.22 del Manual de Auditoría y Norma Técnica, que menciona que el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica es el comité institucional u hospitalario.

Dentro de las problemáticas detectadas en la aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, señalan la falta de auditores acreditados en el departamento del Beni, motivo por el cual se tienen que enviar todas las AME al Ministerio de Salud. Sin embargo, indican que en la actualidad el SEDS Beni cuenta con 17 profesionales en salud que cursan

la maestría en Gestión de Calidad y Auditoría Médica, posgrado dictado por la Universidad Autónoma de Beni y la Escuela Boliviana de Posgrado en la ciudad de Trinidad.

1.9 PANDO

De igual manera, la situación del departamento de Pando se ve reflejada en las publicaciones de medios de prensa relacionadas a denuncias de mala práctica médica, tal el caso de *“Una joven madre y su recién nacido perdieron la vida en el hospital de Cobija...El Ministerio de Salud inició una auditoría externa para esclarecer la denuncia de negligencia médica en la muerte de una joven madre y su recién nacido en el Hospital Roberto Galindo de Cobija”*⁴³; otra publicación refiere *“Una mujer muere tras operación de cesárea en Pando, denuncian negligencia médica”*⁴⁴.

En cuanto a la información proporcionada por el Servicio Departamental de Salud SEDES de Pando sobre el personal, cantidad de solicitudes de auditorías médicas y procedimientos, se tiene que:

El SEDES Pando no cuenta con auditores médicos acreditados por el Ministerio de Salud. Respecto a la cantidad de solicitudes para AME en las gestiones 2018 y 2019, informa que no se recibieron requerimientos de pacientes víctima de AME en ambas gestiones, aclarando que si bien realizaron AME fueron a iniciativa del Director Técnico de la institución departamental.

Sobre el procedimiento de solicitud de una AME mediante “Formulario”, se informa que éste se encuentra disponible en los establecimientos de salud y que no se recibieron solicitudes por parte de los usuarios, que al no realizarse AME en el departamento de Pando, no se ejecutaron procesos administrativos ni se derivaron casos al Ministerio Público; de igual forma, se indica que no se realizan acciones de cumplimiento o seguimiento a recomendaciones de AME.

Con relación a la normativa que condiciona el pronunciamiento de una AMI previa a una AME, en el SEDES Pando solo se hace mención al Manual de Auditoría y Norma Técnica para el manejo del EC, obtención del consentimiento informado, Norma Nacional de Atención Clínica, Ley N° 3131 y Decreto Supremo N° 28562.

43 Paola Chavez. (2018). Inician auditoría por denuncia de negligencia médica en hospital de Cobija. 02.08.2019, de La Razón Sitio web: http://www.la-razon.com/sociedad/auditoria-salud-vivienda-social_0_3065093504.html

44 Radio Fides La Paz. (2019). Una mujer muere tras operación de cesárea en Pando, denuncian negligencia médica. 02.08.2019, de Radio Fides La Paz Sitio web: <https://www.radiofides.com/es/2019/04/03/una-mujer-muere-tras-operacion-de-cesarea-en-pando-denuncian-negligencia-medica/>



Respecto a la intervención de oficio para el inicio de una AME, indican que solicitan su realización al Ministerio de Salud por iniciativa propia, en base a los Artículos 42.2, 68 y 69 del Manual de Auditoría y Norma Técnica; una vez recibidos los resultados de la AMI, el SEDES Pando realiza una revisión minuciosa de los resultados y del EC.

La institución departamental señala como problemáticas detectadas en la aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, la falta de funcionalidad de los Comités de Auditoría Interna por REDES en el primer nivel de atención, debido a que no se cuenta con recursos económicos para movilizar al personal de salud y realizar las AMI.

II. REVISIÓN DE CASOS

De la revisión de informes de AME en los SEDES, en la ASUSS y en el Ministerio de Salud, se tiene:

SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD

AME N° 1 (LA PAZ)

Caso de un paciente fue atendido en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de coloproctología, con una evolución desfavorable y la situación desembocó en fuertes lesiones para el paciente.

De la revisión de la AME y sus antecedentes, se observa que hubo una solicitud de AMI la cual se elaboró de manera incompleta, sin la aplicación del formulario 3, 4 y 5 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, y sin detallar recomendaciones ni “no conformidades”. Dicho informe de AMI recomienda que se debe hacer una *“reflexión al personal de salud sobre el dar información registrada en el EC”*. Señala también, que la familia no colaboró en la compra de medicamentos.

El fecha 03.04.2019 se solicita la realización de una AME mediante un Requerimiento Fiscal, siendo obligatoria su admisión por parte del auditor. De por medio existe el Acta de Entrega y recepción del EC.

En cuanto al tiempo de evaluación técnica para la elaboración del informe de AME, no se cumplieron los 20 días hábiles, tardando aproximadamente cinco meses. No se evidencia la notificación al solicitante ni tampoco se demuestra que el interesado buscó la apelación de la decisión. Las recomendaciones a las que arriba el informe de AME no encontraron ningún tipo de indicio de responsabilidad y concluye que se haga el seguimiento a la AMI.

Existe orden y foliación en la documentación.

AME N° 2 (LA PAZ)

Caso de un paciente que sufrió lesiones a raíz de una operación de nariz y requirió de una nueva cirugía. El SEDES solicitó AMI en cuatro oportunidades, en fecha 27.09.2018, en 23.10.2018, en 09.11.2018 y en 23.01.2019. Dicha auditoría fue realizada y su informe fue entregado el día 31.01.2019, vale decir que dicho informe fue remitido al SEDES cuatro meses después. La AMI recomendó que el *“paciente debe ser valorado por otorrinolaringología y se debe realizar una junta médica”*.

El paciente solicitó la AME en fecha 18.09.2018 sin hacer uso del Formulario de Solicitud de AME. No se procedió al nombramiento de una Comisión de AME, sin embargo, existe un Acta de Entrega y recepción del EC para la elaboración de dicha auditoría, la cual no realiza la evaluación técnica en los 20 días hábiles computables desde la fecha de admisión, sino aproximadamente nueve meses después.

Se notificó al interesado en fecha 12.06.2019, con dos días de retraso en relación a lo establecido en la norma. No se evidencia que el solicitante haya decidido apelar la decisión.

La AME no aplicó los formularios 3, 4 y 5 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud y sus recomendaciones señalan que se debe socializar el Manual en Auditoría en Salud y Norma Técnica.

AME N° 3 (LA PAZ)

La AMI establece que el presente caso trata de una paciente adolescente con sangrado de dos días y aborto incompleto clínico. Estuvo en espera una hora y 15 minutos antes de su internación en Emergencias, no existió valoración adecuada de su gravedad, no se tomaron antecedentes de sangrado y pérdida de conciencia. El médico ginecólogo de guardia no realizó valoración, se solicitó innecesariamente test de embarazo, procedieron sin exámenes de laboratorio. El procedimiento AMEU⁴⁵ y dos LUI⁴⁶ fueron realizados sin anestesia. La activación del código rojo fue tardía, no se convocó médicos de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y anestesiología de forma oportuna; no se solicitó ni realizó transfusión masiva ni se cumplieron con protocolos de código rojo. La asistencia médica fue irregular e insuficiente por ginecólogos de turno. El certificado de defunción fue llenado incorrectamente y no existe

45 La aspiración endouterina basa su mecanismo de acción en trasladar una presión negativa, generada por una fuente manual o eléctrica, dentro del útero a través de unas cánulas que están conectadas a la fuente de presión negativa. Este procedimiento permite retirar los tejidos endouterinos en su totalidad y evita raspar manualmente las paredes uterinas, con riesgo menor de daño en las paredes del útero.

46 Es el procedimiento más utilizado en ginecología, se le conoce también como el raspado o limpieza de la cavidad endometrial mediante un instrumento llamado legra. Por ser un procedimiento ciego, es decir, no hay visión directa sobre el área que se está trabajando, se debe realizar dentro de un hospital. Sus indicaciones principales se dividen en ginecológicas y obstétricas.



correlación en encadenamiento de la causa de muerte. Se realizó segundo LUI fuera de quirófano.

Este informe no cuenta con una fecha de solicitud, sin embargo, la fecha de atención fue el 27.02.2018, y su elaboración el 13.04.2018. Entre sus recomendaciones establece que ocurrieron otros casos de muerte materna cuando intervino un determinado profesional de salud, sugiriendo a la MAE del establecimiento de salud tomar medidas correctivas y preventivas al respecto.

La AME fue solicitada por el mismo establecimiento de salud el día 26.06.2018 sin usar el Formulario de Solicitud de AME, no se formó una Comisión para la elaboración de la misma, pero si cuentan con el Acta de Entrega y Recepción del EC en fecha 15.04.2019.

La evaluación técnica para la elaboración de la AME no se la realizó en el plazo de 20 días establecido en la norma, teniendo el resultado, aproximadamente, 11 meses después. No se evidenció la notificación del informe final de AME ni la apelación de la decisión al mismo.

La AME no aplicó los formularios 3, 4 y 5 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud y no emitió ningún criterio por existir error en el nombre. No se pronunció en ningún punto de lo establecido por la AMI.

La AME detalla expresamente: *“Por tanto AME SEDES determina: por no existir identificación correcta de la paciente (apellido materno Lima o Luna y segundo nombre). Al existir observaciones de importancia en la documentación remitida la comisión se abstiene de dar criterio”*.

Existe orden en la documentación, foliación e individualización del Informe de AME.

AME N° 4 (LA PAZ)

Se tien el caso de paciente ingresó a establecimiento de salud por problemas de presión, el médico indicó que la paciente está consciente y solo ella puede recibir la información y no así sus familiares. La paciente murió inesperadamente y los familiares no recibieron explicación alguna.

La AMI fue solicitada en fecha 27.01.2019 por el municipio y dicho informe fue elaborado el 30.01.2019, señalando que se debe capacitar al personal en el manejo del EC y fortalecer los mecanismos de información. Indica textualmente: *“llamar la atención al personal médico y de enfermería”*.

La AME fue solicitada por los familiares de la paciente en fecha 12.02.2019 sin hacer uso del Formulario de Solicitud de AME. La comisión para la realización de este informe se confirma en el Acta de Entrega y Recepción del EC de fecha 14.03.2019.

El plazo de 20 días para la evaluación técnica de la AME establecido en la norma no fue cumplido debido a que el informe final fue concluido el 18.04.2019, realizándose en aproximadamente dos meses. No se notificó al solicitante ni tampoco se observa si procedió a apelar la decisión.

La AME no aplicó los formularios 3, 4 y 5 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud y dentro de sus recomendaciones se abstiene de dar criterio. Señala textualmente: “...al evidenciar incumplimientos básicos citados, se abstiene del conocimiento de la presente AME”, fundamentando su pronunciamiento en los Artículos 26 y 54 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud.

Existe orden en la documentación, foliación e individualización del Informe de AME.

AME N° 5 (LA PAZ)

Caso en el cual el SEDES solicitó AMI en fecha 12.09.2018. El informe de esta auditoría fue concluido en fecha 04.10.2018 y entregado al SEDES el 21.10.2018. De forma paralela a todo este proceso, el Ministerio de Salud solicitó una AME en fecha 06.09.2018.

No se encontraron formularios de solicitud de AME, solo notas de estos requerimientos. No se procedió a formar la Comisión para la realización de la AME, empero sí existe el Acta de Entrega y Recepción del EC. A los 15 días se emitió el informe final de AME determinando el Rechazo fuera de plazo (dos días de entregada el Acta de EC). Pasaron, aproximadamente, siete meses desde la solicitud de AME habiendo concluido la misma en fecha 12.04.2019.

No se evidenció notificación al interesado tampoco la intención de apelación del mismo.

La AME no aplicó los formularios 3, 4 y 5 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud y dentro de sus recomendaciones solicitó se realice un peritaje.

Existe orden en la documentación, foliación y individualización del Informe de AME.

AME N° 6 (LA PAZ)

Caso de un paciente que fue afectado posteriormente a una cirugía de rodilla. El SEDES solicitó la AMI en fecha 26.11.2018, la cual a momento de su emisión de fecha 14.12.2018, recomendó se haga peritaje. De manera anticipada, el día 05.11.2018 el paciente solicitó la AME sin hacer uso del Formulario de Solicitud.

No se evidenció la conformación del Comité de AME, pero si el Acta de Entrega y Recepción del EC en fecha 05.02.2019. El 20.03.2019 se rechazó la solicitud de AME, ya que la radiografía postquirúrgica que evidencia el posible daño del paciente se encontraba en el poder del mismo y no se podía hacer una valoración completa del EC.



Existe orden en la documentación y foliación de los antecedentes.

AME N° 7 (LA PAZ)

El presente caso trata de una paciente con ocho meses de embazo que acudió a un establecimiento de salud por fuertes dolores de estómago, por lo que fue tratada con calmantes, se le realizó una resonancia magnética y un examen de sangre. Posteriormente, de manera repentina, la paciente fue llevada a quirófano y se le indicó que se le realizaría una cesárea de manera inmediata debido a que en los exámenes figuraban resultados de que era portadora de VIH. Momentos después nació la hija de la paciente a la cual se la medicó con Zidovudina⁴⁷. La madre paciente sostenía que el mencionado medicamento es solo para adultos y causó daños al hígado de su niña, y afirmó también que momentos después del nacimiento la niña no fue puesta en incubadora, por lo que no pudo concluir su desarrollo quedando afectada, además, del hueso tabique, por lo que requeriría una nueva intervención de alto riesgo.

Luego de ser dada de alta con un diagnóstico de VIH, la paciente debía regresar al día siguiente al establecimiento de salud para recabar el resultado final del análisis de la prueba de Elisa⁴⁸. Al no estar listo dicho resultado, la paciente decidió someterse a una nueva prueba en otra institución el que dio como resultado que no sería portadora de VIH, y otro examen de una tercera institución que señalaba lo mismo.

La paciente fue contactada por el establecimiento de salud donde nació su hija y se le confirmó el resultado de la prueba de Elisa indicándole que tenía VIH. Consecuentemente la paciente indicó que tenía otros dos exámenes de respaldo que aseveraban lo contrario, momento en el cual se le indicó que pare con la medicación a la niña ya que se estaría causando daños al hígado.

La paciente solicitó al Ministerio de Salud realizar la AME de su caso.

En la revisión del informe de AME y sus antecedentes se pudo evidenciar que el SEDES solicitó una AMI en fecha 05.07.2018, sin embargo, la misma ya había sido realizada el día 24.05.2018 (no se conoce quién solicitó) recomendando cumplir con la norma del EC, informar casos de VIH complementando con la intervención de un psicólogo, investigar las circunstancias que favorecieron el resultado erróneo de VIH+ en el laboratorio institucional. El mencionado informe de AMI fue remitido a SEDES el 24.12.2018, siete meses después.

47 Instituto Nacional del Cancer. Zidovudina. "Medicamento que inhibe el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA. Es un tipo de antivírico sistémico. También se llama AZT." <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/zidovudina>

48 Medline Plus. Examen de Sangre Elisa. "El ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay o ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas) es una técnica de laboratorio que identifica pequeñas partículas –antígenos–, y gérmenes que causan enfermedades." <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003332.htm>

La solicitud de la AME vino por parte del Ministerio de Salud en fecha 28.06.2018 y de la paciente el 24.05.2018, sin evidenciar el Formulario de Solicitud de AME ni la conformación de un Comité para la realización de la misma. La formalidad del Acta de Entrega y Recepción del EC fue cumplida en fecha 09.11.2018. El informe final de AME data del 06.03.2019, en el mismo texto se ordena notificar a las partes. Concluye determinando en sus recomendaciones que se deben realizar *“cursos para el manejo del EC y aplicación estricta e inmediata del mismo. Socialización y aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica”*; establece que *“en todo caso de urgencia e internados que tengan resultados de VIH y otros resultados de laboratorios (...) deben tener respaldo y comentario correspondiente así como órdenes médicas deben estar escritas en el periodo así como el reporte de enfermería debe señalar en su reporte el momento de la toma de muestra y quién está realizando esta solicitud”*.

No se evidenció documentación alguna sobre una posible apelación ni tampoco la aplicación de los formularios 3, 4 y 5 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud.

Existe orden en la documentación, foliación e individualización del Informe de AME.

AME N° 8 (LA PAZ)

Caso en el cual el SEDES solicita una AMI en fecha 17.10.2018, la misma es emitida en fecha 23.10.2018 y concluye que se debe realizar una capacitación sobre el manejo del EC. Este informe fue remitido a SEDES el día 30.10.2018.

De manera posterior, un requerimiento fiscal (sin fecha) solicita la realización de una AME. La Comisión para la realización de ésta fue conformada en la misma Acta de Entrega y Recepción del EC en fecha 23.11.2018. No se evidencia Resolución de Admisión o Rechazo. La AME fue concluida el 04.02.2019 y recomienda que se aplique la norma del EC de manera fiel, estricta y ordenada.

Se notificó la AME al solicitante en fecha 04.02.2019 y no existe documentación que demuestre que se intentó apelar la decisión. No se evidenció tampoco la aplicación de los formularios 3, 4 y 5 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud.

Existe orden en la documentación, foliación e individualización del Informe de AME.

AME N° 9 (LA PAZ)

Caso que cuenta con una AMI que recomienda que el EC debe estar ordenado y con letra legible. No se evidenció quién solicitó la AMI pero sí la fecha de su conclusión que fue el 13.09.2018.



La AME, por otro lado, fue emitida en fecha 29.01.2019, no evidenció quien hizo la solicitud y cuenta con su Acta de Entrega y Recepción del EC, sin la conformación de la Comisión para la elaboración de la AME. No se evidenció tampoco la aplicación de los formularios 3, 4 y 5 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud. El informe de AME concluye recomendando la aplicación del Artículo 64 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud a los profesionales implicados.

Existe orden en la documentación, foliación e individualización del Informe de AME, sin embargo, existe mucha documentación faltante como solicitudes y notificaciones.

AME N° 1 (COCHABAMBA)

El caso de una paciente que habría contraído una infección por bacteria intrahospitalaria en una clínica privada. Los padres realizaron la denuncia ante el Ministerio Público por lesiones culposas.

De la revisión de la AME se tiene que no cuenta con AMI previa, la solicitud de AME fue a través de requerimiento fiscal, no se utilizó el Formulario de Solicitud de AME. El caso fue revisado por la Comisión de Auditoría Médica conformada por dos auditores médicos acreditados.

La remisión del EC tardó dos meses a partir de su solicitud y 41 días después, fue presentado el informe final de AME, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los formularios 3, 4 y 5 no fueron utilizados.

En total, la solicitud de AME fue realizada el 23.10.2018, la Resolución de Admisión es del 30.01.2019 y la emisión de la AME es del 02.04.2019.

Las recomendaciones fueron de carácter administrativo. Se recomendó a los Directores de las dos clínicas auditadas, la emisión de instructivos escritos para el personal médico, de enfermería y administrativo, sobre la “aplicación de manera obligatoria de la Norma Técnica para el Manejo del EC, para el llenado correcto y registro de los ítems correspondientes, asimismo, el mejoramiento de la calidad de atención”.

No se encontró ningún indicio de mala práctica médica, sin embargo, se determinó que la infección en la paciente se debió a factores y a reacciones inherentes a su propio organismo.

El informe final de la AME fue remitido a conocimiento del Fiscal asignado al caso.

Se verificó que la AME se encuentra en orden, foliada y cuenta con número de informe.

AME N° 2 (Cochabamba)

El presente caso que motivó la solicitud de una AME, fue por presunta perforación de cavidad en una cirugía plástica – liposucción; se presentó denuncia ante el Ministerio Público por lesiones culposas.

En la revisión de la AME, se observa que no existe ningún antecedente de que se hubiera realizado una AMI la solicitud de AME se hizo en fecha 17.04.2019 a través de requerimiento fiscal, no se utilizó el Formulario de Solicitud de AME. El caso fue revisado por la Comisión de Auditoría Médica conformada por dos auditores médicos acreditados.

La remisión del EC se realizó en el mismo mes de abril de 2019; a los 36 días de la fecha de admisión se emitió el informe final de AME, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los formularios 3, 4 y 5 no fueron utilizados.

La Resolución de Admisión de AME data de la misma fecha en que se hizo la solicitud de auditoría, 17.04.2019, y la emisión del informe final es del 11.06.2019.

Los médicos auditores solicitaron los EC el 11.04.2019 al hospital, a la clínica y al consultorio médico que estuvieron involucrados, los cuales fueron proporcionados entre el 12.04.2019, el 15.04.2019 y 30.04.2019, con las respectivas actas de entrega y recepción.

Las recomendaciones establecieron responsabilidad administrativa contra uno de los médicos particulares por la no aplicación de la Norma Técnica para el Manejo del EC, por lo que se le recomendó la aplicación de dicha norma de manera obligatoria para el llenado correcto y registro de los ítems correspondientes. Se recomendó también, realizar una Junta Médica para determinar y viabilizar una segunda cirugía para corregir la complicación.

No se pudo determinar que la perforación intestinal haya sido por una causa específica, ya que podría ser de origen multicausal.

El informe final de la AME fue remitido a conocimiento del Fiscal asignado al caso.

La complicación médica fue resuelta de manera satisfactoria.

Se verificó que la AME se encuentra en orden, foliada y con número de informe.

En este caso, los auditores médicos solicitaron apoyo técnico de médicos especialistas en cirugía plástica.

AME N° 3 (COCHABAMBA)

El motivo de la AME en el presente caso, es por el delito de lesiones (síndrome del niño sacudido – edema y hemorragia cerebral).



En la revisión de la AME se evidencia que no existe antecedente de que se hubiera realizado una AMI. La solicitud de auditoría externa se hizo en fecha 07.11.2018, a través de requerimiento fiscal, no se utilizó el Formulario de Solicitud de AME. El caso fue revisado por la Comisión de Auditoría Médica conformada por dos auditores médicos acreditados.

La remisión del EC se realizó en el mes de julio de 2019; a los 29 días de la fecha de admisión de la AME se emitió el informe final de la misma, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los formularios 3, 4 y 5 no fueron utilizados.

La Resolución de Admisión es de fecha 19.07.2019 y la emisión del informe final de la AME 30.08.2019.

Los médicos auditores solicitaron los EC el 10.07.2019 y el 11.07.2019 a los hospitales, los cuales fueron proporcionados entre el 11.07.2019 y 17.07.2019, con las respectivas actas de entrega y recepción.

Las recomendaciones fueron de carácter administrativo-correctivo de los hallazgos sobre el manejo del EC, para las Direcciones de dos hospitales auditados y sobre la aplicación de manera obligatoria de la Norma Técnica para el Manejo del EC.

El informe final de la AME fue remitido a conocimiento del Fiscal asignado al caso, recomendando ampliar la denuncia contra el entorno familiar, guardería y otros que estuvieron a cargo de la menor.

Dicho edema y hemorragia cerebral causaron un daño neurológico al niño.

Se verificó que la AME se encuentra en orden, foliada y con número de informe.

AME N° 4 (COCHABAMBA)

En el presente caso, el motivo de la solicitud de AME es una cirugía por fractura de tobillo, complicaciones en sala de internación y posterior ingreso a terapia intensiva donde la paciente fallece por paro cardiorrespiratorio en una clínica privada.

De la revisión de la AME se tiene que no existe ningún antecedente de que se hubiera realizado una AMI. La solicitud de AME se realizó por instrucción escrita del Director del SEDES, no se utilizó el Formulario de Solicitud de AME. El caso fue revisado por la Comisión de Auditoría Médica conformada por dos auditores médicos acreditados.

La remisión del EC se realizó el 09.02.2018; a los 69 días de la fecha de admisión se emitió el informe final de AME, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los Formularios 3, 4 y 5 no fueron utilizados.

La solicitud de AME fue realizada en fecha 08.02.2018, la Resolución de Admisión es de 26.02.2018 y la emisión de la AME es del 18.06.2018.

Los médicos auditores solicitaron los EC el 09.02. 2018, mismos que fueron proporcionados el mismo día, con las respectivas actas de entrega y recepción.

En la AME se establecieron conclusiones administrativas y médico técnicas clínica.

Las conclusiones establecieron que el EC, no se encontraría conforme a la Norma Técnica para el Manejo de EC, puesto que se encontró letra poco legible, hoja no registrada, registros de enfermería con sobreañadidos y borrones. Aspectos considerados como inobservancia de la mencionada norma.

Las conclusiones médico-técnica-clínica indican que los médicos especialistas realizaron los procedimientos bajo los rangos normales establecidos en las normas y protocolos de atención a la paciente, por lo que el hecho fue considerado como “un evento especial, característico de los efectos secundarios que producen los fármacos, es decir reacciones a los medicamentos”

Las recomendaciones fueron dirigidas a la Dirección de la clínica privada en el sentido de establecer mejoras en la calidad de la atención, la emisión de un instructivo escrito al personal médico, de enfermería, administrativo y otros dependientes, para la aplicación y cumplimiento de la Norma Técnica para el Manejo del EC, de manera obligatoria.

El informe final de la AME fue remitido a conocimiento del Fiscal asignado al caso.

La paciente falleció en el servicio de terapia intensiva de la clínica privada después de cuatro paros cardiacos.

Se verificó que la AME se encuentra en orden, foliada y con número de informe.

En este caso, los auditores médicos solicitaron apoyo técnico de médicos especialistas en traumatología, cardiología, intensivistas y anestesiólogos.

AME N° 5 (COCHABAMBA)

El motivo de la solicitud de AME es la denuncia de negligencia médica contra el hospital donde se realizó una cirugía de la cabeza denominada “craneotomía”, posterior ingreso a terapia intensiva donde el paciente fue estabilizado de forma favorable, siendo dado de alta el 12.12.2016; ante la imposibilidad de efectuar el pago por los servicios hospitalarios permaneció en el nosocomio y en fecha 22.12.2016 sufrió una bronco aspiración motivo por el cual fue nuevamente ingresado a terapia intensiva donde falleció por paro cardiorespiratorio el 25.02.2017.

De la revisión de la AME se tiene que no existe ningún antecedente de que se hubiera realizado una AMI; la solicitud de AME fue a través de requerimiento fiscal, no se utilizó el



formulario para el efecto. El caso fue revisado por la Comisión de Auditoría Médica conformada por dos auditores médicos acreditados.

La remisión del EC se realizó en fecha 08.03.2017; a más de un año de la fecha de admisión se emitió el informe final de AME, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los formularios 3, 4 y 5 no fueron utilizados.

La solicitud de AME fue realizada el 04.01. 2017, la Resolución de Admisión es de 14.03. 2017 y la emisión de la AME es del 22.08.2018.

Los médicos auditores solicitaron el EC el 06.03.2017, mismo que fue remitido en fecha 08.03.2017, mediante comunicación interna por solicitud de los auditores médicos del SEDES.

Las recomendaciones fueron de carácter administrativo-correctivo sobre los hallazgos en el manejo del EC, recomendando la aplicación de manera obligatoria de la Norma Técnica para el Manejo del EC; al Director del hospital instruir al Gestor de Calidad del hospital la elaboración de normativa hospitalaria sobre el procedimiento administrativo de egreso del paciente con alta hospitalaria, que optimice los tiempos de salida de los pacientes que tengan o no recursos económicos para pagar la cuenta de atención hospitalaria; asimismo, recomendó organizar la atención médica de pacientes hospitalizados en el turno noche.

Los familiares del paciente presentaron denuncia por lesiones graves ampliando la misma mediante querrela por el delito de homicidio culposo.

El paciente falleció en el hospital a causa de un paro cardiorespiratorio.

Se verificó que la AME se encuentra en orden, foliada y con número de informe.

AME N° 6 (COCHABAMBA)

El motivo de la solicitud de AME es la denuncia de mala práctica en tratamiento odontológico.

Como resultado de la revisión de la AME, se observa que no existe antecedente de haberse realizado una AMI. La solicitud de AME se hizo a través de requerimiento fiscal, no se utilizó el formulario establecido. El caso fue revisado por la Comisión de Auditoría Médica conformada por dos auditores médicos acreditados.

La remisión de los EC se realizó en los meses de diciembre de 2017 y marzo de 2018; a los cuatro meses de la fecha de admisión se emitió el informe final de AME, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los formularios 3, 4 y 5 no fueron utilizados.

La solicitud de AME fue realizada el 05.04. 2017, la Resolución de Admisión es de 14.03. 2018 y la emisión de la AME es del 17.07.2018.

Las Actas de Entrega y Recepción del EC datan de fechas 07.12.2017, 01.03.2018 y 05.03.2018.

Las recomendaciones fueron de carácter administrativo-correctivo sobre los hallazgos en el manejo del EC, se recomendó la aplicación de manera obligatoria de la Norma Técnica para el Manejo del EC; asimismo, se recomendó el inicio de procesos administrativos contra dos odontólogos.

Los familiares del paciente presentaron denuncia penal por lesiones graves.

El paciente falleció con diagnóstico de cáncer.

Se verificó que la AME se encontraba en orden, foliada y con número de informe.

AME N° 7 (COCHABAMBA)

La solicitud de AME por la denuncia de lesiones gravísimas en atención de parto en centro médico.

La revisión de la AME muestra que no existe ningún antecedente sobre la realización de una AMI; la petición de AME se hizo a través de requerimiento fiscal, no se utilizó el Formulario de Solicitud correspondiente. El caso fue revisado por la Comisión de Auditoría Médica conformada por dos auditores médicos acreditados.

La remisión del EC se realizó transcurrido un día de haber sido solicitado por los auditores médicos; a los 36 días hábiles de la fecha de admisión se emitió el informe final de AME, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los formularios 3, 4 y 5 no fueron utilizados.

La solicitud de AME fue realizada en fecha 26.02.2018 y la emisión del informe de la misma data del 14.08.2019.

Los médicos auditores solicitaron los EC al hospital en fecha 29.04.2019 y el 30.04.2019 al centro médico, lugares donde ocurrieron los hechos. Dicha documentación fue proporcionada el 30.04.2019 y 31.07.2019 con el Acta de Entrega y Recepción del EC.

Las recomendaciones establecieron inicio de proceso administrativo contra el médico del centro de salud.

Los familiares del paciente iniciaron proceso penal por lesiones gravísimas.

La paciente se encuentra con invalidez.

Se verificó que la AME se encuentra en orden, foliada y cuenta con número de informe.



AME N° 8 (COCHABAMBA)

En el presente caso, el motivo de la solicitud de AME es por denuncia de mala práctica en tratamiento odontológico.

De acuerdo a la revisión de la AME, se tiene que no existe ningún antecedente de que se hubiera realizado una AMI la solicitud de AME fue a través de solicitud particular, no se utilizó el formulario establecido en la norma. El caso fue revisado por la Comisión de Auditoría Médica conformada por dos auditores médicos acreditados.

La remisión del EC se realizó a los seis días de haber sido solicitado por los auditores médicos; a los tres meses de la admisión, se emitió el informe final de AME, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los formularios 3, 4 y 5 no fueron utilizados.

La solicitud de AME fue realizada el 21.11.2016, la Resolución de Admisión es de 18.01.2017 y la emisión de la AME es del 13.04.2017.

Los médicos auditores solicitaron el EC en fecha 10.01.2017 a la clínica, mismo que fue proporcionado el 16.01.2017, con la respectiva Acta de Entrega.

Las recomendaciones fueron de carácter administrativo-correctivo sobre los hallazgos en el manejo del EC, para que el personal de la clínica tenga mayor cuidado en el llenado y manejo prolijo del mismo, por ser un documento científico y académico; recomendó la aplicación de manera obligatoria de la Norma Técnica para el Manejo del EC y la realización de una Junta Médica con el objetivo de plantear a la paciente nuevas oportunidades y alternativas de tratamiento si el caso amerita y, posteriormente, se le recomiende sujetarse a la opinión estricta de las recomendaciones o conclusiones a las que llegue la Junta Médica, que deberá estar plasmada en un acta de conformidad.

Los familiares de la paciente presentaron denuncia penal por lesiones gravísimas. La paciente tiene invalidez por su patología.

Se verificó que la AME se encuentra en orden, foliada y cuenta con número de informe.

MINISTERIO DE SALUD

AME N° 1

El caso corresponde a una paciente que fue sometida a una cirugía y sufre una perforación en la vejiga, a consecuencia de este hecho se ve obligada a usar pañales. El profesional de salud acusado de mala praxis indica que fue un accidente fortuito. Se debe especificar que el médico involucrado en este caso, en esa época, formaba parte de la Sociedad Boliviana de Auditores Médicos.

En la revisión de la AME y sus antecedentes, se puede evidenciar que no existe una AMI ni tampoco un informe de AME emitido por el SEDES o por la autoridad de supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo de aquella época. La solicitud de AME fue hecha directamente por el Ministerio de Salud en fecha 28.07.2016, como si se tratara de un caso en apelación o como si el hecho se hubiera suscitado en un departamento en el que no se cuenta con auditores médicos acreditados; sin embargo, el hecho sucedió en la ciudad de La Paz. Existe un acta de recepción del EC de fecha 03.08.2016 y no se evidencia la formación de una comisión para la elaboración del informe.

En la elaboración del informe, se aplicaron los formularios 3 y 4 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, empero, no se evidenció la existencia del formulario 5 de dicha Norma.

La AME fue concluida por el Ministerio de Salud en fecha 20.12.2016 y entre sus recomendaciones o conclusiones indica que se debe realizar un peritaje al servicio de ginecología para determinar el riesgo y/o posible divergencia de procedimiento quirúrgico. Adicionalmente, se pronuncia sobre la aplicación de formularios de interconsulta, el registro de información brindada al paciente en el EC, la implementación de una enfermera vigilante dentro del personal y temas relacionados al comité de enseñanza.

En temas de forma, se evidenció falta de orden, de foliado y de correlación en los antecedentes del informe de AME.

Existe una imputación penal a una ginecóloga, la misma que es auditora médica en otros informes.

AME N° 2

El caso hace referencia a paciente en situación crítica como consecuencia de accidente de tránsito.

En la revisión de antecedentes del presente caso, se evidenció que no hubo una AMI pero sí una AME emitida por SEDES. Dicha auditoría fue solicitada por el Gobierno Autónomo Departamental en fecha 27.05.2016 y también por la parte interesada del paciente en fecha 19.05.2016, no cursa el Formulario de Solicitud de AME ni la conformación de una Comisión para la elaboración de este informe.

En este primer informe se verificaron los formularios 3 y 4 anexados para su cumplimiento en la Norma Técnica de Auditoría en Salud, pero no así el formulario 5. En la parte de recomendaciones establece supervisar la aplicación de la norma vigente del EC e implementar AMI en casos complejos de morbimortalidad.



La fecha del informe data del 11.04.2016 y la fecha de apelación del 27.05.2016, caso en que no se cumple el plazo de tres días de apelación establecido en la Norma Técnica de Auditoría en Salud.

La AME emitida por el Ministerio de Salud concluye en fecha 14.01.2017 por lo que no se cumplieron los 20 días para la elaboración de la misma. Se cuentan con los formularios 3 y 4 anexados para su cumplimiento en la Norma Técnica de Auditoría en Salud, pero no con el formulario 5 que establece esta Norma. En cuanto a sus recomendaciones, establece que se debe transferir a pacientes de acuerdo al nivel de atención para un mejor seguimiento en patologías de tercer nivel, y que se deben aplicar los formularios como lo establece la Norma.

En temas de forma, se evidenció falta de orden, de foliado y de correlación en los antecedentes del informe de AME.

Se observa que uno de los auditores del presente caso, es acusado de negligencia médica en otro hecho.

AME N° 3

En la revisión de antecedentes del presente caso se evidenció la existencia de una AME emitida por el ex INASES, cuyo informe es de fecha 08.02.2017; cuenta con los formularios 3 y 4 anexados para su cumplimiento en la Norma Técnica de Auditoría en Salud, no así el 5 que establece la misma Norma.

Las recomendaciones específicas establecen indicios de responsabilidad penal por parte de la pediatra, debido a la omisión de valoración médica que conllevó al retraso de diagnóstico e inicio de tratamiento; se determinó que hubo mala praxis por parte de otro pediatra que derivaría a un proceso administrativo por el retardo en solicitar estudios de imagenología y porque dicho profesional no acudió a llamados de enfermería estando de turno nocturno; se evidenciaron “errores o mala praxis” por parte de la enfermera auxiliar por no proporcionar información al médico de guardia del servicio de pediatría, sugiriendo iniciar un proceso administrativo. Este informe, igualmente, observa a la AMI (no cursa entre los antecedentes) señalando que debe haber sanciones por su mala realización.

Uno de los profesionales de salud implicados apeló el informe de AME sin cumplir el plazo de tres días establecido por la Norma Técnica en Auditoría en Salud, lo hace aproximadamente nueve meses después, el 23.10.2017.

El informe final de AME de apelación fue emitido por el Ministerio de Salud en fecha 15.12.2017 sin cumplir los 20 días para su elaboración. Este pronunciamiento cuenta con el formulario 4, no existen el 3 y 5 establecidos en la Norma Técnica de Auditoría en Salud.

Las recomendaciones emitidas por esta máxima instancia establecieron que se debe actualizar y reciclar al personal para su mejor manejo; se debe exigir que se sellen los documentos con claridad; que se mejore la identificación de servicios en formularios; que se mejore la legibilidad, que intervengan peritos para *“aclarar conceptos de la enfermedad y sus consecuencias; deberá informar sobre la varicela, su inmunización, evolución y complicaciones como el presente caso, uso y manejo de antibióticos”*; que *“no procede la realización del proceso administrativo contra un determinado profesional de salud como lo determinaba la anterior AME”*; y que dichos informes deben estar firmados por auditores médicos acreditados.

En temas de forma, se evidenció falta de orden, de foliado y de correlación en los antecedentes del informe de AME.

AME N°4

El caso tras de un paciente neonato que nació con sufrimiento fetal desembocando en secuelas neurológicas.

En la revisión de antecedentes se evidencia que no hubo una AMI, la realización de una AME emitida por el ex INASES, cuyo informe es de fecha 16.02.2017 y que cumple con los formularios 3 y 4 anexados según establece la Norma Técnica de Auditoría en Salud. El mismo fue apelado en fecha 01.03.2019, por el profesional de salud implicado.

La conclusiones del primer informe de AME determinaron que existirían indicios de responsabilidad penal para el médico ginecólogo por no cumplir normas y protocolos en consultas de control prenatal, por lo que no reconoció el embarazo de alto riesgo y tampoco llegó a reconocer oportunamente el sufrimiento fetal crónico; también existió retardo en valoración de resultados de cardiografía realizando la cesárea de emergencia, 24 horas después de evidenciar signos claros de sufrimiento fetal.

Se señala, igualmente, que existen indicios de responsabilidad penal del pediatra neonatólogo por no atender al paciente oportuna y eficazmente aun conociendo sus antecedentes críticos; se determinan indicios de mala praxis por parte de un profesional médico por no evidenciar el desperfecto del equipo ventilador; y finalmente, se establecen indicios de responsabilidad civil, penal y administrativa al ente gestor de seguridad social implicado por no proveer equipos e insumos necesarios.

El tiempo de tres días para apelación no fue cumplido ya que el informe de AME data de 2017 y el recurso fue interpuesto el 01.03.2019. El informe de “auditoría médica de revisión”, de fecha 24.04.2019, fue elaborado por el Ministerio de Salud, se evidencian los formularios 3 y 4 anexados en cumplimiento de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, pero no el formulario 5.



En sus recomendaciones, este segundo informe establece que se debería realizar un peritaje por un perinatólogo para determinar causas precisas de las secuelas, la realización de auditorías médicas internas periódicas y actividades de educación continua. No existe ningún pronunciamiento sobre la AME de INASES, sin embargo en la parte de “No Conformidades”, indica que el informe correspondiente no cuenta con recomendaciones específicas.

En temas de forma, se evidenció falta de orden, de foliado y de correlación en los antecedentes del informe de AME.

AME N°5

Caso suscitado en el departamento de Beni donde un paciente de 1 año y 2 meses de edad ingresó a Emergencias con alta posibilidad de fallecer por deshidratación severa, anemia moderada y shock hipovolémico. Ingresó a UTI por dos días logrando buena evolución, pasando a sala de cuidados de enfermería. Al día siguiente, presentó de forma súbita un paro cardiorespiratorio minutos después de recibir medicación por la enfermera de turno, siendo ingresado nuevamente a UTI por 15 días con un cuadro complicado y desnutrición leve. Evolucionó favorablemente, empero terminó con secuelas neurológicas.

En la revisión de los antecedentes del caso, se evidenció que la solicitud de AME fue realizada mediante requerimiento fiscal en fecha 02.08.2018 directamente al Ministerio de Salud.

El informe final de la AME fue emitido en fecha 03.10.2018, excediéndose de los 20 días de plazo establecidos por la norma. Se evidencian los formularios 3 y 4 anexados según establece la Norma Técnica de Auditoría en Salud y la inexistencia del formulario 5.

Las recomendaciones de esta AME establecen que se debe proceder a proceso administrativo a médicos pediatras y personal de enfermería implicados en el hecho, además de realizar una auditoría de servicio del área de pediatría y terapia intensiva pediátrica. Las razones residen en que los profesionales involucrados no participaron en el evento adverso del paro cardiorespiratorio o no realizaron el seguimiento diario registrando evoluciones médicas.

En temas de forma, se evidenció falta de orden, falta de foliado y de correlación en los antecedentes del informe de AME.

AME N°6

Caso suscitado en establecimientos de salud en Oruro y Cochabamba, referido a paciente de año y medio de edad que fue sometido a procedimiento quirúrgico menor y resultó con un fallo multiorgánico que lo llevó al fallecimiento.

En la revisión de antecedentes de la AME se evidenció una AMI que recomienda seguir lineamientos de la norma en el manejo del EC y que los médicos tratantes de cada servicio deben atender de manera oportuna.

De forma posterior, el SEDES solicita la realización de AME en 24.04.2018. Se realizan dos auditorías por los diferentes establecimientos de salud donde sucedieron los hechos. La AME realizada en Cochabamba tiene fecha de 08.02.2019 y concluye que se debe realizar un proceso administrativo a los médicos involucrados en este departamento; en Oruro, la AME fue concluida en la misma fecha y fuera de recomendar un proceso administrativo, encuentra también indicios de mala praxis en el actuar de los médicos tratantes, recomendando, finalmente, realizar pericia médica por la subespecialidad correspondiente.

Durante el proceso, no se evidencia la conformación de la Comisión para desarrollar el informe, pero sí la solicitud de nombramiento de dicha Comisión. No existe acta de recepción y entrega del EC.

En temas de forma, se evidenció falta de orden, de foliado y de correlación en los antecedentes del informe de AME.

AME N°7

Situación de paciente con diagnóstico de alcoholismo crónico, hepatopatía postalcohólica y hemorragia digestiva que derivó en su fallecimiento. Caso que aparentemente se encontraba en vías de resolución, sin embargo, el deceso se da luego de producirse agresividad, confusión y alucinaciones, por lo que se pensó que eran reacciones de un Síndrome de Abstinencia, cuando probablemente se debía a una anemia aguda por hemorragia digestiva que no se exteriorizó y conllevó a su defunción.

Por datos recabados en la parte recomendatoria del documento, se conoce que la AME fue realizada por requerimiento fiscal, sin que conste la fecha exacta del mismo.

En la revisión del informe de AME se evidencia que los antecedentes se encontraban incompletos. La realización de dicha auditoría data del 27.06.2019. Al ser un hecho suscitado en la ciudad de Oruro y no se contaban con auditores, la AME debió ser realizada por el Ministerio de Salud como instancia única, en la que se recomienda que se debe orientar a las partes sobre la necesidad de la realización de una pericia médica por especialistas gastroenterólogos; recomienda a uno de los profesionales que actualice sus conocimientos permanentemente; libera de responsabilidad a todos los profesionales implicados y concluye recordando que dicho pronunciamiento puede ser apelado.

En temas de forma, se evidenció falta de orden, falta de foliado y de correlación en los antecedentes del informe de AME.



AME N°8

Situación de paciente de medicina estética (liposucción y lifting) que terminó en fallecimiento. Dos días después de la intervención, el paciente reportó vómitos y el cardiólogo destacó la dificultad e insuficiencia respiratoria. Se procedió con una cirugía que encontró un diagnóstico de peritonitis por perforación de intestino delgado. El paciente fue ingresado a terapia intensiva y al día siguiente falleció por paro cardiorrespiratorio.

En la revisión documental y de antecedentes del caso, se evidencia que el informe de AME fue emitido por el Ministerio de Salud en fecha 16.06.2016. Los antecedentes no fueron facilitados, por lo que no se puede detallar la existencia de la AMI, solicitudes, actas, entre otros.

En la primera AME emitida por SEDES, en fecha 16.06.2016, dentro de las recomendaciones específicas se estableció que al encontrar indicios de mala práctica se debe iniciar proceso administrativo al cirujano plástico.

Por otro lado, el informe de AME realizado por el Ministerio de Salud en fecha 23.12.2016, recomienda que se debe mejorar la realización del consentimiento informado en casos quirúrgicos; que se debe hacer seguimiento a resultados de estudios complementarios registrados en el EC; se deben aplicar formularios de interconsulta; y finalmente, *“considerar el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica en su Artículo 64 Indicios o evidencias de responsabilidad”*.

En temas de forma, se evidenció falta de orden, falta de foliado, falta de correlación en los antecedentes del informe de AME.

ASUSS

AME N° 1

Paciente con litiasis vesicular con evolución desfavorable que desemboca en fallecimiento.

De la revisión del caso y sus antecedentes se observa que se cuenta con una AMI de fecha 06.03.2019, misma que sugiere la realización de una AME. La solicitud fue realizada por requerimiento fiscal en fecha 16.04.2019 y el informe final data de 30.09.2019.

En los antecedentes no se evidenció el Formulario de Solicitud de AME, no se procedió al nombramiento de la comisión, pero se advierte la existencia del Acta de Entrega y Recepción del EC de fecha 29.03.2019. No hubo Resolución de Admisión o Rechazo de AME y tampoco se cumplieron los 20 días para la elaboración del informe. Los formularios 3 y 4 se encuentran adjuntos pero no se evidencia el formulario 5.

El informe de AME concluye con las recomendaciones de que se instaure un proceso administrativo a los profesionales involucrados y se derive el caso al Ministerio Público.

La notificación de la AME a los solicitantes no se realizó aún, pero el mismo informe de fecha 30.09.2019, establece que deben ser notificados.

La documentación se encontraba completa, ordenada y debidamente identificada.

AME N° 2

El caso refiere a problemas administrativos que desembocan en negación de atención a paciente que sufrió accidente de tránsito.

De la revisión del mismo y sus antecedentes, se observa que no se hizo la AMI. El requerimiento de AME fue realizado por el ente gestor en fecha 12.03.2019, cuyo informe fue emitido el 30.09.2019.

No se evidencia la existencia del Formulario de Solicitud de AME, ni de la Resolución de Admisión o rechazo, tampoco la conformación formal de la comisión para la realización de la misma, ni el Acta de Entrega y Recepción del EC. Los formularios 3 y 4 se encuentran adjuntos, excepto el 5. Los 20 días de plazo para la elaboración del informe de AME no fueron cumplidos.

Entre sus recomendaciones, se establece que se debe realizar un proceso administrativo a la trabajadora social por no cumplir con el reglamento de prestaciones y se debe liberar de cargos a otros profesionales.

La notificación de la AME a los solicitantes no se realizó aún, no obstante que el mismo informe de fecha 30.09.2019., establece que deben ser notificados.

La documentación se encontraba incompleta al no contar con varios antecedentes.

AME N° 3

Realización de AME por denuncia de tráfico de órganos. De acuerdo a la revisión de documentos y antecedentes del presente caso, se determina la no existencia de una AMI previa. La entidad competente por iniciativa propia inicia la AME debido a las denuncias públicas.

El informe final de AME es emitido en fecha 30.09.2019. No existe el Formulario de Solicitud de AME, tampoco la Resolución de Admisión o rechazo, ni el nombramiento formal de la comisión para desarrollar dicho informe. El Acta de Entrega y Recepción del EC data de fecha 04.04.2019. Los formularios 3 y 4 se encuentran adjuntos, no se evidencia la existencia del 5.

Los 20 días de plazo para la elaboración del informe de AME no fueron cumplidos.



Entre sus recomendaciones establece que se debe iniciar proceso administrativo al nefrólogo, al cirujano y a la jefatura médica.

La notificación de la AME a los solicitantes no se realizó aún, el mismo informe de fecha 30.09.2019 establece que deben ser notificados.

La documentación se encontraba completa, ordenada y debidamente identificada.

AME N°4

La paciente habría sufrido parálisis facial por complicaciones post-quirúrgicas que se presentaron posterior al tratamiento recibido, debido a perforación timpánica.

En la revisión de antecedentes se observa que si se cuenta con AMI previa. La solicitud de AME fue realizada por el Director General Ejecutivo de la ASUSS, no se utilizó el Formulario de Solicitud de AME y el caso fue revisado por la Comisión de Auditoría conformada por tres auditores médicos.

La remisión del EC se realizó el 08.03.2019, la presentación del informe final de AME se hizo el 30.09.2019, no se verificó la fecha de notificación y se constató que los formularios 3 y 4 fueron utilizados, y no el 5.

La solicitud de AME fue realizada en la gestión 2018, no se pudo verificar la fecha exacta ni se evidenció la existencia de la Resolución de Admisión. La emisión de la AME es del 30.09.2019.

Las recomendaciones señalan el cumplimiento del Artículo 64.1 con relación al manejo del EC identifican incumplimiento a las Normas Técnicas de Manejo de EC; se hace referencia al lo que señala el Artículo 63 sobre liberación de cargos al no encontrar indicios de mala práctica médica; y exige el cumplimiento de recomendaciones en el plazo de 60 días hábiles.

Describe la evolución favorable del paciente y mejora en la parálisis facial post cirugía.

Se verificó que la AME se encuentra en orden, cuenta con número de informe y no consigna foliatura.

AME N° 5

El caso hace referencia a paciente de 78 años de edad que se apersonó al hospital para ser atendido, estuvo siete días y su salud empeoró, por lo cual sus familiares decidieron llevarlo a una clínica donde se recuperó favorablemente.

Entre los antecedentes cursa la AMI que recomienda revisar, analizar y aplicar la normativa vigente en relación a las normas de atención clínica y Norma Técnica para el Manejo de EC.

Se solicitó la realización de una AME, misma que entre sus recomendaciones generales señala la supervisión y control en la aplicación de la Norma Técnica para el Manejo del EC, así como de la norma de procedimientos de enfermería, de diagnóstico e implementar el registro correspondiente en el EC entre otros. Las recomendaciones específicas hacen referencia a la notificación a las partes, proceso administrativo a los profesionales que intervinieron en el caso y cumplir con el plan de acción correctiva.

Los hechos datan de julio de 2018, la solicitud de AMI fue realizada en agosto del mismo año, la emisión de la AME fue en septiembre del 2019.

Se cuenta con el Formulario de Solicitud de AME de parte de los familiares, así como con el formulario 2 sobre la devolución del EC de 30.09.2019, existe el nombramiento de comisión, no cursa Resolución de Admisión, ni notificaciones. Los formularios 3 y 4 cursan en los antecedentes, el número 5 no se registra.

En general, los antecedentes están ordenados, no tienen foliación, el informe de AME tiene número.

AME N° 6

Caso de trasplante renal por un supuesto tráfico de órganos. Se cuenta con un acta de entrega del EC de abril de 2019 y otra de devolución, de septiembre de 2019.

La AME es de fecha 30.09.2019, cuenta con los formularios 3 y 4 para la verificación documental y el resumen analítico.

Entre las recomendaciones generales se tiene la aplicación de la normativa, implementación del registro correspondiente en el EC, designación del coordinador hospitalario y seguimiento al cumplimiento de la normativa. Las recomendaciones específicas solicitan proceso administrativo a los profesionales que intervinieron en el caso y ejecución del plan de acción correctivo.

Por información de las auditoras médicas, la ASUSS realiza seguimiento a sus AME hasta 60 días; cuenta con seis auditorías realizadas hasta el 30 de septiembre de la presente gestión y 46 casos pendientes.

III. TESTIMONIOS

Se recogieron 15 testimonios de pacientes y/o familiares que se consideraron afectados en su salud y que solicitaron la realización de AME a las instancias correspondientes, así como las dificultades que atravesaron hasta la obtención del informe de AME.



TESTIMONIO 1 (CHUQUISACA)

La doctora M.T.F. refiere que en fecha 10.09.2017, su esposo ingresa de emergencia a un primer hospital por supuestos problemas gástricos, por lo que habrían procedido a inyectarle antiespasmódicos para calmar el dolor, sin embargo, ante la persistencia de éste y que no calmaba, y ante la situación de que su esposo se iba debilitando, en horas de la noche es trasladado a un segundo hospital gastroenterológico, donde después de casi seis horas de espera le diagnostican Hemorragia Interna, siendo atendido de forma inmediata y realizándole una intervención quirúrgica llevada a cabo por el doctor D.D. como médico privado, con la asistencia del médico de turno.

Después de haber transcurrido varios días en terapia intensiva, los médicos deciden que el paciente sea sacado de esta unidad para ser trasladado al primer hospital en el que fue ingresado inicialmente, donde después de varios días de internación, se presenta un paro cardio-respiratorio producto de la obstrucción o taponamiento del tubo endotraqueal, como consecuencia del descuido del personal de turno, lo cual le provoca un daño cerebral severo. Por otro lado, con el fin de cubrir los errores cometidos, habrían vuelto a operar a su esposo por un supuesto foco infeccioso en la región abdominal, que estaría causando el distrés respiratorio.

Asimismo, refiere que durante dos meses su esposo estuvo internado sin mejoría alguna, motivo por el cual fue trasladado a una tercera clínica privada de la ciudad de Cochabamba, donde le manifiestan que el paciente presenta daño cerebral irreversible, y después de varios estudios es dado de alta y trasladado a su domicilio.

Tras retornar a la ciudad de Sucre, por iniciativa propia como esposa del paciente, en fecha 05.12.2017 presenta nota a la Dirección de Fiscalización y Control del Sistema de Salud solicitando auditoría interna por negligencia médica, sin que a la fecha haya obtenido respuesta a la solicitud efectuada.

Refiere que desde que presentó la denuncia no ha recibido mayor información acerca del resultado de la auditoría, que tampoco sabe quiénes conforman o quienes fueron nombrados como auditores médicos, pese a que en su momento cuando existía el ASINSA, esta instancia habría solicitado la custodia de las historias clínicas tanto del primer hospital donde fue atendido como del segundo hospital gastroenterológico, las cuales habrían sido enviadas a la oficina de la ciudad de La Paz.

Sin embargo, esta instancia al haber cerrado, originó que el caso quede en suspenso pese a los constantes reclamos realizados en el SEDES y en los hospitales involucrados, mismos

que referían que la historia clínica se encuentra en la ciudad de La Paz y no podían dar más información.

Por otro lado, indica que presentó denuncia a la Defensoría del Pueblo de Chuquisaca, y a pesar de las gestiones realizadas por esta institución tampoco emitieron la auditoría médica, incluso refiere que todo el sector médico se habría puesto en su contra por haber denunciado el hecho de negligencia médica, llegando a ser víctima de muchos actos de discriminación por parte de sus colegas médicos.

Finalmente, indica que a la fecha sigue esperando el resultado de la auditoría médica a efectos de presentar la denuncia penal, aunque señala que ya perdió las esperanzas de que se haga justicia por la muerte de su esposo.

TESTIMONIO 1 (COCHABAMBA)

La señora M.J.M. manifiesta que su padre S.J.A., de 62 años, habría sido víctima de mala praxis durante la atención que le brindaron profesionales odontólogos y maxilofaciales, por un problema dental (osteomielitis), a partir de abril de 2016, y que como consecuencia falleció el 29.11.2017 con diagnóstico de cáncer.

Señala que no solicitó Auditoría Médica Interna porque desconocía de esa posibilidad y que la Auditoría Médica Externa fue solicitada en enero de 2018 mediante requerimiento fiscal, dentro la denuncia penal que presentó contra los odontólogos J.G. y E.M.

Indica que los auditores médicos del SEDES solicitaron la entrega del expediente clínico de su papá y desconoce quién o quiénes habrían custodiado dicho documento.

Menciona que en fecha 23.07.2018 fue notificada con el informe final de Auditoría Médica Externa, con cuyo resultado no quedó conforme ya que no se determinó responsabilidad contra los denunciados y por falta de asesoramiento no logró impugnar.

Ante la demora en la emisión del informe final de AME, tuvo que presentar notas de reclamo ante el Director del SEDES, instancia que una vez emitido el informe final notificó a la Fiscalía y a los denunciados. Actualmente, el proceso penal contra los mencionados odontólogos se encuentra en etapa de juicio oral desde febrero de 2019.

Refiere que en marzo de 2017 acudió a una reunión del Directorio del Colegio de Odontólogos, donde de manera verbal informó el caso de su padre demostrando con fotografías sobre el estado en el que se encontraba. No pusieron interés en su caso puesto que no le dijeron nada.



TESTIMONIO 2 (COCHABAMBA)

La señora S.R. manifiesta que su padre J.R.B., de 81 años, habría sido víctima de negligencia médica en el hospital donde fue internado el 08.03.2019 por fractura de rodilla, donde le sometieron a cirugía y, posteriormente, le pusieron una férula hasta la cadera, la cual le habría provocado una herida a la altura de la prótesis de cadera que tenía, que se intentó dañando la prótesis. Indica que se realizó una Junta Médica en la que se determinó retirar la prótesis, por lo que el 13 de mayo de este año, le realizaron cirugía de retiro de material osteosíntesis y prótesis de cadera. Señala que actualmente continúa internado en el mismo hospital.

En abril de 2019, refiere que solicitó al Director del mencionado hospital, se realice una AMI, cuyo informe fue emitido el 09.07.2019 y notificado el 19.07.2019.

Señala que a finales de agosto de 2019, solicitó a la ASUSS, con el apoyo de la Asociación de Víctimas y Familiares de Negligencia Médica, que se realice una Auditoría Médica Externa, la cual se encuentra pendiente.

Asimismo, acudió al Colegio Médico para hacer conocer de manera verbal el caso de su papá, pero no le registraron y le pidieron que lo presente por escrito.

TESTIMONIO 3 (COCHABAMBA)

La señora W.J.H.F. manifiesta que su hija G.A.H., de 16 años, habría sido víctima de negligencia médica en la clínica donde la llevó el 05.02.2018 por una lesión en el tobillo, siendo sometida a una intervención quirúrgica y después de algunas horas de concluida la intervención sufrió paro y fue ingresada a terapia intensiva donde falleció a los dos días.

Señala que no solicitó la realización de AMI porque desconocía de ello y la AME fue realizada por instrucción del Director del SEDES a solicitud de la Defensoría del Pueblo, misma que fue realizada por los dos auditores médicos que tiene el SEDES Cochabamba, quienes se habrían apersonado a la clínica en la misma fecha del fallecimiento para solicitar el EC de su hija e iniciaron la AME el 09.02.2018, la cual concluyó en junio del mismo año, no recuerda la fecha por su estado emocional.

Indica que el resultado de la AME no determinó ninguna responsabilidad para los médicos que atendieron a su hija; a pesar del resultado presentó el informe de AME al Fiscal que está a cargo de la investigación, puesto que continúa con el proceso penal que inició contra los médicos involucrados en la atención de su hija.

No realizó ningún reclamo y no pensó en acudir al Colegio Médico.

TESTIMONIO 4 (COCHABAMBA)

La señora W.T.H. manifiesta que su esposo R.A.M., de 54 años, habría sido víctima de negligencia médica en la clínica donde el 21.03.2018 fue intervenido quirúrgicamente por el odontólogo E.M.N., por un tumor ameloblastoma benigno, de cuya intervención salió directo a terapia intensiva y actualmente continúa internado en terapia intermedia en la misma clínica.

Señala que solicitó a la Dirección de la clínica la realización de AMI, la cual no se hizo efectiva porque ésta no contaba con auditores médicos, por lo que solicitó la AME en julio de 2018, mediante requerimiento fiscal dentro la denuncia penal que presentó contra el mencionado odontólogo y personal de la clínica.

Indica que los auditores médicos del SEDES Cochabamba, solicitaron a la clínica el expediente clínico de su esposo para realizar la AME.

Menciona que a fines de octubre de 2018 fue notificada con el informe final de AME, cuyo resultado no es de su conformidad, por lo que apeló ante el Ministerio de Salud donde actualmente se encuentra pendiente de pronunciamiento.

Señala que para la emisión de dicho informe, realizó reclamos verbales y escritos ante el Director del SEDES Cochabamba por la demora en la culminación de la AME. Asimismo, indica que el SEDES notificó con el mencionado informe final a la Fiscalía y a los denunciados.

Por otra parte, manifiesta que presentó denuncia ante el Colegio de Odontólogos, instancia que acreditó que es profesional odontólogo y ante el Colegio de Maxilofaciales, que se pronunció desconociéndole como especialista maxilofacial.

Agrega que el 12.01.2019 solicitó ante el Ministerio de Salud la realización de Auditoría Médica Concurrente contra la clínica privada, por el abandono a su esposo y maltrato a sus familiares, cuyo informe fue emitido el 22.01.2019, evidenciando descuido del paciente puesto que las infecciones que habría adquirido se debieron a bacterias intrahospitalarias, por lo que realizaron recomendaciones a la clínica, cuya Directora impugnó dicho informe, empero el Ministerio de Salud instruyó el cumplimiento de las recomendaciones.

TESTIMONIO 1 (LA PAZ)

La señora M.E. menciona que su esposo F.V.P.S., como trabajador de una universidad pública acudió a una revisión médica de su seguro, donde le detectaron cálculos en la vesícula debiendo ser intervenido; indica que ingresó a cirugía caminando, con todos los estudios solicitados. Posterior a la cirugía, el doctor le informó que la operación fue un éxito mostrándole, incluso, las piedritas del cálculo de la vesícula.



Señala que en sala de espera, ella observa que ingresan y salen médicos de la sala donde intervinieron a su esposo, incluso que meten un resucitador y nadie le informa lo que estaba pasando. Después de ello sacan a su esposo y lo ve muy agitado, lo llevan a recuperación, pero la enfermera le informa que su esposo estaba en terapia intensiva; pregunta qué pasó y solo le indican que hable con el médico. En horas de la tarde le informan que su esposo empezó a convulsionar y debido a eso tenían que dormirlo por tres horas. Menciona que estuvo dos semanas en un coma inducido y posterior a ello, el doctor le informa que le realizarían diferentes estudios indicándole que su esposo tendría un edema en su cerebro (agua en el cerebro).

En el transcurso de esas semanas, según cuenta la esposa, le dijeron que se resigne porque su esposo moriría, sin darle las explicaciones de lo que había pasado y nadie quiere informarle. Indica que pasó como siete meses donde ella personalmente lo cuidó y, posteriormente, solicitó el alta médica porque veía que no había atención a su esposo y peor aún, no veía una recuperación ni ayuda de parte de los médicos. Por todo ello denunció y actualmente está en juicio debido a que jamás le ayudaron en su rehabilitación.

Cita también, que de manera personal no solicitó la AMI y fueron los del sindicato de trabajadores de la universidad quienes solicitaron dicha auditoria, esto debido al poco conocimiento que tenía la esposa en este tema. Posteriormente se enteró que dicha solicitud estaba errada ya que ella tenía que pedirla de manera personal. Indica que hizo la solicitud al Gerente, doctor M.R. vía nota y solo le dieron la AME y no había la auditoria interna. Menciona que no le entregaron ningún formulario de solicitud de AME ni le proporcionaron los pasos a seguir o alguna información, por tal razón no estuvo presente en el nombramiento de auditores médicos y peor aún, no pudo efectuar recusación alguna.

En relación al expediente clínico, menciona que éste debería estar en fichaje y por custodia del seguro, pero que se extravió; indica que lo hicieron desaparecer en el seguro, por tal razón se apertura un proceso privado del cual no hay culpables ni responsables.

La esposa menciona también, que fue a reclamar la AMI al auditor médico en ese entonces, pero éste le indicó que no le iban a entregar nada debido a que el informe subiría a su superior, informándole que la AMI concluye cuando el paciente ya se ha recuperado y en el caso de su esposo no se habría recuperado por lo cual tendrían que esperar. Cuando recibió esta información, desconocía en ese momento si era cierta o no, pero ahora tiene conocimiento que debería tardar máximo de dos hasta tres meses. En relación a la AME señaló que se concluyó dicha auditoria en aproximadamente dos meses, pero indica que ésta fue apelada debido a que había irregularidades ya que se la realizó sin el expediente clínico original.

En relación al inicio de otras acciones con la auditoria externa, indica que no solo tiene el proceso penal el cual está parado por la destitución de los jueces del tribunal, también existe la denuncia penal que realizó por lesiones gravísimas, en la que tuvo que presentar una

fotocopia de la AME porque no tenía el documento original, pero indica que éste no le sirve porque no dice nada, indica también que presentó denuncia al Presidente del Colegio Médico de La Paz, el doctor Luis Larrea, pero no recibió respuesta a su denuncia hasta ahora. Indica que ese médico tiene conocimiento de su caso, que recibió amenazas por parte del Colegio Médico, en sentido de que le iniciarían procesos por difamación y calumnia, por tal razón no realizó la denuncia al Tribunal de Ética de esa entidad colegiada.

TESTIMONIO 2 (LA PAZ)

La señora R.G.C., mamá de B.C., señala que internó a su hijo de seis meses en un primer hospital por un problema de resfrío, el doctor le indicó que solo tenía que ser nebulizado por tres días luego se lo llevaría. Tras esos días la mamá le indica al doctor que quería llevárselo, pero éste le informa que mandó a hacer unos análisis y que cuando salieron los resultados le informaron que su hijo tenía leucemia, por tal razón le tenían que realizar el tratamiento con un especialista de oncología. Pasando los días la mamá se percata que su hijo estaba mal, tenía llagas en la boca, aftas por toda la garganta, tos sonante y estaba morado, pidió al doctor que realice algún tratamiento y él le dijo que no podía hacerlo sin la autorización del oncólogo.

La mamá y su familia deciden llamar a un laboratorio donde le indican que su hijo tenía una sepsis nosocomial (infecciones intrahospitalarias), por tal razón, relata, su esposo busca una ambulancia en un segundo hospital y trasladan a su niño en un día sábado por la mañana, pese a que los profesionales médicos no quisieron darle un informe del tratamiento que le realizaron. En el segundo establecimiento de salud le realizan otro cultivo donde ratifican que su hijo tenía una neumonía y otras enfermedades intrahospitalarias lo que le llevó a una falla multiorgánica, no funcionaban sus riñones y no orinaba. Indica que el doctor R., infectólogo de ese hospital, le medicó con antibióticos de tercera generación, además le dijo que no tenían terapia intensiva y debía ser trasladado a un tercer hospital, donde le cortaron todo el tratamiento que tenía y nuevamente empeoró su hijo, por lo que solicita llevarlo a una clínica privada.

La madre menciona que su hijo estuvo un año internado en dicha clínica donde ratificaron que su hijo tenía una sepsis nosocomial la cual se había complicado con una meningitis por las altas temperaturas que no fueron controladas; le informaron, conforme los análisis, que su hijo nunca tuvo leucemia por tal razón relata que fue a pedir el informe médico al primer hospital pero en dicho nosocomio no le quisieron entregar.

Señala que desde que trasladaron a su hijo al segundo hospital, solicitó la AMI y tardó tres años en obtener dicha auditoría, que de igual forma solicitó la AME, pero el SEDES hasta la fecha no le da una respuesta, pese a remitir incluso, un requerimiento fiscal para que le entreguen ese estudio. Indica que a la fecha ya pasaron 10 años sin una respuesta.



Con referencia al nombramiento de auditores médicos, indica que no estuvo presente debido que no le informaron, menciona también que en su momento quien solicitó la custodia del expediente clínico fue el fiscal pero no tuvo respuesta, señaló que en la denuncia penal le solicitaron el informe de la AME, pero posteriormente le dijeron que había daño y que ésa sería la prueba y que los del hospital tendrían que solicitar dicha auditoría.

Señala también que no realizó reclamos mediante notas, solo reclamó de manera verbal en relación a los informes de auditorías médicas.

Indica que realizó denuncias tanto al Colegio Médico de Bolivia, al Colegio Médico de La Paz y a la Sociedad Científica de Pediatría, pero en ninguna de las tres instancias le dieron curso su caso.

TESTIMONIO 3 (LA PAZ)

El señor S.T. manifiesta que su hermano F.T., ingresó en fecha 29.05.2019 a una clínica con un diagnóstico de embolia en el cerebro, por lo que fue internado de emergencia, se le realizaron todos los exámenes y fue intervenido quirúrgicamente, saliendo exitoso de dicha intervención. Estuvo 17 días en terapia intensiva y, posteriormente, 13 días en sala común. En el día 21 le dieron de alta y exigieron que lo sacaran de la clínica, inclusive les hicieron una rebaja ya que la cuenta era de 160 mil bolivianos y les dijeron que solo serían 60 mil bolivianos si sacaban inmediatamente a su hermano. El día 30 cuando su hija fue a visitarlo entró justo en el momento en el que estaban limpiando una herida que tenía en los glúteos, de la cual no les habrían informado hasta ese momento.

La herida tenía una dimensión de 22 x 22 centímetros, inmediatamente pidieron explicaciones a los médicos y al Director de la clínica, quienes señalaron que era una herida normal en un paciente como él. A raíz de esta situación le realizaron tres limpiezas quirúrgicas, en la última le extirparon el hueso del coxis, por lo que actualmente su hermano padece de esa herida a raíz de la irresponsabilidad de la clínica.

En fecha 09.07.2019 intervino el médico forense y realizó una evaluación. Se solicitó AMI en fechas 15 y 17 de julio, sin embargo no se realizaron hasta la fecha, debido a que la clínica no cuenta con un auditor médico interno. Indica que no pidieron la realización de una AME.

Ante esta situación, señala que realizaron una denuncia ante la Fiscalía por lesiones graves y gravísimas, por lo que dentro de los actos investigativos se habría solicitado el expediente médico, mismo que se encontraría en custodia del investigador. Asimismo, realizaron un reclamo al SEDES pero a la fecha no habrían obtenido una respuesta respecto a su caso.

Indica que se realizaron denuncias ante el Ministerio de Salud, la Cámara de Diputados así como ante la Defensoría del Pueblo donde a la fecha se encuentra en investigación.

TESTIMONIO 4 (LA PAZ)

El año 2007 el señor D.I. y su esposa, acudieron a un hospital para el nacimiento de su primer hijo, habrían cumplido con los controles prenatales en los que no se evidenció ninguna anomalía o enfermedad; sin embargo, después de que su esposa diera por primera vez de lactar a su niño, lo habrían llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos en incubadora, sin dar información a los padres sobre la situación o los motivos por los que ingresó a esa unidad. Los médicos le señalaron a padre y a su esposa que su hijo habría nacido prematuramente, pero ellos mencionan que era un embarazo que llegó a término, después de tres días su bebé fallece y les entregan el cuerpo sin mayores explicaciones.

Al día siguiente, el papá acude al hospital para saber los motivos del deceso de su hijo, se entrevista con la Directora del hospital quien le pide que haga su solicitud de manera escrita. Realizada la solicitud, se le otorga un certificado médico donde señala que el fallecimiento fue por un shock séptico que habría provocado un paro cardíaco respiratorio, sus riñones e hígado habrían colapsado, asimismo les dijeron que se resignen, que es un destino de Dios.

Ante esta situación, realizó una nota vía redes sociales reclamando y expresando su enojo contra el hospital, por lo que fue citado por el Director del mismo a una reunión en la que participaron el Jefe Médico, Jefa de Enfermeras y el Jefe de Pediatría, asimismo, se habría invitado a una abogada de la Defensoría del Pueblo, quien solicitó se realice la AMI.

El personal del hospital ya tenía lista dicha auditoría en la que se señalaba que debido a una caries de la madre, habría ingresado un virus que habría sido transmitido al bebé dentro del vientre; asimismo, señalaba que debido a que la madre era beniana portaba ciertas enfermedades del oriente que habrían sido transmitidas al niño. En dicho documento se establecía, además, que deberían pagar daños y perjuicios al hospital por la difamación realizada en las redes sociales. Situación por la que no quisieron recibir y firmar dicho documento y salieron de la reunión.

Posterior a esa situación, el padre señala que quiso hacer más reclamos, pero su esposa dijo que no podría soportar repetir la historia una y otra vez. Este hecho provocó que después de un año se separaran.

Señala que realizó una denuncia al Colegio Médico, pero no le dieron respuesta en más de un año pese a que su reglamento señala que en 120 días debe resolverse en el Tribunal de Ética. Cuando acudió a hacer su reclamo, le señalaron que había pasado el plazo y que era culpa del denunciante por no haber dado seguimiento.



TESTIMONIO 1 (TARIJA)

M.C.V., esposo de B.M.A. (víctima), señala que, primeramente, su esposa se internó en un establecimiento de salud el día 23.08.2018, con dolores estomacales, como todo dolor de vesícula, solo dolores estomacales nada más.

En el establecimiento de salud, cuenta, estuvo medio día y luego el doctor C. la derivó a cardiovascular para realizar la operación de RCP⁴⁹, para sacar la piedra del conducto, ya que no le hicieron ningún tratamiento y directamente se la intervino.

Afirma que él se encontraba en la operación y según la doctora, estaba todo bien, y ya cuando casi finalizaba la intervención fue llevado afuera y le dicen *“disculpe don tiene que salir afuera, porque ya terminamos la operación”*.

“Cuando me sacaron afuera porque según ellos estaba dormida, yo no sabía después... que estaba la gente corriendo, llamando al doctor, todo eso y le pregunté a la doctora, ¿qué pasó? y la doctora me dijo que le dio un paro, (paro respiratorio) y yo le dije ¿por qué le dio el paro? y ella no sabía por qué y me dijo: no sé por qué”

Actualmente indica que su esposa sigue delicada, sigue mal, que *“está viviendo prácticamente en un hilo, que cualquier rato se puede ir. Yo me la llevé el 6 de enero más o menos”*.

Según el relato, su esposa fue llevada a otro establecimiento de salud, donde estuvo un mes y medio y le realizaron la operación de la vesícula, *“sacaron en realidad la vesícula y dijeron que ellos ya no podían hacer más nada por ella...”* Posteriormente, la llevaron a Salta, Argentina. *“El doctor me dijo llegó mal, primero tratemos de salvarle la vida a ella, después vamos a tratar lo neurológico”*.

Indica que solicitó, *“más o menos”*, en septiembre la AME para la especialidad de cardiología en el primer hospital. En el segundo establecimiento de salud, indica que el Director le dijo que el informe iba a llegar y que debía viajar a La Paz, en tres meses llegaría. *“Ya pasó un año y no me hablan hasta ahora”*.

“Un amigo doctor me aconsejó, le conté más o menos qué es lo que me pasó, él me dijo puedes hacer esto, él me indicó dónde tengo que ir y él habló con el Director del SEDES, quien gracias a eso me recibió, y entonces yo presenté la denuncia a mano alzada”.

Indica que su esposa está postrada en cama hace más de un año, no hay recuperación, que está en estado vegetal; mueve las manos pero muy poco, casi nada, no habla.

49 La reanimación cardiopulmonar es una técnica para salvar vidas en muchas emergencias, entre ellas, un ataque cardíaco o cuasiahogamiento, cuando se detienen la respiración o los latidos del corazón de una persona.

TESTIMONIO 2 (TARIJA)

P.A.J.M., madre de V.L.J., relata que fueron víctimas de negligencia médica por parte de una residente, que hoy es pediatra, quien atendió a su bebé que entonces tenía ocho meses de nacido. El niño, nació con una enfermedad en el intestino delgado que se le atrofió, por lo que al mes de nacido tuvieron que hacerle una ileostomía. *“Hemos tenido todos los recaudos necesarios para su tratamiento y evolución, porque al ser sometido a una ileostomía tenía que ser sometido a una segunda que es para la restitución del tránsito intestinal; en los ocho meses que él estuvo con nosotros, hemos tenido sumo cuidado, el resultado ha sido exitoso en realidad, fue operado por el doctor M.O. y el doctor E., médicos cirujanos”*

Indica que el niño fue operado un día miércoles a las siete de la mañana, habiendo salido exitoso de la operación, lucido, despierto. *“Ya lo habían restituido, estaba todo bien, estaba marchando bien, solo no tenía que comer durante 6 a 7 días, para nosotros ha sido un tormento porque lo veíamos llorar de hambre, le hacíamos jugar se volvía a dormir, pero estábamos en todo momento con mi esposo y con mis familiares acompañándolo”*

“Estábamos viviendo en un hospital, durmiendo afuera, nos turnábamos, ha sido una experiencia muy dura pero a la vez estábamos viendo con alegría el último tramo porque ya lo veíamos recuperado, ya lo veíamos estable, hasta que un 21 o 22 de agosto a las 4 ó 5 de la mañana, justamente, estaba la pediatra de turno y para que esté restituido completamente el tránsito intestinal, tenía que hacer una deposición, ese era el signo de que la operación era un éxito. Yo le cambie el pañal y vi que en su pañal ya había hecho caca y a eso de las cinco entró la residente con un asistente para tomar una muestra de sangre; siempre los días anteriores le habían sacado sangre, pero ese día la residente no nos dijo que le iban a sacar una muestra del catéter, porque él estaba con catéter que era por donde él se alimentaba. Nos dicen que desalojemos, salimos y estaban tardando mucho y me lo hacían llorar a mi bebé, lo único que hemos escuchado fue un grito fuerte de mi bebé, nunca lo dejábamos solo, entonces sale la enfermera corriendo a despertar a la pediatra de turno y cuando sale la residente con mi bebé en brazos, mi bebecito ya se había ido, lo llevaron a terapia intensiva, mi bebe había fallecido por la negligencia de la residente A.C. Z.”

La mamá indica que solicitaron una AMI, luego de una espera de un mes pues todo había ocurrido muy rápido. En la AMI, señala, se había determinado que habían suficientes pruebas y elementos para una AME, ya que el historial clínico habría sido adulterado y alterado por la pediatra y no coincidía con el relato de la licenciada S. en cuanto a lo que había acontecido según las horas. Señala que en el informe decía que la residente había salido después de la toma de muestra de sangre y que su bebé había fallecido a los 20 minutos, los cual sería una mentira. *“Gracias a Dios hay personas buenas como la licenciada S., que ha actuado en honor a la verdad y dijo que mi bebé había fallecido en la toma de muestra, en el momento en que ella le había hecho sujetar al interno la cabecita de mi bebé”*



Según indica, la AME es un protocolo que se lleva a cabo a partir de la aceptación de la culpabilidad que existe en la auditoría interna, que ya no se realiza por médicos del mismo hospital, sino que se manda a La Paz para que se haga la AME. *“Nosotros esperamos entre 2 a 3 meses por los resultados de la AME, hemos tenido que viajar a La Paz para traer la Auditoría Médica Externa, donde también la culpabilizan a ella porque no está en sus protocolos como residente tomar la muestra de sangre sin la presencia de su pediatra o de una titulada, en realidad porque ellos son R3, R2 o R1, en realidad son solo residentes que no tienen la potestad de realizar este tipo de trabajo solos sin la supervisión de la pediatra de turno.”* En la AME se recomienda proceder a una denuncia penal.

“Medio año prácticamente hemos tenido que peregrinar por estos dos resultados de la auditoría médica interna y externa, porque nos frustraba muchísimo, era muy hermética la situación, no nos querían dar los resultados hemos tenido que viajar a La Paz.” El resultado ha sido muy satisfactorio, porque gracias a eso nosotros hemos podido tener un arma más de prueba para juicio”

Indica que se hizo llegar cartas a la Cámara de Diputados, al Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional; que se enviaron notas a todos los que se vinieron a la mente, al Presidente, al Vicepresidente, al Director de Sedes, al Director del hospital. *“Nos hemos cansado de tocar puertas”*

Según el relato de la madre, ha tenido la oportunidad de hacer llegar una carta al Colegio Médico denunciando esta situación para ver si ellos podían dar alguna sanción, porque ella trabajaba ahí. La respuesta que recibió es que por el hecho de ser residente, ellos no tienen un párrafo específico donde se les pueda sancionar, *“que no hay donde diga que se puede sancionar a nivel de negligencia médica porque no dice que el residente médico pueda ser sancionado”*.

TESTIMONIO 3 (TARIJA)

R.R.S., padre de G.R. refiere que su hija habría sido víctima de mala praxis en un establecimiento de salud. Señala que no recuerda si solicitó una AMI, pero que los del establecimiento de salud, sorpresivamente le entregaron la auditoría; empero indica que por lo que él ha luchado es por la obtención de una AME.

Menciona que demoraron en entregarle el informe final de AMI unos 6 a 7 meses desde que ocurrió el hecho.

Indica que viene luchando por una AME unos 2 a 3 meses, que incluso ha efectuado la solicitud de forma particular hasta la ciudad de La Paz, donde señala que tiene un amigo abogado.

Menciona que no ha obtenido el informe de AME y que ya ha pasado mucho tiempo; que primeramente realizó las gestiones solo y luego a través del abogado del SEPDAVI, que son los que le auspician y lo han solicitado.

Asimismo, señaló que en una oportunidad, en una conferencia de prensa le hicieron unas preguntas respecto a su hija, a lo que manifestó: *“yo que me he sentido un poco bueno desilusionado por esto, por la tardanza que estaba dándose en la auditoría”*.

TESTIMONIO 1 (BENI)

Refiere que una noche del año 2015, llevó a su mamá al médico por una diarrea, caminando y la sacó del hospital “con los pies por delante” (muerta) en menos de 48 horas. Indica que le pareció muy extraño que fallezca tan rápido y por una simple diarrea.

Según relata, la noche que la internó en Emergencias *“El médico que estaba de turno le puso suero y le dio las tabletas para que le pase su diarrea, pero...ella tenía un dolor en su pierna...entonces le pusieron morfina. Paso un ratito y le puso una vía central por el cuello y le volvió a poner morfina por ahí, no había pasado mucho tiempo quizás unos cinco minutos de la anterior, ya con eso, más el medicamento que le pusieron, ella fue quedando en un estado de inconciencia, se fue durmiendo y no despertó más”*.

Indica que cuando empezó a sentir la reacción de los medicamentos ella empezó a vomitar, su presión estaba inestable pero el médico no reaccionó, porque tal vez si la hubieran llevado a terapia de repente se salvaba.

“El médico esperó que ella reaccione en Emergencias y como no reaccionó la pasó a medicina y en medicina en cuanto los médicos la vieron hicieron la evaluación de su historia clínica y la subieron inmediatamente a terapia, en medicina fue que me informaron que mi madre no iba a pasar más, o sea no iba a pasar de ese día”.

Una vez en terapia, indica, el médico informó que la había atendido bien, que habían hecho lo que correspondía, pero como su madre era diabética se le había complicado y falleció. *“Me quede pensando porque falleció, si solamente era una diarrea, entonces esperé que pasen los nueve días y metí una orden judicial al juzgado, solicitando fotocopia legalizada del historial clínico y me dieron la orden judicial y con ella me fui al hospital y me paré ahí, le dije que la necesitaba urgente, pero no le dije que era para solicitar una auditoría, le dije que era para cobrar un seguro y que necesitaba urgente esas fotocopias, por ello me dieron en ese momento. Saqué las fotocopias y cuando las tuve las leí y ahí decía que la muerte fue por intoxicación...”*

“Entonces en terapia le dieron los medicamentos para desintoxicarla, pero considero que ya era demasiado tarde porque esos medicamentos ya habían corrido por todo su cuerpo, toda la mañana estuvo con esos medicamentos en su cuerpo y ya no pudieron hacer nada”.



Según cuenta, solicitó una auditoría médica al Director del hospital y se mandó al SEDES, pero como no tenían para hacer auditoría, lo mandaron a la ciudad de La Paz y como no le daban resultado del SEDES, viajó a La Paz y acudió al Ministerio de Salud, donde tampoco se encontraba dicho resultado, le dijeron que no había llegado allá, por lo que presentó una nota ante esa repartición, adjuntando una copia de la solicitud de Auditoría Médica, con lo cual salió dicha auditoría en la que también se determinaba que había intoxicación, que no se habían realizado los procedimientos y se ordenaba que el SEDES inicie los procesos correspondientes. El SEDES, indica, realizó procesos administrativos.

“Los procesos administrativos no tienen sentido yo creo, porque si determinan que por tu culpa esa persona falleció, pero como trabajador de esa institución te van a dar un descuento de un 20% de tu sueldo o una llamada de atención, de repente una suspensión, pero en este caso el joven ya no era funcionario entonces solamente lo hicieron contar para registro.

La Auditoría Médica determinó que se inicien los procesos (no especificaba si administrativos) pero en el SEDES iniciaron proceso administrativo. Dentro de la Auditoría Médica incluyeron a otro médico y a éste le hicieron el descuento del 20% y al otro que realmente cometió, a éese solo determinaron control de registro porque ya no era funcionario”.

Al no tener respuesta del SEDES, ahí me decían que ya se mandó a La Paz, al Ministerio de Salud, por eso me fui y allá no habían rastros de mi solicitud por suerte había llevado todos mis papeles y ahí me sugirieron que presente un memorial adjuntando la copia de la solicitud que yo había hecho y le di un poder a mi prima para que lo vea y en virtud a que yo me apersoné, fue que recién salió todo como a los tres meses, porque allá no había rasgos de esa denuncia en el Ministerio de Salud, pero yo iba al SEDES y me decían que se mandó, al final nunca supe dónde estaba, ya que con mi memorial fue que se inició en La Paz, más fue lo que peregriné esperando que lleguen los papeles allá.

Nunca denuncie al Tribunal de Ética del Colegio Médico, porque cuando senté la denuncia, en mi ciudad de residencia todo el mundo te conoce, así que todos te hablan para que no hagas nada, donde iba todos abogaban por el médico.

Solo hubo como sanción descuento del 20% para el otro médico que la atendió un ratito, pero para el principal no hubo una sanción fuerte solo pasaron para control de registro y no sé si lo habrán reportado a la Contraloría.

El proceso penal terminamos desistiendo porque hasta la mamá del médico visitó a mi familia, la presión era de toda su familia siendo que acá todos nos conocemos, al papá

del médico lo conozco hace años y eso es muy incómodo y la verdad nos cansamos y quisimos cerrar esa etapa amarga.

En mi ciudad nos falta harto en estos aspectos, por ejemplo las historias clínicas deben entregarse en el momento, a mí un amigo me aconsejó que lleve la orden judicial y espere ahí que me entreguen las fotocopias, porque pueden cambiar la historia.

Cuando le pregunté al médico por qué no auxilió a mi madre, él me dijo que en el hospital hay procedimientos, considero que en casos de emergencia tendrían que saltar esos procedimientos para salvar la vida, si hubieran hecho eso tal vez mi madre podría estar viva a mi lado.

Yo esperaba una suspensión o algo más drástico para que no se olvide y no vuelva a suceder y tengan mucho cuidado para atender a sus otros pacientes, porque las sanciones administrativas son muy simples para la pérdida de una vida, y no se puede remplazar con nada la pérdida de una persona”

Señala que la solicitud de auditoría la realizó por iniciativa propia y no le proporcionaron el Formulario de Solicitud de Auditoría Externa, no estuvo presente en el nombramiento de auditores médicos, por lo tanto no tuvo opción a recusarlos porque todo esto se efectuó en la ciudad de La Paz.

Desde que solicitó la auditoría pasó casi un año, esperó para que salga la determinación y no cubrió sus expectativas, por lo que inició un proceso penal y adjuntó como prueba el original de la Auditoría Médica y las fotocopias legalizadas del historial médico. Señala que el SEDES lo único que envió fue actuados del proceso administrativo.

TESTIMONIO 1 (SANTA CRUZ)

La señora M.E.E.V. indica que es asegurada y que tenía programado su parto para el 26.04.19, empero el 23.04.19 sintió fuertes dolores y la atendió la doctora M., quien la envió a que se realice un monitoreo fetal (cuyo costo fue de Bs. 180), pero a raíz del mismo le alertaron y le comunicaron que tenía “sufrimiento fetal”, por lo que la doctora M. dispuso su internación y aproximadamente a horas 16:30, ordena su cesárea e ingresa a quirófano, pero esperan, específicamente, al pediatra J.L.V. para que asista a la cirugía.

Señala que nació su bebé y hubo llanto, la ligaron y durante todo ese tiempo su niña permaneció en “Sala de Recuperación”, en un rincón pasándole oxígeno manual, pues según el doctor V. no había espacio en Neonatología; no obstante ella advirtió que había una incubadora disponible en dicha sala, pero el médico se negó llevarla e hizo práctica médica



con su niña con los estudiantes, haciéndola sangrar por el ombligo, testigo de ello fue una pediatra (desconoce su nombre). Recién entre las 20:00 a 20:30 horas, su bebé fue conducida a Neonatología sangrando, permaneciendo en la Unidad de Terapia Intensiva cerca de 26 días y ella, nueve días en Cuidados Intensivos por una descompensación que sufrió.

A los 10 días, relata, le hicieron unos estudios a su niña y el doctor D., médico terapeuta, le informó que presentaba una rayita en el pulmón, habiendo sido entubada en dos oportunidades. Seguidamente, otro diagnóstico que le dieron fue “soplo en el corazón,” que luego se descartó.

Actualmente, el diagnóstico de su niña es hipoxia cerebral isquémica, atrofia cerebral, displasia pulmonar (ello por neumonía al estar en la UTI Según un médico, ya pasaron de medicamentos de tercera generación y tenían que recurrir a otra instancia. Hoy su hijita es atendida por un médico particular, afortunadamente está evolucionando bien gracias a la atención de tres especialistas, entre ellos un profesional psicomotriz.

Señala que en su seguro nadie asumió su responsabilidad. La neuróloga S., le decía que el que tenía que ver por su hija era el neurocirujano, doctor U. y él a su vez la derivaba donde la primera, al final nadie hizo nada.

En atención a todos esos antecedentes, según indica, la madre de la niña solicitó al tercer mes de lo ocurrido, en julio de 2019, auditoría a través del ASSUS, cuyo resultado lo obtuvieron en una semana y la Asamblea Permanente de Derechos Humanos (APDH) presentó denuncia en la Fiscalía, caso sobre el cual no está muy al tanto ya que en un primer momento lo llevó la APDH y actualmente su abogado, quien informó que se lleva adelante un proceso penal por lesiones graves y gravísimas y que habría sido a través del Fiscal que se solicitó Auditoría Médica.

TESTIMONIO 2 (SANTA CRUZ)

El señor M.O. refiere que en enero de 2011, llevó a su hijo J.S. O., de siete meses de edad, a una clínica por una infección que desencadenó en una fuerte fiebre, pero ante la falta de interés y atención oportuna de los médicos, el niño perdió la vida el 02.02.2011.

Ante ello, señala que por iniciativa propia solicitó auditoría médica al INASES y al SEDES, en esta última entidad emitieron una Resolución que determinaba responsabilidad administrativa en cuanto al no cumplimiento del procedimiento de atención en contra de las pediatras L.G. y M.C.M. La respuesta del SEDES demoró dos meses y del INASES cuatro meses. Manifiesta que él no participó del nombramiento de auditores médicos y que fue el SEDES que designó al auditor médico. Los resultados emitidos por ambas instancias no le resultaron satisfactorios; considera que no sirvieron para nada y durante la espera planteó sus reclamos verbales por la demora y falta de atención.

Señala que inició proceso penal por homicidio culposo contra las indicadas pediatras, el mismo que concluyó luego de siete años (2015). El caso se encontraba en la fase investigativa a cargo de los fiscales P. y C. Posteriormente, en el Tribunal de Sentencia las declararon absueltas, lo que motivó que planteara apelación restringida logrando la anulación de la sentencia y se inició un nuevo juicio en otro juzgado. Según indica, las profesionales de salud recurren en casación; el caso retorna luego de 10 meses y se desarrolla otro proceso donde plantean un incidente por duración máxima del proceso, por lo que se ordena el archivo del caso; por lo que apela pero se confirma el archivo del proceso.

TESTIMONIO 1 (PANDO)

E.T., señala que ha tenido una experiencia traumática en temas de negligencia médica el año 2013.

Relata que el día que sus esposa despertó con dolores de parto, la acompañó al establecimiento de salud de la ciudad de Cobija en el departamento de Pando, donde ella se encontraba realizando sus controles prenatales. Cuando llegaron al lugar, indica, se entrevistaron con el doctor E.V.G., médico ginecólogo de ese nosocomio, “quien suelto de palabras nos mencionó que efectivamente ya estaba con trabajo de parto pero que todavía faltaba dilatar, después de una revisión manual que hizo en la integridad de mi esposa, por lo que nos indicó que esperemos”. Señala que lastimosamente en ese momento, él tuvo que ir a su domicilio para recoger todo lo que se había alistado para el nacimiento de su hija. Como el establecimiento de salud quedaba distante de su vivienda, por lo menos a unos 15 minutos, entre ir y volver demoró 40 minutos, cuando llegó al hospital tuvo la ingrata noticia de que ya había iniciado el trabajo de parto y su hija ya había nacido.

Al llegar al establecimiento buscó en los ambientes, fue a la sala de partos donde una enfermera le dice que había nacido una niña. *“Yo la sostuve en mis brazos y parecía que todo estaba normal, también mi esposa se encontraba bien, en ese momento no conocía algunos detalles que después ya me llegué a enterar, lo que me llamó la atención fue que mi hija no lloraba mucho entonces, solo de vez en cuando emitía algún sonido como un llanto pero muy breve, sin embargo yo lo vi normal”.*

Indica que pasaron 24 horas y no había ningún tipo de mejora en su salud, por lo que conversó con las pediatras M.T. y D. V. C., que al parecer, según afirma, de manera conjunta con el ginecólogo no decían la verdad de lo que había sucedido; ya habían pasado 48 horas desde el momento del nacimiento y la bebé no emitía ningún llanto, solamente miraba y tampoco tenía deseos de alimentarse del pezón de la madre.

Tuvo la oportunidad de conversar con un médico ginecólogo de la ciudad de La Paz vía telefónica, quien le indicó que realice algunas preguntas respecto al parto como ¿Con cuántos kilos había nacido?, etc. Como las respuestas que obtuvo no le parecían correctas, decidió



consultar con un amigo médico, el doctor D., quien trabajaba en una clínica de la ciudad de La Paz, por lo que pidió la transferencia de su hija a esa ciudad, pero lastimosamente no tuvo colaboración por parte de los médicos toda vez que las pediatras mencionaban que iba a ir mejorando y que además como era viernes, el lunes podía tranquilamente llevar a la niña, *“cuando en realidad la situación era complicada, porque después a medida que pasaba el tiempo pude darme cuenta que la situación iba empeorando, pero las pediatras mencionaban que no era muy urgente”*.

Ante esa situación, indica que tomó la decisión de llevarla el mismo viernes a La Paz, pidió la transferencia de manera urgente, con sus propios recursos tomó un vuelo y llevó a la bebe y a su esposa.

Indica que tenían la transferencia a un hospital de La Paz, pero no recibió atención en ese centro, ya que vía telefónica pediatras de ese hospital le mencionaron que no había espacio para poder atender a su hija. *“Habíamos llegado el día viernes al medio día y me indicaron que los médicos no trabajaban además que el cuadro con el cual había llegado mi hija no mencionaba ser un cuadro de gravedad sino consignaba solamente estudios, así la habían enviado los médicos de Cobija e inclusive no habían enviado toda la documentación respectiva, en ese momento yo desconocía los temas de referencias y contrareferencias, como la situación estaba complicándose yo decidí sacarla de ese hospital”*.

Señala que autorizó que lleven a su hija a una clínica privada donde se encontraba un médico de su confianza, que le podía dar mejor cuidado y además darles un diagnóstico correcto. En la clínica, indica, lamentablemente su hija ya se encontraba con un cuadro clínico muy serio, empezó a convulsionar, tenía un problema multiorgánico. En esa clínica el médico le explicó que fue a causa de la demora en el momento del parto, por una asfixia peri o natal encefalopatía, hipóxico isquémico grado III severa, que es la más grave cuando ocurre este tipo de situaciones en la demora durante el nacimiento.

Con ese conocimiento, al día siguiente conversó con el médico E.V.G., el ginecólogo del primer establecimiento de salud donde nació su hija, para que le pueda dar detalles sobre el parto, pero él no mencionó nada, dijo que todo era normal.

“No teníamos datos correctos y con esa información en La Paz estaban realizando el tratamiento a mi hija, lamentablemente no había solución, tenía un problema muy severo en el cerebro y en sus órganos, ella falleció a los pocos días de nacida”.

Señala que después de lo ocurrido, esperó pacientemente conocer algunos documentos para solicitar que se establezca el grado de responsabilidad. Enterró a su hija en la ciudad de La Paz y volvió a Cobija, donde pudo contar con el diagnóstico que le fue entregado por el doctor D., por lo que pudo percatarse de que se trataba de una asfixia peri o natal encefalopatía, hipóxico isquémico grado III.

“Recién pude entender cuál había sido el problema, ya habiendo pasado todo ese ingrato momento conversé con mi esposa, quien me contó que en el momento del parto cuando yo había salido a recoger la ropa de mi bebé para el nacimiento, ella había sentido fuertes dolores y nadie la había atendido, estaba sola y gritaba, solo le decían que tenía que esperar y que nunca llegó el médico ginecólogo al momento del parto; mi esposa se encontraba revolcándose de dolor por lo que fue atendida por unos pasantes de una universidad que eran de nacionalidad brasilera, ellos fueron quienes practicaron el parto, tristemente existió un mal procedimiento porque eran estudiantes (cortaron el cordón umbilical antes de que pueda respirar, lo que le ocasionó la asfixia a la bebé a momento de salir del seno materno)”

Relata que el ginecólogo V., quien era la persona que estaba a cargo del parto, llegó mucho tiempo después de que la bebé estuviera ya fuera del vientre materno. Hasta la fecha desconocen el motivo de su tardanza ya que ni siquiera lo mencionó en el Tribunal durante el juicio.

Presentaron denuncia y querrela por el tipo penal de lesiones gravísimas, posteriormente fue modificado por el tipo penal de homicidio culposo, se solicitó el secuestro del expediente clínico, la declaración de los médicos y todo tipo de pruebas.

Cuando el Fiscal dispuso el secuestro del EC, señala que se apersonó al establecimiento de salud y resulta que el expediente clínico no estaba en su lugar correspondiente, sino que estaba en la oficina del director del establecimiento de salud, seguramente, dice, con el afán de hacerlo desaparecer, extraviar o modificar algunos datos.

Ante esas circunstancias solicitaron la imputación formal en base a los reglamentos, sin embargo no fue posible porque el Fiscal que en ese momento era L.P., pedía como base para emitir una probable imputación la realización de una AME, misma que fue solicitada mediante requerimiento fiscal al INASES en la ciudad de La Paz. Asimismo, solicitaron que paralelamente se realice un dictamen pericial.

El INASES emitió el informe de AME en el plazo de dos meses y estableció claramente el incumplimiento a protocolos en temas de atención en casos de embarazos de alto riesgo, falta de manejo de los expedientes clínicos y determinó responsabilidades respecto a la falta de transferencia de forma oportuna, falta de documentos que no fueron transferidos juntamente con el documento de referencia a la ciudad de La Paz y otros aspectos técnicos respecto al incumplimiento de los médicos en el momento del parto; por otra parte, el dictamen pericial estableció responsabilidad de los médicos que habían asistido el parto.

Los documentos descritos fueron la base para la imputación formal por el delito de homicidio culposo; producto de la audiencia cautelar se aplicaron medidas sustitutivas a la detención preventiva.

Transcurrido el tiempo y con todos los elementos además de las auditorías médicas, pruebas testificales y otro tipo de pruebas, señala que las declaraciones de los médicos



fueron fundamentales, el dictamen pericial emitido por el doctor S. no fue considerado por el tribunal por ser contradictorio, sin embargo, la auditoría médica ratificada por los auditores jugó un papel importante, pero no fundamental.

Se emitió acusación ante el Tribunal de Sentencia en Pando, se aperturó el juicio en 2015, emitiéndose sentencia condenatoria que determina cuatro años de presidio para el médico ginecólogo por omisión en el sentido de homicidio culposo y tres años de presidio para la doctora C., quedando absuelta la otra doctora, éste por falta de elementos suficientes que permitan determinar su responsabilidad.

Interpusieron recurso de apelación, misma que lastimosamente fue confirmada por los vocales que pretendían disminuir la pena que se había emitido en primera instancia, por lo que, según indica, se interpuso recurso de casación en tres oportunidades, obteniendo resultado favorable ya que el Tribunal de Justicia determinó que la sentencia era la que correspondía y la condena también. Actualmente los profesionales médicos han planteado una excepción de extinción de la acción penal por duración máxima del proceso, a la fecha el mismo fue respondido y se encuentra en proceso.

Señala que en su caso no hubo AMI debido a que en el SEDES de Cobija no habían médicos especialistas en el área y, lastimosamente, ellos no hacían auditorías médicas, inclusive en 2013 no conocían lo referido a auditorías médicas.

“Considero que la AME emitida por el INASES salió en el plazo de dos meses gracias a mi persistencia y constante seguimiento, puesto que conocidos me decían que usualmente una auditoría médica demoraba aproximadamente seis meses”



4^{ta}
PARTE

ANÁLISIS, CONCLUSIONES y

DETERMINACIONES DEFENSORIALES

CUARTA PARTE

ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y DETERMINACIONES DEFENSORIALES

I. ANÁLISIS POR TEMÁTICAS

LA ESENCIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA EXTERNA ES DESVIRTUADA POR LA NORMA QUE LA REGULA

La definición de la palabra *auditor*, desde una perspectiva histórica de Ricardo A.J. Rezzónico, es todo aquel “*funcionario del cuerpo jurídico que informa sobre la interpretación y aplicación de leyes*”. Bajo esta idea, a principios del siglo XX inicia a surgir la Auditoría Médica como resultado de una necesidad de controlar y mejorar la atención médica que se brindaba en los hospitales.⁵⁰ Simultáneamente, en este contexto, emergen términos como ser “estándares mínimos”, “calidad de la atención médica”, “buena atención médica”, “calidad en salud”, “prevención”, entre otros.⁵¹

Como se verá a continuación, las definiciones encontradas en la doctrina en cuanto a la auditoría médica tienen el elemento en común del “*aseguramiento de la calidad de la atención médica*”.

Definiciones clásicas como la de Virgil Slee en los años 50’, señalan que la auditoría médica es la “*evaluación hecha por los médicos de la calidad de la atención médica en todas las ramas de la medicina y revelada por la documentación clínica*”. Al mismo tiempo, se considera a la calidad en este contexto (Mayers&Slee) como “*el grado en que se cumplen las normas según el mejor conocimiento médico existente en cada momento y de acuerdo a los principios y prácticas generalmente aceptadas (podríamos agregar, en el momento actual, el peso de la mejor evidencia disponible)*”.⁵²

50 Ricardo Rezzónico, Cristina Menzica, María Rezzonico. (2016). Auditoría Médica y Garantía de Calidad de Gestión Sanitaria. Argentina: Journal S.A.

51 Ricardo Rezzónico, Cristina Menzica, María Rezzonico. (2016). Auditoría Médica y Garantía de Calidad de Gestión Sanitaria. Argentina: Journal S.A.

52 Jorge D. Lemus. (2017). Auditoría Médica y Profesional Integral. Argentina: CORPUS.



Otra definición dada por Lambecke (1956), indica que el propósito de la auditoría en salud es tener la certeza de que todo beneficio del saber médico se vea traducido y aplicado de manera efectiva a las necesidades de los pacientes.⁵³

De manera accesoria, el Departamento de Salud Británico agrega los elementos de una *“necesaria focalización sobre el paciente”* y el *“desarrollo de una cultura de evaluación y educación médica continua”*.⁵⁴

En 1990, Mariker define a este tipo de auditoría como un *“intento de mejorar la calidad de atención médica midiendo el rendimiento de los que brindan servicios de salud en relación con los estándares deseados y mejorando continuamente”*.⁵⁵

Habiendo revisado estas definiciones, se puede proceder a su descomposición de partes comunes y resumir que la auditoría médica cuenta con las siguientes características:

- ▶ Evalúa la atención de calidad médica y profesional.
- ▶ Se apega a normas, procedimientos y procesos de atención.
- ▶ Dicho proceso es impersonal y neutro.
- ▶ Tiene una esencia de autoeducación continua.
- ▶ La referencia a estándares de calidad.
- ▶ El compromiso serio y profundo.

En este sentido, los teóricos Aranguren y Rezzónico señalan que la auditoría médica no es arte ni ciencia sino disciplina, a tal extremo que en nuestros días no es posible que un establecimiento de salud no cuente con un departamento de auditoría médica.⁵⁶

Tratadistas argentinos de la auditoría médica fundamentan la necesidad de esta herramienta dentro de un sistema de salud por las siguientes características:

- ▶ *“Comprende el uso de cuantiosos recursos.*
- ▶ *Afecta la vida de las personas y de los pueblos.*
- ▶ *Trabajan profesionales altamente calificados.*
- ▶ *Es un lugar de trabajo especial.*

53 Jorge D. Lemus. (2017). Auditoría Médica y Profesional Integral. Argentina: CORPUS.

54 Jorge D. Lemus. (2017). Auditoría Médica y Profesional Integral. Argentina: CORPUS.

55 Jorge D. Lemus. (2017). Auditoría Médica y Profesional Integral. Argentina: CORPUS.

56 Jorge D. Lemus. (2017). Auditoría Médica y Profesional Integral. Argentina: CORPUS.

- ▶ *Es preciso organizar correctamente las personas, servicios, actividades, responsabilidades, finanzas, etc.”*

En Bolivia, la Constitución Política del Estado en su Artículo 39, establece que *“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”*. En estos términos se reconoce a la auditoría médica como herramienta de evaluación de acuerdo a lo que vaya a disponer la ley específica.

Este párrafo de la norma suprema nombra los elementos de “trabajo de personal”, “infraestructura y equipamiento”. Aplicando los conceptos doctrinales del pasado punto, el “trabajo personal” se traduce en la evaluación de las tareas llevadas a cabo por el profesional de salud en cuanto a la calidad médica y profesional, la buena atención, focalización sobre el paciente, la autoeducación y autoevaluación continua; y la “infraestructura y equipamiento” implica a los estándares mínimos deseados de calidad, a cubrir las necesidades de los pacientes y a la conciencia de que un establecimiento de salud es un lugar de trabajo con características únicas especiales que deben ser continuamente evaluadas.

La Constitución busca una gestión apropiada y en lo posible, libre de riesgos en los establecimientos de salud públicos y privados mediante el uso de la auditoría médica, concebida de manera cabal a lo que establecen los lineamientos doctrinales de esta *disciplina* de la medicina, tal como lo establecen los teóricos Aranguren y Rezzónico.

En este sentido, la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico en su Artículo 15, también mantuvo esta lógica añadiendo otros elementos: *“La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud”*.

De esta definición se destacan los caracteres de prevención y corrección. La primera, referida a los posibles acontecimientos contraproducentes o dificultades que son susceptibles de ocurrir dentro de un establecimiento de salud; y la segunda, relacionada a todo hecho inevitable e imprevisible que puede suceder en un centro de salud y que debe ser encaminado con el fin de que no vuelva a acaecer.

Otro rasgo es el pronunciamiento al que puede llegar la auditoría médica, un *“dictamen, informe o certificación”*. Se puede deducir que el primer término apunta a la opinión o juicio que el auditor médico puede emitir sobre un determinado tema o hecho, un documento conclusivo que emita un juicio de valor sobre un determinado procedimiento en el sistema de salud para su corrección o futura prevención gestionando la calidad; el informe de un auditor implicaría su apreciación en cuanto a los procedimientos realizados en determinado



acto médico o en la gestión de un servicio de salud; y finalmente, la certificación se referiría a una aprobación a un determinado proceso de gestión de un sistema de salud.

La *independencia* del auditor médico establecida en la Ley N° 3131, va acorde a la doctrina de la auditoría en salud. Dicho actor no puede ser influenciado ni en su actuar ni en su criterio. No olvidemos que se trata de un profesional de salud que se entrega a los principios deontológicos del ejercicio de la medicina, en los cuales se establece su independencia y autonomía en su sano criterio, con el límite de no ejercer más allá de sus conocimientos.

Es así que el mandato supremo y la ley específica relativa al ejercicio de la medicina conceptualizan y conciben a la auditoría médica.

Se pone a consideración ahora, el segundo párrafo del Artículo 39 de la Constitución que establece la reserva legal de que *“La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica”*.

Dicha disposición y aclaración va acompañada al artículo de reconocimiento de la auditoría médica con el fin de diferenciarla, por lo que se debe entender que la auditoría médica, desde una visión constitucional, no es una herramienta sancionatoria de acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la medicina.

Se presenta una reserva legal expresa para el tratamiento de actos médicos que pudieron o no causar un daño en la salud, integridad física o vida de una persona. El sentido de esta disposición, por el hecho de que se encuentre en el mismo acápite de la auditoría médica, no involucra a la misma como herramienta de búsqueda de indicios de responsabilidad, ni tampoco da espacio a una criminalización de los actos médicos mediante una ley.

La problemática comienza a surgir en cuanto el Reglamento a la Ley N° 3131, Decreto Supremo N° 28562, incluye los términos *“ante denuncias de mala práctica médica”*, como se evidenciará a partir del análisis de la normativa que regula la auditoría médica: un Manual de Auditoría en Salud y una Norma Técnica.

La palabra manual conceptualmente involucra a un conjunto de disposiciones que agrupan aspectos básicos esenciales en una determinada materia o área⁵⁷. Todo manual coadyuva a la mejor comprensión del funcionamiento de un tema, en este caso, la Auditoría en Salud.

De esta manera, el Manual de Auditoría en Salud establece que la auditoría médica se ocupa de la revisión del trabajo de los que se desempeñan en el Sistema de Salud, tratándose de una instancia educadora que aprovecha incluso de experiencias negativas como positivas para la aplicación de correctivos que mejoren procesos de atención, satisfaciendo al usuario y cubriendo las expectativas de la comunidad.

57 Definición. (2019). Definición de Manual. 17/10/2019, de Definición Sitio web: <https://definicion.mx/manual/>

El mencionado Manual desarrolla los antecedentes de la auditoría en salud, recordando que esta idea nació de *“la evaluación de una medicina de mejor calidad”*, de *“lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente”*, y rescatando una definición de auditoría en salud de la escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard: *“la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.”*

Igualmente, se desarrolla un marco legal en el que prima la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico que reconoce a la auditoría médica como *“un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud”*. Y en el Reglamento de la misma Ley se especifica a la auditoría médica interna como *“un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento y mejoramiento de la calidad en salud, que comprende la evaluación de la estructura, proceso y resultados, conducida por los Comités de Auditoría Médica, bajo supervisión del Departamento o responsable de Gestión de Calidad y Auditoría Médica institucional.”*

Seguidamente, el Manual justifica a la auditoría en salud señalando la necesidad de mejora de la calidad de atención a la persona, reconociendo a la auditoría médica como el mejor instrumento para el mejoramiento de calidad en los servicios de salud. Consiguientemente, se establecen los siguientes conceptos además de otros:

- ▶ **Auditoría:** *“Es el examen de la gestión de un ente con el propósito de evaluar la eficiencia de sus resultados, con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, financieros y materiales empleados, la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión”*. W.L. Chapman.
- ▶ **Auditoría en Salud:** *“Es un proceso de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento”*. Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría - Ministerio de Salud.
- ▶ **Proceso:** *“acción de ir hacia delante (...) Respecto de los procesos , la norma ISO 9000 establece:*
 - *Identificar y desarrollar cada proceso*
 - *Documentar cada proceso*



- *Implementar o poner en marcha cada proceso*
 - *Hacer seguimiento a cada proceso*
 - *Mejorar cada proceso”*
- ▶ **Finalidades de la Auditoría en Salud:** *“Son múltiples, pudiendo mencionarse la evaluación técnico-administrativo-financiera de una determinada organización sanitaria, la ejecución de una política, plan o programa, el funcionamiento de los servicios, la atención directa del paciente por el personal en salud y el acto médico propiamente dicho”.*

En el marco de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, la palabra norma proviene del latín “escuadra”, instrumento para la medición recta y exacta. Una norma en el sentido jurídico es un precepto o una ordenación, una regla o conjunto de éstas compuesta por derechos y deberes, dictada por una autoridad competente para ordenar un comportamiento y que al momento de su incumplimiento conlleva una sanción.

El objeto de la Norma Técnica en Auditoría en Salud está descrito en su primer artículo, estableciendo que es la evaluación de la estructura, procesos y resultados inherentes a la prestación de servicios de salud, y tiene por finalidad establecer medidas propositivas, preventivas y correctivas para el mejoramiento de los servicios de salud.

Dentro de sus definiciones en su Artículo 4, refuerza la significación de la auditoría médica, diferenciando esta vez a la “AME”, indicando que es *“un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter correctivo, realizado por auditores acreditados externos al establecimiento de salud, ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica a la atención en salud y acto o actos médicos cumplidos en un paciente determinado, mediante el análisis del expediente clínico, verificando el cumplimiento de normas, protocolos, vigentes y lex artis medicae”.*

El Manual establece los parámetros de la auditoría en salud, y la Norma Técnica los desvirtúa a momento de añadir en la AME el elemento de “mala práctica médica.”

Con estos antecedentes teóricos de autores como Ricardo A.J. Rezzónico, Virgil Slee, Lambecke, Aranguren, entre otros, se puede establecer que la auditoría médica desde sus inicios tuvo una intención de evaluación, autocorrección, auto examen, calidad de atención, de referencia a estándares de calidad del sistema de salud.

La Constitución Política del Estado apoya esta noción de auditoría médica y la desliga de ser un instrumento relacionado a la mala práctica médica. La Ley N° 3131 toma el mismo lineamiento sin hacer mención a términos de indagación de indicios de responsabilidad. Es

así que se puede establecer que la auditoría médica, dentro de sus nociones conceptuales, no contiene ningún carácter punitivo ni de búsqueda de responsabilidad.

La concepción que reconoce el mismo Manual de Auditoría en Salud incluye criterios internacionales que consideran a la auditoría médica como una evaluación del sistema sanitario para su mejoramiento en calidad y disminución en riesgos del paciente, satisfaciendo las necesidades del mismo. Y en el ámbito nacional, la propia Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría del Ministerio de Salud, nombrada en el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, no hace mención a ninguna naturaleza disciplinaria de la Auditoría Médica, al contrario, indica que esta herramienta evalúa procesos haciendo referencia a normas ISO 9000 que procuran únicamente homogenizar estándares de calidad, que nada tienen que ver con determinaciones sancionatorias.

La legislación comparada reconoce igualmente a la auditoría en salud como un medio de evaluación en el proceso de atención a los usuarios de un sistema de salud (Perú), dicha evaluación se realiza mediante el análisis del EC, inspecciones, entrevistas sobre diagnósticos (Nicaragua), procedimientos terapéuticos, uso de recursos, etc. (Paraguay). En estas definiciones de auditoría médica de países extranjeros, tampoco está presente un elemento punitivo y la búsqueda de responsabilidad a temas relacionados a mala práctica médica.

En la legislación francesa, la auditoría en salud se traduce en “gestión de riesgos” que concierne a priori a la prevención de peligros conocidos susceptibles a afectar a los usuarios de un establecimiento de salud. Por ejemplo, el riesgo de infecciones asociado a ciertos tipos de terapia que requieren la aplicación de medidas de higiene estrictas de los locales e instrumentos, el seguimiento de protocolos profesionales a ser cumplidos, etc.

La gestión de riesgos a posteriori, por otra parte, engloba las amenazas que se encuentran siempre presentes imposibles de prever, y que sucedieron y suceden, como la falla de un determinado material o dispositivo de salud, una alergia a un determinado producto de salud, la caída de un paciente en un establecimiento de salud, etc. Cada uno de estos incidentes o accidentes son objeto de un análisis profundo de los factores que pudieron haber contribuido a que sucedan, con el fin de identificar acciones correctivas a ser aplicadas para prevenir la repetición del mismo suceso riesgoso o de disminuir las consecuencias de este tipo de evento si es que se volviera a presentar⁵⁸.

58 ARS. (2019). Démarche qualité et gestion des risques dans les établissements de santé. 17/10/19, de ARS
Sitio web: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/demarche-qualite-et-gestion-des-risques-dans-les-etablissements-de-sante>



Aplicando esta concepción de la auditoría médica dentro del contexto nacional, en la ciudad de Cochabamba se suscitó un caso en el cual una paciente contrajo una infección intrahospitalaria dentro de una clínica. En este caso, y por las definiciones revisadas en párrafos anteriores, la auditoría en salud sí fue aplicable para evitar, o al menos intentarlo, que a futuro acontezca el mismo hecho. En este sentido, dicho informe de auditoría no se pronunció sobre el tema de responsabilidad, pese a la solicitud realizada por el Ministerio Público mediante un requerimiento fiscal.

El Ministerio de Salud señala en sus respuestas MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/31/2019 y MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/33/2019 a la Defensoría del Pueblo, que el personal de área de Calidad y Auditoría en Salud, fuera de ocuparse de la elaboración de informes de AME, se ocupa *“también de la calidad de gestión y atención en salud de las instituciones (...) procesos de evaluación para acreditación; (...) satisfacción de usuarios y usuarias; (...) Procesos del mejoramiento continuo de la gestión; (...) seguridad del paciente”*, entre otros. Esta aseveración textual es la verdadera aplicación de la auditoría médica, y concebirla como herramienta de detección de indicios de mala práctica médica, va en contra de su naturaleza.

Ejemplificando con otro caso, de la revisión de los informes de AME y sus antecedentes, se puede citar el de una paciente encinta de ocho meses que acude a un hospital por fuertes dolores de estómago. Habiéndole realizado un examen de sangre entre otras atenciones, la paciente es sometida a una cesárea debido a que en los exámenes figuraban que era portadora de VIH. La paciente madre sostiene que inmediatamente recetaron *“Zidovudina”*⁵⁹ a la recién nacida, medicamento para adultos que causó daños al hígado. Por otro lado, afirma que la niña no fue puesta en incubadora, sin poder concluir su desarrollo quedando afectado el hueso tabique. La paciente debía confirmar el resultado de VIH con la prueba de Elisa en el mismo establecimiento de salud. La paciente se realiza nuevas pruebas en dos instituciones diferentes, resultando no ser portadora de VIH. Sin embargo, la prueba de Elisa continuaba indicando que tenía VIH.

La AMI concluye que todo caso en que se informa a un paciente que es portador de VIH debe ser acompañado por un psicólogo. Por otro lado, la AME establece entre sus recomendaciones *“que en todo caso de urgencia e internados que tengan resultados de VIH (...) deben tener respaldo y comentario correspondiente así como órdenes médicas que deben*

59 Instituto Nacional del Cáncer. (2019). zidovudina. 17/10/19, de Instituto Nacional del Cáncer Sitio web: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/zidovudina>. “Medicamento que inhibe el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA. Es un tipo de antivirico sistémico. También se llama AZT.”.

estar escritas ...el reporte de enfermería debe señalar el momento de la toma de la muestra y quién realiza esta solicitud”.

Es mediante el análisis de esta recomendación textual, que se puede deducir que la AME no pudo establecer quién fue el responsable del error del diagnóstico, si el medicamento Zidovudina es efectivamente para adultos, la gravedad del daño al hígado del niño, los daños en el tabique del mismo, quién fue el o los responsables de dicho tratamiento, entre otras conclusiones que sí hubieran ayudado a los afectados a tomar las medidas necesarias para la obtención de justicia. En este caso, se observa que la AME se centra en uno de los aspectos que sí debe focalizarse bajo lo que dicta la doctrina de la auditoría en salud, la corrección de los procedimientos para pruebas de VIH. Bajo lo que establece el Manual y bajo lo esperado por los pacientes víctima, la AME debió haber detectado los indicios de responsabilidad por mala práctica médica.

De esta manera se evidencia que la naturaleza de la auditoría en salud no cuenta con ninguna facultad disciplinaria, por lo que no sería el instrumento más idóneo para la detección de una responsabilidad en el acto médico de un profesional de salud. En consecuencia, la concepción de la auditoría en salud es alterada por la figura de la AME dentro de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, haciendo incurrir en error de percepción tanto al paciente víctima, a fiscales, jueces y mismos profesionales de salud.

De la revisión de 31 AME realizadas en el SEDES La Paz, SEDES Cochabamba, ASUSS y Ministerio de Salud, se advierte que las recomendaciones emanadas de las mismas tienen en común el pronunciamiento sobre aspectos relacionados al debido manejo del EC y en su mayoría, no se concentran sobre el tema de responsabilidad, pese a que la Norma Técnica le da a la AME la posibilidad de hacerlo, sin embargo, el análisis realizado por los auditores médicos no alcanza a pronunciarse sobre el tema de fondo y se reduce a hallazgos que una AMI podría detectarlos. En este contexto, bajo la normativa actual, las recomendaciones de las AME deberían ser concordantes con la gravedad de los casos, pero como se advierte en los ejemplos citados, ante actos de negligencia evidentes las AME no se pronuncian al respecto.

De la revisión de las AME, se advierte que solo el 29% se pronunció sobre algún tipo de responsabilidad, siendo que el restante 71% únicamente se concentró en emitir criterios centrados en la socialización del Manual de Auditoría en Salud, en formulario de interconsulta, en la realización de un peritaje, y en el correcto manejo del EC, instrumento en el que se centra el examen de la AME.



Por otro lado, los testimonios reflejan igualmente que los resultados que esperaban los pacientes víctima o sus familiares, en una gran parte, no les fueron satisfactorios, puesto que de los 16 testimonios obtenidos, 11 casos cuentan con un pronunciamiento, y de éstos solo en cuatro, la AME establecía un tipo de responsabilidad que pueda ayudar al paciente víctima a obtener justicia.

La AME así planteada en la norma vigente no responde a la expectativa del paciente víctima o de los familiares, así lo demuestra por ejemplo el Testimonio N° 3 que relata como una paciente de 16 años, a causa de una lesión en el tobillo, es intervenida quirúrgicamente, es ingresada a terapia intensiva y fallece dos días después. La AME fue realizada por el SEDES y concluyó sin determinar ningún tipo de responsabilidad.

En conclusión, la AME no es el instrumento que permita establecer responsabilidades y en algunos casos tampoco tiene la capacidad preventiva para lograr el mejoramiento de la calidad en los establecimientos de salud. Por otro lado, desde una perspectiva normativa, contrariamente a lo establecido en la Constitución Política del Estado y la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, la figura de la AME es erróneamente utilizada como instrumento de búsqueda de indicios de mala práctica médica, siendo que el mandato supremo indica que es una ley específica que regulará la negligencia en el ejercicio de la práctica médica.

EL PAPEL DE JUEZ DEL AUDITOR MÉDICO EN EL MARCO DE LA AME ALTERA SU NATURALEZA

De esta manera se introduce un cambio a la naturaleza del auditor médico, el que da la atribución de determinar un indicio de responsabilidad que puede desembocar en una liberación de cargos (Artículo 63), cumplimiento de recomendaciones (Artículo 64.1), proceso administrativo (Artículo 64.2), conciliación y arbitraje (Artículo 64.3) y Ministerio Público (Artículo 64.4.), como si el auditor médico fuera un juez.

Esta transformación a la figura del auditor médico viene desde el Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico que de igual manera, ya individualiza a la AME agregando el elemento mala práctica médica: *“un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes. Se realiza mediante el análisis del EC”*.

Es así que el auditor médico, dentro de una AME, se transforma en una especie de juez que irá en la búsqueda de dichos actos médicos susceptibles de ser reprochados ante una denuncia de mala praxis. Basándose en el EC del paciente, como lo establece el Artículo 22

de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, el auditor emite un criterio que califica el actuar de otro profesional de salud.

Otro aspecto que convierte al auditor médico en un tipo de juez, son las instancias creadas en todo este proceso de AME. Los Artículos 44 y 49 establecen que tanto el SEDES como INASES (ahora ASUSS) son una primera etapa de resolución de solicitudes de una AME para un posible caso de mala práctica médica, y si el paciente o solicitante afectado no está de acuerdo con la resolución o conclusión del informe de estas instancias, ya sea del ámbito público-privado o de seguridad social, el mismo podrá apelar la decisión al Ministerio de Salud, facultado por esta norma como última instancia de decisión.

Además, revisando el Artículo 64 de la Norma Técnica en Auditoría en Salud se puede evidenciar que el texto establece que *“si según el informe de la AME, se hubieran encontrado indicios o evidencias o errores cometidos y/o mala praxis que impliquen responsabilidad del sujeto o sujetos pasivos de la auditoría, es competencia del Director Técnico del SEDES la ejecución de las siguientes medidas (...)”* detalladas en los Artículos 64.1, 64.2, 64.3 y 64.4.

En este mismo sentido, el Artículo 63 de la misma norma señala que *“si el informe de AME concluye que no existen indicios o evidencias de mala práctica médica de los sujetos pasivos, la Autoridad Departamental de Salud en uso de sus atribuciones establecidas en el Artículo 4. Del DS N° 28562, y mediante nota expresa, liberará de los cargos que motivaron la AME a dichos sujetos pasivos”*.

Es evidente que las atribuciones que tiene el auditor dentro de una AME son similares a las de un juez. El auditor prácticamente se ve facultado para emitir un juicio de valor que podría posteriormente conllevar una condena, como puede *liberar de cargos* o absolver al dicho encausado, pese a que esta última atribución es de la Autoridad Departamental de Salud como lo establece la norma.

En la revisión de AME y sus antecedentes, se encuentra un caso de un paciente con diagnóstico de alcoholismo crónico y hemorragia digestiva que terminó en fallecimiento. Una situación que iba en vías de resolución pero luego de un episodio de agresividad, confusión y alucinaciones del paciente el mismo muere. Se concluye que los ataques de agresividad fueron tomados como un síndrome de abstinencia, cuando se trataba de una anemia aguda por hemorragia digestiva en curso que no se exteriorizó. La AME que trató esta situación *“libera de responsabilidad a todos los profesionales implicados”*.

En otro informe de AME, se observa que las recomendaciones específicas establecen *“mala praxis con proceso administrativo”* a pediatra por *“retardo en solicitud de estudios de ima-*



genología e indicación de antibioticoterapia y por no acudir a llamados de enfermería del turno nocturno”. El mismo profesional apela este informe aproximadamente nueve meses después y dicho pronunciamiento de AME establece que *“no procede la realización del proceso administrativo contra X como lo determinaba la anterior AME”*; una liberación de cargos tácita en favor del profesional de salud.

Por su parte, el Ministerio de Salud, como instancia de apelación dentro de este “proceso”, en su nota MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT31/2019, señala que en la gestión 2018 se resolvió la apelación de una AME *“liberando de indicios de supuesta mala praxis y responsabilidad al profesional involucrado”*, y en la gestión 2019 en cinco informes de AME, se liberó de responsabilidad a tres profesionales de salud y se encontró indicios de mala praxis en dos.

Estas atribuciones de “condena” a sometimientos a procesos administrativos y derivaciones a Ministerio Público, o de “absolución” y liberación de cargos, son otra distorsión de la figura del auditor médico, convirtiéndolo en una autoridad decisional que condena o absuelve.

Este es un reconocimiento tácito de que la AME se convierte en un proceso más, un proceso extra, al cual el posible paciente víctima debe someterse de manera obligatoria, previa o paralelamente, al proceso judicial que intenta encausar para obtener justicia y una posible reparación del daño.

Finalmente, se podría decir que el auditor médico es elevado a una categoría de juez debido a que la Norma Técnica de Auditoría en Salud determina en su Artículo 50, un proceso de recusación de auditores pudiendo el solicitante de la AME presentar al Director del SEDES el apartamiento justificado de auditores para el caso concreto. Esta institución de la recusación, se encuentra definida inclusive por la misma Norma Técnica de Auditoría en Salud en nota de pie como *“acto por el cual se exceptiona o rechaza a un juez para que entienda o conozca de la causa cuando se juzga que su imparcialidad ofrece movidas dudas”*.

Por lo expuesto, el papel del auditor médico no es la de un juez, así lo indica la doctrina, la Constitución Política del Estado y la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, considerando que un auditor médico se dedica a la realización de procesos analíticos correctivos para el mejoramiento de la calidad en salud. Este contexto erróneo conlleva a que el paciente víctima se vea obligado a someterse a un proceso extra, dilatado y parcializado que debe llevar previa o paralelamente para poder acceder a la justicia.

La imparcialidad del auditor médico se encuentra en duda

Adicionalmente, existe una parcialidad evidente dentro de este “proceso”. Si en algún momento hubo la voluntad de que estos pasos a seguir para la concertación de una AME sean reconocidos como un “proceso” en términos jurídicos, vale decir con instancias, recusaciones, apelaciones, condenas o juzgamientos, entonces se debieron aplicar los principios de la institución del *due process of law* o debido proceso. “Se entiende por debido proceso legal el conjunto de condiciones y requisitos de carácter jurídico y procesal que son necesarios para poder afectar legalmente los derechos de los gobernados”⁶⁰. Entre los derechos fundamentales relacionados y derivados del debido proceso se tiene el derecho a un juicio justo y público, derecho a acceso a los tribunales, derecho a la defensa, derecho a la asistencia jurídica gratuita, a la imparcialidad de los jueces, a la buena fe y lealtad procesal, entre otros.

La igualdad de las partes en un proceso es fundamental para un acceso equitativo a la justicia de las mismas, encontrándose dicho aspecto íntimamente ligado a la imparcialidad del juzgador y esta situación de equilibrio de las partes que disputan este proceso. Ambas partes deben contar con las mismas oportunidades de exposición de alegatos, de pruebas, de defensa, etc.⁶¹

La AME, tal como es presentada por la norma técnica, es un “proceso” que tiene como juez a un profesional de salud que emitirá criterio con poca objetividad inclinándose a favorecer a los suyos. Esto debido a una mala concepción por parte de los profesionales de salud sobre el principio ético médico de “confraternidad”. Los profesionales de salud deben mantener entre ellos relaciones de buena confraternidad, pero en el sentido de un estado de espíritu común que es de una profesión que demanda mucha responsabilidad, una formación intelectual especializada que alía la ciencia y el humanismo. No se trata de una manifestación de corporativismo sino de solidaridad, de una entrea ayuda necesaria para el cumplimiento de una misión médica. Los médicos necesitan unos de otros y saber trabajar juntos, sin que su buen entendimiento se convierta en una complicidad que lleve al perjuicio del paciente.

Si el auditor dentro de una AME está siendo considerado como un juez, pues el mismo carece de objetividad, situación reflejada en la revisión de informes de AME y sus antecedentes.

60 Cipriano GÓMEZ LARA. (2019). EL DEBIDO PROCESO COMO DERECHO HUMANO. 17/10/19, de EL DEBIDO PROCESO COMO DERECHO HUMANO Sitio web: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1968/17.pdf>

61 Cipriano GÓMEZ LARA. (2019). EL DEBIDO PROCESO COMO DERECHO HUMANO. 17/10/19, de EL DEBIDO PROCESO COMO DERECHO HUMANO Sitio web: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1968/17.pdf>



Ejemplo, informe de AMI que detalla el caso de una paciente que acude al establecimiento de salud con un aborto incompleto y que estuvo en espera por casi hora y media antes de su internación en Emergencias, sin valoración adecuada de su gravedad, sin tomar antecedentes de sangrado, realizando test de embarazos innecesarios, procediendo sin exámenes de laboratorio, activando código rojo de manera tardía, incumpléndolo y desembocando en la muerte de la paciente. Dicha AMI concluye recomendando que se tomen medidas en cuanto a un determinado profesional de salud involucrado en este caso, por los concurrentes fallecimientos maternos que ocurren bajo su cargo, y la AME realizada posteriormente simplemente señala que *“al no existir observaciones de importancia en la documentación remitida la comisión se abstiene de dar criterio”*.

En el marco de la Norma Técnica el auditor externo tenía la obligación de pronunciarse sobre el fondo y determinar el cumplimiento o no de protocolos, esta omisión refleja que el objetivo de la AME concebida desde la normativa vigente no se cumple y que el auditor médico no realiza un análisis especializado que dé lugar a establecer indicios de responsabilidad o descartarlas fundadamente.

Otro ejemplo aplicable a la situación de la falta de imparcialidad, es el nombrado con anterioridad sobre el caso del paciente con alcoholismo crónico que fallece debido a la presunción de que se trataba de un síndrome de abstinencia, cuando en realidad el paciente terminó falleciendo por una anemia aguda por hemorragia digestiva. Una primera AME resuelve una *“mala praxis con proceso administrativo”* y la AME de apelación *“libera de responsabilidad a todos los profesionales implicados”*.

Si la AME debe ser reconocida como un proceso, de igual manera debe cumplir el principio de *defensa y contradictorio*, por el cual todos los participantes de una causa deben tener garantizado en todo momento del proceso, el derecho inviolable a defenderse en el contradictorio entre las partes, en condiciones de efectiva paridad. Se debe asegurar, continuamente, que las partes sean debidamente representadas y defendidas por un procurador legalmente habilitado, ser aconsejado por abogados, y en su caso, recurrir a la asistencia de los peritos.

Esta situación no se presenta en el “proceso” de AME. Sencillamente, el auditor se concentra en el EC sin considerar el contexto en el que el profesional médico pudo haber actuado. Por otro lado, el paciente víctima no tiene poder alguno de lo que se vaya a describir dentro del EC, salvo tal vez por algún consentimiento informado. En sí, el examen que el auditor realiza en este llamado “proceso” de una AME es sobre el EC, sin escuchar a las partes que están involucradas, dejándolas en indefensión.

Estos aspectos llegan a desnaturalizar el rol del auditor, convirtiéndolo en una autoridad competente, no imparcial, que puede inclusive admitir o rechazar casos cuando no perciba indicios de mala práctica médica (Artículo 56 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud). El hecho de que el auditor médico, dentro de una AME, pueda detectar únicamente indicios, es suficiente para que su pronunciamiento pueda ser considerado como un pre juzgamiento, en el sentido de que puede impulsar a que se realice un proceso administrativo o a la intervención del Ministerio Público.

En la revisión de casos, se observó que dentro de un posible proceso judicial por mala práctica médica, el Ministerio Público mediante un Requerimiento Fiscal solicita una AME, con el fin de tener una apreciación más técnica-médica sobre el hecho; como se refleja en el testimonio del señor E.T que como consecuencia del fallecimiento de su bebé por una asfixia peri o natal encefalopatía, hipóxio isquémico grado III, debido a la atención en el parto de su esposa por estudiantes que procedieron a cortar el cordón umbilical a la bebé antes que pudiera respirar, lo que ocasionó la asfixia; "... la auditoría médica externa fue solicitada por requerimiento fiscal al INASES"; "... la auditoría médica ratificada por los auditores jugó un papel importante pero no fundamental" en el proceso penal.

Al respecto, el reglamento a la Ley N° 3131 y el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, al establecer a la AME como herramienta de búsqueda de indicios de responsabilidad en casos de posible mala práctica médica, hicieron que el paciente víctima e incluso el fiscal (por los repetidos requerimientos fiscales evidenciados), consideren a la AME como instrumento fundamental para probar de manera técnica una supuesta mala praxis, alterándose reiteradamente la figura de una auditoría en salud. Este contexto hace caer en error al fiscal en esta búsqueda de indicios.

A momento de que el auditor médico llega a emitir un pronunciamiento encontrando indicios de responsabilidad, el fiscal a cargo o inclusive el juez, fundamentarán sus apreciaciones en base a este criterio técnico-médico por su falta de conocimiento en este ámbito. La conclusión que se obtiene de una AME, es resultado de otro proceso con un prejujuamiento que influirá en el accionar del fiscal y en la decisión del juez. Si este prejuicio de auditoría médica no es concluyente en cuanto a los indicios de responsabilidad, el fiscal y el juez no encontrarán motivación para proseguir con la causa y que el posible paciente víctima pueda acceder a la justicia.

En el marco de este proceso que debe seguir el paciente víctima, el auditor médico externo visto como juez, no respeta el debido proceso puesto que no cumple los principios de imparcialidad e igualdad de partes, consecuentemente tiende a favorecer a los suyos bajo la



mala interpretación del principio deontológico médico de la confraternidad. De este contexto de proceso de AME surge un prejuizgamiento viciado, que puede influir negativamente en el fiscal o juez dentro de una causa donde un paciente víctima busca justicia. Además de la imparcialidad señalada, no existe coherencia en un mismo caso, como demuestran algunos ejemplos entre las recomendaciones realizadas en una AMI y las establecidas en una AME, puesto que en una primera instancia se advierten hallazgos que la AME no los ratifica y al contrario los omite.

EL AUDITOR MÉDICO NO CUENTA CON LA EXPERTICIA SUFICIENTE PARA ESTABLECER EL DAÑO CAUSADO AL PACIENTE

Según el Manual de Auditoría en Salud, para que una AME pueda valorar determinados actos médicos en la búsqueda de responsabilidad, se requiere que el auditor sea un experto en determinadas especialidades. En este sentido se establece que el auditor debe tener una formación profesional en salud relacionada con la materia o situación que se audita e inclusive la experiencia profesional o asistencial de 10 años.

El mismo Ministerio de Salud, mediante cite MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/31/2019, establece que es muy difícil cumplir con el perfil del auditor médico “especializado con la materia que audita”, debido a que son muy pocos especialistas que se interesan en realizar además de los cursos de especialidad, un curso de post grado en Auditoría Médica. Señala que *“hasta donde es de nuestro conocimiento, existen 41 especialidades y subespecialidades médicas reconocidas en el Estado Plurinacional de Bolivia”*. En este entender, por cada especialidad debería existir al menos un profesional que también sea auditor médico. El Ministerio de Salud afirma que es *“casi imposible el que se pueda contar con 41 tipos de auditores médicos con especialidades para cada materia que se audite”*.

Entonces, se ve que esta situación es evidentemente ajena a la realidad, puesto que no existen auditores médicos que tengan todas las especialidades; en segundo lugar, al momento de revisar los informes de AME con sus respectivos antecedentes, se observa que muchos concluían o recomendaban que el caso debía ser remitido a un perito especializado en la materia médica del caso:

“Realizar un peritaje al Servicio de Ginecología para determinar el riesgo y/o posible divergencia de procedimiento quirúrgico”; “Recomendamos la participación de peritos para aclarar conceptos de la enfermedad y sus consecuencias. Deberá informar sobre la varicela, su inmunización evolución y complicaciones como el presente caso, uso y manejo de antibióticos”; “Por existir secuela neurológica en el paciente X, la comisión recomienda la realización de un peritaje por perinatologo, para determinar causas precisas de estas

secuelas”; “Se recomienda realizar pericia médica por la subespecialidad de infectología pediátrica”; “En tanto se realice pericia, recomendar al Dr. X actualice sus conocimientos en forma permanente”.

Este tipo de conclusiones son contrarias a lo establecido en el Artículo 27 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, debido a que ésta señala la obligatoriedad (en caso de ser necesario) de la participación de otros técnicos, especialistas y peritos en el análisis pormenorizado en la elaboración del informe de AME, con el fin de contribuir al esclarecimiento de la materia de análisis para llegar a conclusiones, recomendaciones y emisión del informe final.

En las recomendaciones vistas líneas arriba, se muestra que el auditor externo recomienda la figura del peritaje para casos técnicos en que no puede dar criterio, yendo en contra de la Norma, pero respetando sus límites como profesional médico, sin ir más allá de sus conocimientos. Esto demuestra que el mismo auditor muchas veces reconoce no estar facultado para emitir un criterio completo. En este contexto el auditor médico está siendo confundido también como un experto.

En el Artículo 27 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, se demuestra la apropiación de la tarea del perito para que sea plasmada en el informe de AME con conclusiones y recomendaciones únicamente fundadas en el criterio del auditor.

Reforzando esta idea, el alcance de la AME en cuanto a sus recomendaciones específicas y conclusiones, termina siendo insuficiente para un posible caso de mala práctica médica. Según la revisión realizada a los informes de AME y sus antecedentes, éstos muy pocas veces solo determinarían un indicio de responsabilidad, sin detectar específicamente el daño causado al paciente y sin determinar en qué medida el paciente víctima fue afectado en su integridad y/o su salud, con el fin de que se pueda determinar en qué medida se puede procurar reparar el daño ya en una etapa judicial. El auditor médico está siendo considerado como un experto que puede tasar, evaluar el daño médico y sus repercusiones, pero en realidad sus pronunciamientos no llegan a cubrir las valoraciones que una experticia o peritaje podrían efectivamente establecer.

Debemos recordar que el Código Civil señala que si se trata de apreciar hechos que exijan preparación o experiencia especializada, se puede recurrir a la información de expertos. Accesoriamente, el Código de Procedimiento Civil establece de manera más específica que el perito interviene solo cuando la apreciación de los hechos requiere conocimientos especializados en alguna ciencia, arte, industria o técnica. Y de esta manera se puede extraer una definición de experto, una figura que interviene solamente en caso de que los



hechos o apreciaciones no sean suficientes para aclarar el criterio del juez. La experticia es una medida de instruirse para los jueces desde el instante en el que estiman que no se encuentran en la medida de por sí solos, apreciar correctamente los hechos.

La experticia en materia médica es muy común en otras legislaciones por dos razones, claramente para evaluar el perjuicio seguido por el paciente víctima y para evaluar el nivel de culpabilidad del acto médico en causa, origen del perjuicio.

Dentro del peritaje y accesoriamente en la experticia en materia médica, el juez debe designar en primer lugar un experto a partir de una lista. Los expertos se encuentran inscritos bajo condiciones y requisitos, entre estas, encontramos condiciones de buen comportamiento, a las competencias y a la ausencia de sanciones disciplinarias en contra de ellos.

El procedimiento que establece la ley, señala que el juez determina los puntos de pericia y las partes pueden objetar o agregar nuevos puntos. Posteriormente, se designa a los peritos en común acuerdo entre partes, pudiendo el juez designar uno en caso de no acuerdo. Estos expertos pueden ser rechazados y en caso de que no sea así, los peritos aceptan el cargo bajo juramento para que pueda expedir su dictamen.

La Ley N° 025 del Órgano Judicial en su Artículo 115 establece que *“El Tribunal Supremo de Justicia y los Tribunales Departamentales de Justicia, en coordinación con el Consejo de la Magistratura, organizarán cada año un Registro Público de peritos, intérpretes y traductores que acrediten su idoneidad de acuerdo a reglamento a los fines establecidos en las leyes”*. El Reglamento (específico) del Registro y Actuación de Peritos, Intérpretes y Traductores en su Artículo 30 señala que son obligaciones de todo perito cumplir con su labor con las disposiciones emitidas por fiscales, jueces y magistrados; la expedición de dictámenes periciales expresos y categóricos, técnicamente sustentados; la realización de las aclaraciones y ampliaciones oportunas necesarias de los dictámenes periciales cuando sean solicitadas; y guardar reserva de los casos que conozca.

Sin embargo, la institución del peritaje debe ser bien resguardada. En un caso denunciado a la Asociación de Víctimas de Mala Praxis Médica, afirman que durante el proceso de investigación se solicitó al Colegio Médico la lista de peritos de ginecología para que emita criterio en un caso de posible mala práctica, el cual no se efectuó debido a que en una primera oportunidad el profesional designado se excusa, y en una segunda oportunidad, otro perito simplemente no presentó su informe. Dentro del mismo caso, se solicitó peritos en nefrología infantil, sin embargo se denuncia que ningún profesional del medio quiere atender dicho requerimiento.

Es obligación de las autoridades del Órgano Judicial cumplir los principios enunciados en el Artículo 30 de la Ley N° 025 de eficacia, eficiencia, inmediatez, verdad material y debido proceso, además de contar con un registro de peritos idóneos como lo establece el Artículo 155 de dicha norma. Y en cuanto al Ministerio Público, su Ley N° 260 de 11 de julio de 2012 que lo regula, dentro de su Artículo 40 establece en las atribuciones de los fiscales el *“Intervenir en la etapa del juicio, sustentar la acusación y aportar todos los medios de prueba para fundar una condena”*.

En estos parámetros normativos, el cumplimiento del peritaje y evitar la obstrucción a la realización del mismo, está a cargo de los funcionarios del Órgano Judicial y el Ministerio Público.

Es así que el perito puede usar los medios técnicos científicos necesarios para cumplir la misión específica que se le encomienda. La norma no determina ninguna limitación en su actuar para efectivizar su obligación. En comparación con la tarea de un auditor dentro de una AME, el perito tiene un campo de acción mucho más amplio, especializado y objetivo.

En definitiva, el rol del auditor médico se ve alterado puesto que está siendo transformado en un casi experto dentro de un proceso, se busca que sea considerado como un perito, que se ve limitado a momento de emitir un criterio completo y especializado por una posible falta de idoneidad y conocimiento.

Desde esta perspectiva, de que la Norma Técnica de Auditoría en Salud busca que el médico auditor dentro de una AME sea considerado como un experto dentro del proceso, se debe tomar en cuenta el principio de que el médico no puede ir más allá de sus límites. El auditor en salud, bajo la legislación nacional es un profesional médico, del cual su juramento Hipocrático señala *“Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender”*.

Todo médico en principio, está habilitado para realizar cualquier acto de diagnóstico, prevención o tratamiento. Sin embargo, el médico no debe, a excepción de circunstancias excepcionales, realizar apreciaciones y menos actos que sobrepasen sus conocimientos y su experiencia.

El término de conocimientos se lo debe tomar en un sentido amplio, todo saber adquirido en formaciones universitarias, postgrados, especializaciones, actualizaciones; y por otro lado la experiencia, que evoca al mismo tiempo la experiencia por una formación recibida precedentemente y la experiencia adquirida en la práctica cotidiana. Se debe recordar que jurídicamente la noción experiencia no se limita a una sola expresión de una duración



determinada de tiempo. Esta experiencia es apreciada delante de los tribunales, en relación a los conocimientos técnicos obtenidos en la práctica.

Se hace referencia a la sola limitación del médico en el ejercicio de su profesión. Ya sea un médico pediatra, traumatólogo, emergenciólogo o imagenólogo, su barrera se encuentra en el ámbito de su conocimiento técnico.

En cualquier caso, el profesional de salud debe previamente apreciar en su conciencia si sus conocimientos y su experiencia, le permiten aceptar encargarse de una situación que sobrepase su saber.

En este contexto, el hecho de que el auditor médico se encuentre facultado por una norma para emitir un criterio sobre una materia de la que posiblemente no tiene conocimiento y competencia, constituye una contravención a la ética del mismo profesional, subrayando el hecho de que se comete este quebrantamiento buscando a un responsable. El profesional médico auditor en salud debe ocuparse únicamente de lo que le concierne, de realizar procedimientos técnicos analíticos, evaluativos, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud, y no así de emitir un criterio técnico en cuanto a indicios de mala práctica médica en especialidades que desconoce.

La especialidad de auditoría médica involucra tener conocimientos en aplicación de técnicas para elaborar planes de contingencia de calidad estructurados; en procesos de acreditación al Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) en los diferentes niveles de atención; sistemas de Gestión de Calidad con la norma ISO 9001 2008; en Gestión por Procesos en una institución de salud; en aplicación de herramientas de calidad en procesos de mejora de la calidad; en la elaboración de planes estratégicos, POAs, Proyectos de Mejora estructurados; en herramientas de gestión de calidad; entre otros.⁶²

Doctrinalmente, se comprueba la existencia de otros tipos de auditoría como la bioquímica que involucra calidad de laboratorio de análisis clínicos, gestión de calidad en laboratorio, gestión de riesgo y bioseguridad; auditoría odontológica relacionada a su atención en dicha especialidad y a su asistencia con calidad; auditoría de un servicio de imágenes; la auditoría

62 UMSA. (2017). ESPECIALIDAD EN GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA, VERSIÓN X. 17/10/19, de UMSA Sitio web: <http://dipgis.umsa.bo/wp-content/uploads/ESPECIALIDAD-EN-GESTI%C3%93N-DE-CALIDAD-Y-AUDITORIA-M%C3%89DICA.pdf>

de la atención en un servicio de obstetricia; y otros más que existen, seguramente, según la especialidad.⁶³

Por el contrario, estas subespecialidades de auditoría no tienen ningún sentido punitivo, sino simplemente un rol educador y correctivo. La auditoría en salud y la función del auditor muchas veces se ve desvirtuada ya que *“se le solicita que efectúe tareas no inherentes a su área o puesto. Es por ello que su imagen suele ser poco aceptada entre sus colegas, quienes no llegan a interpretar la importancia de trabajar en equipo con el auditor, es decir ‘trabajar juntos y no en contra’”*⁶⁴.

El hecho de que un profesional de salud tenga la especialidad en auditoría en salud, no implica que este tenga la idoneidad para emitir criterio específico en otra área de la medicina.

Lo expuesto demuestra que la figura del auditor médico externo no es la de un experto, puesto que su conocimiento no alcanzaría a determinar el daño y el grado de afectación del paciente víctima como se demuestra en los resultados de las AME. Por otra parte, el Ministerio de Salud afirma que no es posible contar con auditores médicos con especialidades para cada materia que se audite, por lo que se torna imprescindible la tarea de los peritos.

EL EXPEDIENTE CLÍNICO ES UN INSTRUMENTO INSUFICIENTE PARA DETERMINAR ACTOS DE NEGLIGENCIA MÉDICA

Según el Artículo 22 de la norma, la AME que buscaría indicios de una mala práctica médica, se encuentra fundamentada en la revisión del EC, el cual debería estar debidamente foliado y con todos los elementos que lo componen. En este sentido, es muy difícil encontrar indicios de responsabilidad en documentos incompletos, ilegibles, desordenados e inclusive inexistentes, componentes de un EC. Según la verificación de informes de AME y sus antecedentes, es evidente que no existe este ideal de una uniformidad y organización de dichos expedientes pese a que la Norma Técnica para el Manejo del EC procura establecer una *“metodología con fundamentos científicos, tecnológicos, administrativos, éticos y jurídicos, para la elaboración, integración ordenamiento, uso y archivo del EC, en aras al mejoramiento de calidad en todo el Sistema Nacional de Salud”*.

La definición de AME realizada por la misma Norma establece expresamente que se realiza la auditoría mediante el análisis del EC. Con esta afirmación, se deja de lado al sujeto, al

63 Ricardo Rezzónico, Cristina Menzica, María Rezzonico. (2016). Auditoría Médica y Garantía de Calidad de Gestión Sanitaria. Argentina: Journal S.A.

64 Ricardo Rezzónico, Cristina Menzica, María Rezzonico. (2016). Auditoría Médica y Garantía de Calidad de Gestión Sanitaria. Argentina: Journal S.A.



solicitante afectado, a una posible paciente víctima. Este tipo de informes se concentran únicamente en establecer correcciones y recomendaciones en cuanto a la claridad o falta de la firma en informes médicos, la poca legibilidad en otros documentos médicos, la falta de registro de actos médicos y paramédicos, entre otros aspectos meramente formales, sin abordar la necesidad del paciente de encontrar una evidencia científica que pruebe que sufrió de una mala práctica médica. En este razonamiento es imposible detectar el daño que se produjo a la posible víctima y la magnitud del mismo.

Dentro de una causa de mala práctica médica, el fiscal encontrará los fundamentos para motivar su denuncia en una evidencia centrada en el paciente víctima, no en las formalidades que debe cumplir el EC. Igualmente, el juez apreciará las pruebas con el fin de identificar el daño causado en la persona y cuán afectada quedó la misma; al juez no le es relevante conocer las falencias cometidas en el llenado o emisión de los documentos médicos.

De la revisión a informes de AME y sus antecedentes, se observaron las siguientes recomendaciones, inclusive en casos en los cuales falleció un paciente: *“Registro de información brindada al paciente en EC”*; *“Implementar realización de actividades de educación continua para el manejo correcto del EC, dirigido al personal médico y paramédico de la institución”*; *“El EC debe estar ordenado y con letra legible”*; *“Socializar la norma y se realizan cursos sobre manejo del EC”*; *“EC demuestra diferentes tipos de foliación”*; *“debe exigir al personal de salud el debido sellado con mucha claridad, que facilite la identificación”*.

Dichas recomendaciones no pueden ser apreciadas por un fiscal o un juez para determinar técnica y científicamente que hubo una mala práctica médica. Estas son apreciaciones realizadas a un conjunto de documentación, absolutamente vulnerable a modificación durante el transcurso del trámite para que se remita dicho EC al auditor.

Por lo expuesto, existe una contradicción en lo establecido en el numeral 4.7 del Artículo 4 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud a momento de señalar que la verificación del cumplimiento de normas, protocolos vigentes y *lex artis medicae* se la realizará mediante el análisis del EC, instrumento que resulta insuficiente para determinar la atención en salud y los actos médicos cumplidos en un paciente determinado.

En este sentido, los resultados de una AME se limitan a la información que cursa en el EC, por lo que no permite que se determinen indicios o evidencias de mala práctica médica.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA DE AUDITORIA EN SALUD VULNERA EL DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA

Fuera de los aspectos ya mencionados, se evidencia una ruptura a la definición de “norma” que se había mencionado, puesto que la misma norma o ninguna otra, determinan sanciones emergentes de su incumplimiento. No existe una instancia que bajo preceptos legales controle el accionar de los auditores médicos y si éstos cumplen con su propia normativa.

La responsabilidad legal del auditor debiera estar vinculada a su relacionamiento a actividades como el comprobar la eficiencia en las prestaciones, conceder o denegar autorización para el suministro de una determinada prestación, priorizar el deber médico que tutele la vida y salud de los habitantes, entre otros.⁶⁵

Sin embargo, este tipo de responsabilidades no son controladas por ningún otro ente. Por lo revisado en la Norma Técnica de Auditoría en Salud, el auditor médico dentro de una AME no responde a nadie por sus pronunciamientos recomendatorios, que muchas veces pueden ser contradictorios y pueden influir a escalas judiciales.

En cuanto a los artículos relacionados a la AME dentro de la Norma Técnica de Auditoría en Salud que no tienen que ver con aspectos descriptivos sino de cumplimiento, y en base a la revisión de las AME y sus antecedentes emitidas por los SEDES, ASUSS y Ministerio de Salud, así como de testimonios de pacientes víctimas o sus cercanos, se puede hacer una clasificación de dos grupos:

Artículos de la Norma Técnica de Auditoria en Salud que no se cumplen

De la revisión y análisis de la Norma Técnica de Auditoria en Salud, se ha evidenciado el incumplimiento de determinados artículos, entre éstos se tiene:

En primer lugar, los SEDES como autoridad reguladora de los establecimientos de salud públicos y privados y bajo lo establecido en la Norma Técnica de Auditoria en Salud, tienen la legitimación activa (Artículo 42.2) para determinar la realización de una AME. Empero, SEDES de departamentos como Tarija y Sucre señalan que no toman esta iniciativa de manera voluntaria, y solo se procede mediante una denuncia o solicitud.

Los Artículos 45 y 46 sobre el Formulario de Solicitud de AME y su recepción. Dicho Formulario no fue evidenciado y los entes encargados de la realización de AME como el

65 Ricardo Rezzónico, Cristina Menzica, María Rezzonico. (2016). Auditoría Médica y Garantía de Calidad de Gestión Sanitaria. Argentina: Journal S.A.



SEDES Santa Cruz, establecieron que no se implementó aún este documento, realizando las solicitudes de AME mediante nota. El mismo caso acontece en La Paz, pese a que indicaron que los formularios estarían disponibles en la Unidad de Gestión de Calidad en Salud. Cochabamba por su parte, establece que este documento se encuentra en secretaría de la dirección del SEDES, pero las personas solicitantes desconocen cómo o con qué datos llenarlo. Tarija y Beni indican que hacen uso del Formulario procediendo bajo lo indicado por la norma; al igual que Chuquisaca, que indica que este documento está presente en cualquier establecimiento de salud. Los departamentos de Oruro y Potosí no hacen uso de este formalismo. Por su lado, la ASUSS indica que no se exige a los demandantes de AME el uso de este Formulario.

En la revisión documental de AME, de los 22 casos revisados a nivel SEDES y ASUSS, ninguno contaba con este requisito, ni con documentación que demuestre la recepción de solicitudes por parte del Dirección Técnica del SEDES.

El Artículo 48 relativo al nombramiento de auditores, no fue nunca evidenciado debido a que no sería posible realizar un sorteo de una nómina de auditores debido a la escasa cantidad de los mismos. Por esta misma razón, la recusación de dichos auditores establecida en el Artículo 50 tampoco puede ser cumplida y accesoriamente, la resolución de recusación (Artículo 51), la exclusión de auditores (Artículo 52) ni la reconfirmación de la Comisión de AME (Artículo 53). De la información reportada por los SEDES a nivel nacional, se establece que los de Oruro, Potosí, Chuquisaca, Tarija, Beni y Pando no cuentan con auditores médicos.

De la información obtenida, los auditores acreditados reportados por SEDES son 3 en La Paz, 2 en Cochabamba y 1 en Santa Cruz. ASUSS por su parte cuenta con 4 auditores médicos acreditados, de los cuales 3 tienen un ítem. En estas condiciones es poco probable armar una comisión como lo establece la norma.

De acuerdo a los testimonios de pacientes y/o familiares respecto a la conformación del Comité de Auditores Médicos, en general desconocen quienes lo constituyen, no tienen opción a recusar, no participan ni están presentes en el nombramiento de éstos; es más, no son informados para asistir al sorteo, incumpliendo lo señalado en el Artículo 48 sobre la presencia inexcusable de la parte solicitante de la auditoría.

La disposición sobre AME en la seguridad social descrita en el Artículo 49 es contravenida, debido a que dentro de los seis informes de AME revisados en la ASUSS se observó que no se realiza la notificación al SEDES como establece la norma, ni tampoco se le extiende una copia del informe final a su conclusión.

Continuando con el análisis, el Artículo 56 detalla la Resolución de Admisión o Rechazo de la AME, dicha disposición no es cumplida en su totalidad debido a que, por ejemplo, la ASUSS no procede a realizar AME sin el requisito previo de una AMI. La autoridad de seguridad social en su nota de respuesta ASUSS/DGE/DTFyCSS/UFAM/INF/Nº0104/2019 a la Defensoría del Pueblo, indica que por disposición del Artículo 11 inciso f) del Decreto Supremo 3561, deben solicitar previamente la AMI para realizar una AME haciendo una mala interpretación de dicha norma debido a que expresa claramente que es atribución de la ASUSS: *“Realizar auditorías médicas externas, previa auditoría médica interna, salvo casos excepcionales establecidos de acuerdo a reglamentación específica”*. En este sentido, la reglamentación específica referida es la Norma Técnica de Auditoría en Salud y su Artículo 56, que establece que para la admisión de una solicitud de AME es suficiente que exista indicios de daño, lesión o muerte de un paciente. Sin embargo, existe contradicción en la nota Cite ASUSS/DGE/DTFyCSS/UFA/INF/Nº0104/2019 debido a que la misma ASUSS establece que nunca se rechazaron solicitudes de AME.

De 31 casos de AME revisados de SEDES, ASUSS y Ministerio de Salud, solo uno procede a rechazar la solicitud debido a que la documentación se encontraba con el paciente interesado y no facilitaba el acceso a la misma.

La Solicitud de Reconsideración establecida en el Artículo 57, posterior a un rechazo de solicitud de AME, tampoco fue evidenciada en ninguno de los casos revisados.

El plazo de 20 días para la elaboración de las AME, tanto en primera instancia como en etapa de apelación, no es cumplido (Artículo 58). Por parte de los SEDES, La Paz indica que cumple los 20 días para la emisión de informes de AME y si el caso lo amerita, solicita ampliación; en el departamento de Tarija establecen que esperan la elaboración de la AME por parte del Ministerio de Salud, aproximadamente dos meses; Oruro seis meses, debido a la falta de auditores médicos; SEDES Cochabamba toma un tiempo de 30 días; y SEDES Santa Cruz indica que no existe un tiempo promedio debido a que su auditor no realiza esta tarea de manera exclusiva, sino también se encarga del área de gestión de calidad.

De los 16 testimonios recibidos de pacientes y/o familiares, 14 señalan que esperan mucho tiempo para que se les entregue las auditorías médicas internas y/o externas; que tienen que realizar reclamos permanentes para ser atendidos movilizándose al lugar donde se están realizando la AME; algunos siguen esperando los resultados de las auditorías médicas, como el caso de la señora M.T.F. *“...ya perdió las esperanzas de que se haga justicia por la muerte de su esposo”*; otro caso *“Medio año prácticamente hemos tenido que peregrinar para estos dos resultados de auditoría médica interna y externa...”*; *“... ya pasó un año y*



no me hablan hasta ahora...”; en otro caso “... iniciaron la auditoria médica externa el 9 de febrero de 2018 ... la cual concluyó en junio del 2018”; “Ante la demora en la emisión del informe final de AME, tuvo que presentar notas de reclamo ante el Director del SEDES ...”; “.. Solicitó auditoria médica interna y tardó tres años en obtener dicha auditoría ...” Ssituaciones como estas son recurrentes, y el cumplimiento del plazo de 20 días es irreal.

El plazo de apelación de tres días hábiles descrito en el Artículo 60 no se cumple, puesto que se advirtió en uno de los casos que un profesional de salud que apeló la determinación de una AME del ex INASES, lo hizo casi nueve meses después.

Del mismo modo, la revisión de un caso en etapa de apelación en el plazo de 20 días establecido en el Artículo 61, tampoco es cumplida. Pese a que el Ministerio de Salud, mediante Cite MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/31, indicó que generalmente cumplen con el plazo de 20 días para que su comisión revisora emita un informe que resuelva una apelación, sin poder establecer un tiempo promedio. En la revisión de cinco AME de dicha institución en etapa de apelación, se evidencian retardos de más de siete meses, como se puede ver a continuación:

| Casos en grado de apelación | AME 1 | AME 2 | AME 3 | AME 4 | AME 5 |
|--|--------------|-------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Tiempo desde la solicitud de AME hasta la emisión del Informe final de AME | 4 meses y 14 | 7 meses y 26 días | 1 mes y 7 días | 1 mes y 25 días | 6 meses y 7 días |

En cuanto a la información proporcionada por ASUSS en su respuesta ASUSS/DGE/DT-FyCSS/UFA/INF/Nº0104/2019, indica que cumplen con los 20 días establecidos por la norma y que el tiempo promedio para emitir un informe de AME es de una semana. Empero, de la revisión de los seis informes de AME realizados en dicha institución el día 07.10.2019, se pudo observar que la emisión de un pronunciamiento de esta naturaleza desde el momento de su solicitud, puede tardar hasta un año, como figura el siguiente cuadro:

| | AME 1 | AME 2 | AME 3 | AME 4 | AME 5 | AME 6 |
|--|---------|-------------------|-----------------------------|-------------------|----------------|---------|
| Tiempo de realización de la AME desde su solicitud hasta la emisión del informe final de AME | 9 meses | 5 meses y 14 días | No existe solicitud expresa | 6 meses y 17 días | 1 año y un mes | 6 meses |

En dicha respuesta ASUSS/DGE/DTFyCSS/UFA/INF/N°0104/2019, se establece que de todos los casos de AME resueltos en la ASUSS, ninguno fue objeto de apelación.

El Artículo 68 establece que en los departamentos en los cuales no se cuenta con auditores acreditados, el SEDES de dicho departamento debe derivar el caso al Ministerio de Salud, hecho que rompe la “cadena procesal” puesto que dicho Ministerio sería una última instancia de reclamación en caso de que el solicitante no esté de acuerdo con el dictamen del informe de auditoría. Consecuentemente, los posibles pacientes víctima que no cuenten con auditores médicos en sus departamentos no tienen la posibilidad de apelar, ya que no cuentan con otra instancia.

Artículos de la Norma Técnica de Auditoría en Salud que se cumplen parcialmente

Entre estos contamos con el Artículo 9 que establece el uso de formularios anexados a la norma. Dichos documentos son necesarios para el análisis completo de auditoría en salud debido a los criterios que involucran: El Formulario 3, es una lista de verificación sobre temas de forma relativos al EC que consta de 86 puntos; el Formulario 4, establece un análisis de fondo a cada ítem o criterio evaluado del EC, pudiendo ser llenado a criterio del auditor; finalmente, el Formulario 5, relativo al Acta de Informe Final de AME. En la revisión documental de las AME se pudo observar que los SEDES no hacen uso de estos formularios que son obligatorios. De las 31 AME revisadas en las tres instituciones involucradas, solo seis hicieron uso de estos formularios.

En la revisión de los antecedentes de las AME del Ministerio de Salud, SEDES y ASUSS, se pudo observar que la regulación sobre obtención, custodia, acta de entrega, recepción y devolución del EC descritos en los Artículos 54, 55 y 62, son cumplidos de manera parcial. El EC es el objeto de examen de la auditoría en salud y dicha documentación es pasible a ser alterada si no se la custodia y se la entrega en intervalos cortos, revisando dicha documentación a momento de su entrega y admisión. De 31 AME revisadas, cinco no contaban con este requisito.

En cuanto a la notificación del resultado de AME según los Artículos 59 y 65, algunos informes proceden a la misma en el mismo texto indicando que “se debe notificar a los interesados”



y en otros casos, el informe de AME figura como última etapa de este proceso, cuando en realidad y bajo la norma, sí se debería exigir un documento específico de notificación a los interesados, para que en su caso, puedan proceder a apelar o para que puedan utilizar dicho instrumento en los fines correspondientes. En la verificación hecha a la ASUSS, se observó que sus informes de AME cuentan con un acápite específico determinando la notificación a los interesados y que los mismos se encuentran en la facultad de apelar dicha decisión dentro de los tres días hábiles.

Las solicitudes y procedimientos de AME para localidades y departamentos que no cuentan con auditores acreditados que se encuentran normadas en los Artículos 66, 67, 68 y 69, se cumplen al ser enviadas al Ministerio de Salud para su elaboración. Sin embargo, el plazo de 20 días para la emisión del informe de AME para las “localidades menores” y 15 días para departamentos, no se cumplen conforme lo demuestra en cuadro:

| Casos remitidos al Min. Salud para la emisión de AME | AME 1 | AME 2 | AME 3 |
|--|-----------------|-------------------|--|
| Tiempo desde la solicitud de AME hasta la emisión del Informe final de AME | 2 meses y 1 día | 3 meses y 26 días | No evidencia fecha de solicitud, empero el caso data de 23.01.18 y el informe final de AME del Ministerio de Salud es de fecha 27.06.19. 17 meses y 4 días |

Es evidente que el concepto de “norma” no es respetado. Los auditores médicos externos en la realidad consideran a la Norma Técnica en Auditoría en Salud solo como un conjunto de lineamientos sin obligatoriedad, situación que proviene de la falta de control de responsabilidad funcionaria a momento de emitir las AME. La Norma Técnica en Auditoría en Salud en cuanto a la AME, es continuamente vulnerada, puesto que en la mayoría de sus artículos son cumplidos parcialmente o directamente incumplidos.

La falta de acciones de responsabilidad por el incumplimiento a la Norma pone al paciente víctima en una situación de indefensión, ya que la instancia de apelación no se pronuncia sobre el incumplimiento de aspectos formales del procedimiento de una AME, ni existe una instancia prevista en la Norma que establezca sanciones contra los auditores médicos.

LA AUDITORIA MÉDICA EXTERNA ES INEFICIENTE E INEFICAZ PARA ACCEDER A UNA JUSTICIA PRONTA Y OPORTUNA

La ineficacia en un sentido jurídico, puede ser definida como un fenómeno en el que un acto jurídico no genera sus efectos⁶⁶, y por otro lado la ineficiencia es la incapacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función de la mejor manera.⁶⁷

En esta lógica podemos concluir que la AME en cuanto a la búsqueda de indicios de responsabilidad por una mala práctica médica, es tanto ineficiente como ineficaz.

Ineficaz porque el paciente víctima no encuentra el resultado esperado, no recibe un pronunciamiento técnico que le pueda ser útil para fundamentar una causa realizando la denuncia ante un fiscal o iniciando un proceso ante un juez. La AME no genera los efectos jurídicos buscados y supuestamente creados para la defensa de los derechos del paciente víctima. Éste último, simplemente termina enfrentándose a otro proceso dilatorio que ni siquiera podrá coadyuvar con su búsqueda de justicia o restitución de derechos. El término eficaz para este propósito, sería más adecuado para una experticia, que sí tendría un impacto concreto, imparcial y objetivo.

Objetivamente, esta ineficacia se demuestra en cifras. Existen 165 solicitudes de AME en los SEDES a nivel nacional de las cuales 60 fueron respondidas con un informe de AME.

66 Enciclopedia jurídica. (2019). Ineficacia. 17/10/19, de Enciclopedia jurídica Sitio web: <http://www.enciclopedia-juridica.com/d/ineficacia-contractual/ineficacia-contractual.htm>.

67 Lexico. (2019). ineficiencia. 17/10/19, de Lexico Sitio web: <https://www.lexico.com/es/definicion/ineficiencia>



| Departamento | 2018 AME SOLICITADAS | 2019 AME SOLICITADAS | Detalle | | Total de solicitudes 2018-2019 | Total de solicitudes atendidas 2018-2019 |
|--------------|----------------------|------------------------|---------|---------|--------------------------------|--|
| | | | Publico | Privado | | |
| La Paz | | | Publico | Privado | 30 | 22 |
| | | | 11 | 19 | | |
| Oruro | 4 | 2 | | | | 0 |
| Potosí | 4 | 1 | Publico | Privado | 5 | 0 |
| | | | 4 | 1 | | |
| Cochabamba | 44 | 19 | Publico | Privado | 63 | 15 |
| | | | 48 | 15 | | |
| Sucre | 15 | 12 | | | 27 | 0 |
| Tarija | 4 | 1 | | | 5 | 0 |
| Santa Cruz | 21 | 14 | Publico | Privado | 35 | 23 |
| | | | 24 | 11 | | |
| Beni | | No existen solicitudes | | | 0 | 0 |
| Pando | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| | | | | | 165 | 60 |

El paciente víctima busca el acceso a la justicia y la restitución de sus derechos, sin embargo las recomendaciones que derivan a proceso administrativo o Ministerio Público a las que arriban los informes de AME emitidos por los SEDES en la gestión 2018 y hasta agosto 2019, según datos proporcionados por la misma institución, son las siguientes:

| Departamento | Proceso Administrativo | Ministerio Público |
|--------------|------------------------|--------------------|
| La Paz | 2 | 0 |
| Oruro | 1 | 1 |
| Potosí | 0 | 0 |
| Cochabamba | 0 | 0 |
| Sucre | 0 | 0 |
| Tarija | 0 | 0 |
| Santa Cruz | 0 | 6 |
| Beni | 1 | 0 |
| Pando | 0 | 0 |
| TOTAL | 4 | 7 |

De 165 solicitudes, únicamente en cuatro AME se encontraron indicios de mala práctica médica y el caso fue derivado a proceso administrativo, y en siete al Ministerio Público.

De los testimonios obtenidos de pacientes y/o familiares se tiene que en varios casos la AME “... no determinó ninguna responsabilidad para los médicos que atendieron a su hija...”; “... la AME fue apelada debido a irregularidades ya que se realizó sin el expediente clínico original”; en otro caso “... los resultados emitidos por ambas instancias (SEDES, INASES) no le resultaron satisfactorios, considera que no sirvieron para nada y durante la espera planteó sus reclamos por la demora y falta de atención”, una auditoría señalaba “... que deberían pagar daños y perjuicios al hospital por la difamación realizada en las redes sociales”. Por otra parte, sólo dos testimonios de 16 señalan lo siguiente: “... evidencian descuido del paciente puesto que las infecciones que habría adquirido se debieron a bacterias intrahospitalarias, por lo que se realizaron recomendaciones a la clínica ...”; “... pase a materia penal... el resultado ha sido satisfactorio porque gracias a esto nosotros hemos podido tener un arma más de prueba para el juicio”.

De manera posterior a este pronunciamiento, se tendría la instancia de apelación. Sin embargo, a momento de consultar con los SEDES sobre la cantidad de casos que son apelados, los mismos, a excepción de Oruro que reporta dos casos, responden que no tienen conocimiento debido a que los resultados son entregados a los interesados y ellos apelan ante el Ministerio de Salud.



En este sentido, el seguimiento de la AME en una primera instancia, se limita únicamente a las recomendaciones técnicas de la auditoría en salud y no así a las determinaciones sobre indicios de responsabilidad. Es por ello que los SEDES no están al tanto si los interesados de las AME recurren a la apelación.

Las tareas de cumplimiento y seguimiento hechas por los SEDES, se limitan a planes de acción y recomendaciones sin hacer referencia a un seguimiento específico a los procesos administrativos o derivados al Ministerio Público que emergieron de indicios de mala práctica médica.

Estos datos recopilados exponen la ineficacia del resultado final de una AME para un paciente víctima.

La ASUSS mediante Cite ASUSS/DGE/DTFyCSS/UFAM-EXT-Nº0105/2019, indicó que sus auditores se encuentran realizando sus trámites de acreditación mientras los mismos se encuentran elaborando las AME. Posteriormente, mediante nota cite ASUSS/DGE/DTFyCSS/UFA/INF/Nº0104/2019, la misma autoridad reconfirmó que cuentan con cuatro auditores no acreditados.

En ambas respuestas, se establecen que se requiere de una AMI para pronunciarse sobre una AME, sin embargo, para realizar la misma, la norma establece que para la admisión de la solicitud de este informe es suficiente evidenciar indicios de daño, lesión o fallecimiento del paciente (Artículo 56.1 incisos b) y c)). Esta situación involucra que la población asegurada debe esperar aún más tiempo para la emisión de una AMI, que posiblemente no encuentre indicios o evidencias de mala práctica médica.

La ASUSS afirma, igualmente en estas respuestas, que las AME pertenecientes a las ex autoridades de seguridad social, INASES y ASINSA, que no fueron concluidas y se encuentran aún en proceso de inventario y clasificación. Esto conlleva a un número indeterminado de informes de AME no realizados, vale decir, a una cantidad de pacientes víctima que esperan un pronunciamiento que pueda ayudarlos a acceder a la justicia.

En esta revisión de AME y sus antecedentes en el ámbito de la Seguridad Social a Corto Plazo, se pudo observar que desde la creación de la ASUSS hasta el mes de septiembre de 2019, se realizaron seis informes de AME; sin embargo, en fecha 16.10.2019, la ASUSS establece mediante respuesta ASUSS/DGE/DTFyCSS/UFA/INF/Nº0104/2019, que quedan 52 requerimientos pendientes y que emitieron 10 informes de AME, de los cuales en su totalidad derivaron en procesos administrativos o al Ministerio Público, contrariamente a lo que se evidenció en la revisión de informes de AME con sus antecedentes.

Se observa así que en el ámbito de la Seguridad Social a Corto Plazo, la AME es igualmente ineficaz debido a que ni siquiera llega a resultados, contando con 52 casos pendientes y habiendo realizado solo seis informes de AME como se evidenció en la revisión de AME y sus antecedentes.

La AME como un medio de encontrar indicios de responsabilidad es ineficiente debido a que todo el “proceso” para la obtención de la AME, es igualmente fútil. Se habla de todo este proceso por el cual debe pasar el paciente víctima ante la solicitud de una AME, que inclusive en muchos casos debe solicitar previamente una AMI, prolongando el proceso. Los SEDES de los departamentos de La Paz, Pando, Tarija y Oruro consideran de que la AMI es requisito para la AME cuando la norma indica que para admitir una solicitud de dicho informe, basta que existan indicios de daño, lesión o fallecimiento del paciente. Únicamente, el SEDES Santa Cruz realiza apropiadamente la interpretación de la norma sin exigir en todo caso un pronunciamiento previo de AMI.

La ineficiencia resalta de igual manera, el sometimiento del paciente víctima a un auditor que es confundido por un juez parcializado, una admisión subjetiva previa que puede determinar que no se justifica la realización de una AME (Artículo 56.2), una recusación de jueces-audidores, una espera de inclusive años por una evaluación técnica, e incluso, una instancia de apelación. Todos estos pasos para llegar a un resultado como ser:

“El comité de enseñanza e investigación debe realizar un seguimiento más cercano al trabajo de internos de pregrado en medicina o en otras”; “Rediseño de hoja de evolución y tratamiento de enfermería”; “aplicar formularios de interconsulta”; “Se mejore la parte de identificación de los servicios en los formularios de las diferentes unidades y servicios”; “Seguimiento de factores de riesgo en infecciones asociadas a la atención en salud a través del comité respectivo”; “aplicar formulario Referencia según normativa vigente”; “Realización de auditorías médicas internas periódicas para la mejora de la calidad de atención en usuarios...”; “Se recomienda a X realizar una auditoría de servicio de los servicios de pediatría y terapia intensiva pediátrica...”; “Dar cumplimiento a las recomendaciones generales, específicas y de plan correctivo, en coordinación con las autoridades correspondientes del hospital...”

En la instancia del Ministerio de Salud, por la información recibida mediante Cite MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/31/2019 de dicha institución, se puede emitir el siguiente cuadro:



| | 2018 | 2019 | Total |
|-------------------------------|------|------|-------|
| Libera de indicios | 1 | 3 | 4 |
| Mala Praxis y Responsabilidad | | 2 | 2 |
| Total | 1 | 5 | 6 |

Entre las gestiones 2018 y 2019, el Ministerio de Salud emitió seis informes de AME liberando de indicios de responsabilidad a los profesionales implicados en cuatro casos y detectando mala praxis o responsabilidad en otros dos. Dichos pronunciamientos en apelación, no confirman o rechazan resoluciones anteriores de AME, ya sea de la ASUSS o de los SEDES, simplemente se pronuncian como si se tratara de un caso nunca antes analizado. Contrariamente a este proceder, dicha etapa de apelación, como su nombre lo indica, debería emitir criterio sobre la decisión de AME que en principio fue apelada, sin embargo, por la respuesta emitida en cite MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT31/2019 que indica que la AME en apelación concluye derivando el caso a un proceso administrativo, se puede afirmar que dicha AME en primera instancias no es considerada.

Es así que responden de que una AME en apelación puede ser derivada a proceso administrativo o elevada al Ministerio Público.

Por otra parte, señalan que por la sobrecarga actual de solicitudes, y siendo únicamente dos auditores en la institución, no pudieron realizar acciones estructuradas de seguimiento a sus pronunciamientos. Informan además que no tienen un sistema de registro nacional que concentre las solicitudes de dichas AME de todos los sectores, así como el resultado de las mismas.

Mediante nota MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/33/2019, ampliando la información, el Ministerio de Salud establece que no cuenta con ningún sistema de seguimiento o de registro de recomendaciones generales y específicas resultantes de los informes de AME, por lo tanto desconcen si se efectivizaron dichas recomendaciones, indican que el seguimiento es competencia específica de los SEDES. Esta última institución en el departamento de La Paz, mediante nota GADLP/SEDESLP/UGCS/A.M./NEXT 228/2019, responde que se notifica a la institución de salud involucrada con el informe final de la AME, más una nota para el cumplimiento de las recomendaciones emandas indicando el lapso de tres meses para el seguimiento respectivo. Se indica que si se evidencia el cumplimiento, se realizan compromisos de mejora para un seguimiento posterior, y en caso de incumplimiento, se envía un informe al área jurídica para que se proceda conforme el reglamento interno de

la institución. En el sector privado, se conmina únicamente al cumplimiento efectivo de las recomendaciones. Este procedimiento se efectiviza en un plazo no mayor a seis meses.

Desde la perspectiva del SEDES La Paz, dicho seguimiento podría resultar complejo, puesto que existe solo una persona responsable del seguimiento de AME que debe atender al sector urbano y rural con 764 establecimientos de salud registrados, tal como se indica en la nota GADLP/SEDESLP/UGCS/A.M./NEXT 228/2019. Sin embargo, en el caso específico del SEDES La Paz, en la gestiones 2018 y 2019, se atendieron un total de 22 AME, cantidad que refleja el número específico de seguimientos, considerando que no necesariamente los 764 se ven involucrados en temas de AME.

Finalmente, el Ministerio de Salud señaló que hubo un aumento desmesurado de las denuncias de supuesta mala praxis, excediendo a toda *“expectativa y capacidad resolutive de esta problemática tanto a nivel SEDES como del propio Ministerio”*. Es preocupante el hecho de que la nota MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/33/2019 del Ministerio de Salud establezca que actualmente, cuenta con 60 solicitudes de AME y de revisión de AME por apelación, que algunas datan de 2015 y que el área encargada proceda mediante una priorización aleatoria para su resolución. Detrás de cada solicitud de AME, existe un posible paciente víctima que espera un pronunciamiento técnico para que pueda ayudarlo a obtener justicia.

De 31 informes de AME y sus antecedentes que fueron revisados, solo ocho establecen evidencias de responsabilidad administrativa y ninguno concluye indicando que hubo indicios de responsabilidad penal.

| | Ministerio de Salud | SEDES | ASUSS |
|-------------------------------|----------------------------|--------------|--------------|
| Proceso Administrativo | 1 | 2 | 5 |
| Derivación Ministerio Público | 0 | 0 | 0 |

En un escenario judicial, este tipo de pronunciamientos son irrelevantes, como se expone en el siguiente cuadro e información proporcionados por el Tribunal Supremo de Justicia mediante Cite: Stria. Gral. N° 691/2018:



| | La Paz | Oruro | Potosí | Cochabamba | Sucre | Tarija | Santa Cruz | Beni | Pando | Total |
|---|--------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|------|-------|-------|
| Nº de procesos relacionados a mala práctica médica a nivel nacional en gestiones 2018 y 2019 | 0 | 9 | 1 | 7 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 28 |
| Número de procesos con sentencia por delitos relacionados a mala práctica médica en gestiones 2018 y 2019 | 0 | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 |

Los departamentos de Santa Cruz y La Paz no cuentan con procesos ni sentencias relacionadas a mala práctica médica, cuando son las regiones donde existe más recurrencia de este tipo de denuncias. Las solicitudes de AME en La Paz de las últimas dos gestiones, llegan a 30 y según el Órgano Judicial, ninguno de estos casos llegó ni siquiera a un inicio de procesamiento. Santa Cruz, con 35 solicitudes de AME desde 2018, se encuentra en la misma situación.

De la cantidad de informes de AME ya emitidos, que informaba SEDES Cochabamba, de alrededor 15 casos, solo siete se encuentran en proceso.

De un total de 165 solicitudes de AME realizadas solo a los SEDES en búsqueda de indicios de responsabilidad, como lo establece la Norma Técnica de Auditoría en Salud, se tiene únicamente siete casos en los que se llegó a una sentencia donde posiblemente la AME fue de utilidad para el paciente víctima y su acceso a la justicia.

La ausencia de casos relacionados a mala práctica médica en procesamiento en los departamentos de Beni y Tarija es evidente. Por otro lado, en los departamentos de Pando y

Potosí, se muestra que hubo pocas acciones, tanto de procesamiento como de sentencia, en contra de posibles actos médicos negligentes.

Apoyando estas cifras, notas de prensa señalan: *“Del total de los reportes registrados por el Comité, ninguno fue denunciado a la Policía o ante el Ministerio Público. “Muchas familias ven que solo es un gasto demandar al médico, al cabo que a la fecha solo dos o tres tuvieron sentencia, el resto se quedó en los estantes de los juzgados”*⁶⁸

Pasando a otro punto, el Órgano Judicial expresó que la AME tiene un valor probatorio fundado en el Artículo 173 del Código de Procedimiento Penal, como cualquier otra prueba. Dicha disposición establece que *“El juez o tribunal asignará el valor correspondiente a cada uno de los elementos de prueba, con aplicación de las reglas de la sana crítica; justificando y fundamentando adecuadamente las razones por las cuales les otorga determinado valor, en base a la apreciación conjunta y armónica de toda la prueba esencial producida”*.

En el mismo sentido, el Presidente del Tribunal Departamental de Justicia de Chuquisaca establece que *“no es posible atribuir un valor probatorio específico y predeterminado a una AME, porque el sistema de valoración de la prueba al que está adscrito nuestro sistema procesal penal no contempla la prueba tasada, el valor probatorio que se asigne a dicha AME responderá a la valoración que haga el Tribunal de dicho documento en el sistema de valoración probatoria de la sana crítica (ciencia, lógica y experiencia)”*.

Lamentablemente, la Fiscalía General del Estado no pudo dar información sobre el número de denuncias relacionadas a mala práctica médica recepcionadas por la Fiscalía en las últimas dos gestiones. En su nota Cite OF.CITE: FGE/JLP N° 616/2019 señala que su sistema de causas penales no permite la búsqueda de estos datos específicos.

En la misma respuesta afirman que un hecho de mala práctica médica puede ser denunciado sin contar con un informe de AME o AMI, debiendo cumplirse únicamente con los requisitos exigidos en el Artículo 285 del Código de Procedimiento Penal, vale decir, la identificación del denunciante, la relación de la circunstancia, indicación de tiempos y lugares de la comisión del delito, los posibles autores y partícipes, entre otros. No existe requisito específico alguno para el tratamiento a la denuncia de este tipo de delitos relacionados a mala práctica médica.

68 Wilma Pérez. (2019). Reportan 250 casos de negligencia médica. 17/10/19, de La Razón Sitio web: http://www.la-razon.com/sociedad/bolivia-reportan-casos-negligencia-medica_0_3179082081.html



En este entender, el paciente víctima muchas veces es mal informado, debido a que al momento de sufrir un daño por un acto médico, opta como primer paso la solicitud de una realización de una AMI o una AME.

Finalmente, el Ministerio Público admite que los casos de mala praxis médica son asignados a la Fiscalía Especializada en Delitos contra la Vida o la Fiscalía Especializada en Delitos contra la Integridad Personal, no existiendo ningún área o división específica para el tratamiento de denuncias de mala práctica médica.

Estas fuentes de información provenientes del Ministerio de Salud, SEDES, ASUSS, Órgano Judicial y Ministerio Público, permiten reconocer que la AME es sobrevalorada en la búsqueda de justicia para los pacientes víctima.

La AME se constituye en un instrumento ineficaz al no establecer en sus resultados, indicios o evidencias de responsabilidad conforme al Artículo 64 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud. Dicha ineficacia afecta directamente a la búsqueda de justicia del paciente víctima, puesto que busca un resultado que evidencie de manera técnica la mala práctica médica, sin embargo, lo único que encuentra son recomendaciones relativas al funcionamiento y mejoramiento de la calidad en salud.

Por otro lado, la ineficiencia de la AME se traduce en los componentes de este “proceso” que solo complican el acceso a la justicia del paciente víctima. El sometimiento indebido del paciente víctima a un pronunciamiento previo de una AMI antes que una AME, el auditor con calidad de juez, la parcialidad del mismo, su falta de experticia para determinadas especialidades, el incumplimiento de la Norma Técnica en Auditoría en Salud, entre otros, son los medios para llegar a un resultado el cual no coadyuvará a la búsqueda de justicia del paciente víctima, solo la complicará.

LA ACREDITACIÓN EN BOLIVIA NO GARANTIZA LA IDONEIDAD DEL AUDITOR MÉDICO

La acreditación en un concepto muy básico, es el proceso voluntario mediante el cual una organización es capaz de medir la calidad de servicios o productos, y el rendimiento de los mismos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de acreditación implica la autoevaluación de la organización, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos⁶⁹.

69 ACCREDITATION ASSOCIATION. (2012) ¿Qué es la acreditación? 18/10/2019, de ACCREDITATION ASSOCIATION Sitio web: <https://web.archive.org/web/20121217024708/http://www.aaahc.org/what-is-accreditation/>

En la República de Colombia, el Consejo Nacional describe la Acreditación desde el ámbito académico, sin embargo hace énfasis en el componente de calidad y organización, consideran que la acreditación es el “...acto por el cual el Estado adopta y hace público el reconocimiento que los pares académicos hacen de la comprobación que efectúa una institución sobre la calidad de sus programas académicos, su organización y funcionamiento y el cumplimiento de su función social”⁷⁰.

Entre otras definiciones, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España con relación a los profesionales en salud, define la acreditación como la valoración que un organismo externo hace de un individuo, centro o actividad, según criterios y estándares previamente establecidos. Esta acreditación es realizada de acuerdo a los requisitos establecidos por la Comisión de Formación Continuada⁷¹, señalando que este último es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario⁷².

Esta Formación Continuada en el ámbito de los profesionales en salud de España se encuentra normada a través de la Ley N° 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, misma que en su Artículo 34 refiere las funciones de la Comisión de Formación Continuada describiendo en su inciso e) “Las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada”⁷³, consignando la acreditación como un proceso que implica la formación continua, la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora

70 CONSEJO NACIONAL DE ACREDITACIÓN. (2019) ¿Qué es la Acreditación? 18/10/2019, de República de Colombia Sitio web: <https://www.cna.gov.co/1741/article-187231.html>

71 Gobierno de España. (2019). Acreditación. 18/10/2019, de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Sitio web: http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina_con_formato_version_oct/apa.htm

72 Gobierno de España. (2019). Acreditación. 18/10/2019, de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Sitio web: http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina_con_formato_version_oct/apa.htm

73 JUAN CARLOS I REY DE ESPAÑA. (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. 18/10/2019, de LEGISLACIÓN CONSOLIDADA Sitio web: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>



de su cualificación, así como incentivo en su trabajo diario e incremento de su motivación profesional⁷⁴.

Si bien las definiciones que se describen de acreditación no corresponden al área específica de auditorías médicas, desde el punto de vista etimológico el verbo acreditar es una formación de la lengua romance compuesta por el prefijo “a” que viene del latín “ad” (hacia, a, proximidad) y el vocablo latín “creditum” que viene de la raíz del verbo latino “credere” (creer, confiar en, la confianza)⁷⁵, por lo que la acreditación de profesionales auditores médicos, vendría a ser el elemento que lleva a creer que con ese reconocimiento se puede tener la plena confianza hacia sus conocimientos, habilidades y actitudes.

Asimismo, la acreditación conlleva mucho más que un simple reconocimiento ya que es un proceso que implica la participación de un organismo externo que puede ser el Estado, que efectúa la valoración de la calidad del profesional, que no puede entenderse de otra manera que la valoración o medición de la calidad de sus conocimientos, a través de su formación, actualización, calificación y evaluación, además de su experiencia adquirida y aspectos éticos que se encuentran intrínsecos cuando nos referimos a profesionales en salud. Al respecto, la Universidad Peruana Cayetano Heredia Perú refiere que la auditoría en servicios en salud no se aparta de las auditorías que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos, evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continua que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de la calidad y/o excelencia en los servicios⁷⁶.

Consultadas las legislaciones de Perú y República Dominicana, se evidencia que estos países no realizan la acreditación de sus auditores médicos.

Específicamente en el caso de Perú, las auditorías médicas se realizan a través de sus Comités de Auditoría que son oficializados mediante resolución previo cumplimiento de requisitos⁷⁷.

74 Gobierno de España. (2019). ¿Qué es la formación continuada?. 18/10/2019, de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Sitio web: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/queEs.htm>

75 Etimologías de Chile. (2019). Etimologías de Acreditar. 18/10/2019, de Etimologías de Chile Sitio web: <http://etimologias.dechile.net/?acreditar>

76 Jorge A. Manrique Guzmán, Jorge E. Manrique Chávez, Beatriz Chávez Reátegui, Carolina B. Manrique Chávez. (2014). Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. 18/10/2019, de Universidad Peruana Cayetano Heredia Perú Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539380004.pdf>

77 Dra. PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGRA, Ministra de Salud. (2016). NORMA TÉCNICA DE SALUDDE AUDITORÍA DE LA CALIDADDE LA ATENCIÓN EN SALUD. Santa Beatriz – Lima: Grupo Raso E.I.R.L.

En el caso de República Dominicana, su normativa señala que todas las Administradoras de Riesgos en Salud y Riesgos Laborales, deben contar con Auditores Médicos o Firmas de Auditorías Médicas registrados en el SISALRIL que es la Superintendencias de Salud y Riesgos Laborales, registro que se efectúa a través del cumplimiento de requisitos⁷⁸.

Realizado el análisis desde el aspecto etimológico así como del proceso de formación y evaluación que debería implicar la acreditación de un auditor en salud, deben considerarse los siguientes aspectos:

En Bolivia, la acreditación de un auditor médico para el ejercicio de una auditoría médica implica el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales: Nivel de postgrado en Auditoría Médica (Diplomado como mínimo, equivalente a 600 horas académicas), otorgado por Universidad reconocida por el CEUB o el Ministerio de Educación; experiencia profesional de 10 años como mínimo; no tener resolución ejecutoriada por responsabilidad ejecutiva o administrativa ni sentencia civil o penal, además de no tener pliego de cargo ejecutoriado como dispone el Decreto Supremo N° 28562 Reglamento a la Ley del Ejercicio Profesional Médico.

Además de los requisitos descritos precedentemente, en el marco de la Resolución Ministerial N° 571 de 13 de agosto de 2019 del Ministerio de Salud, debe cumplir con la presentación de los siguientes formalismos: Carta de solicitud de acreditación; fotocopia simple de Cédula de Identidad; fotocopia legalizada del Título Académico, Título en Provisión Nacional; matrícula profesional; fotocopia simple del recibo de depósito; fotografías; el formulario de solicitud de acreditación; acreditar no tener resolución ejecutoriada por responsabilidad ejecutiva o administrativa, ni sentencia civil o penal ni pliego de cargo ejecutoriado.

Finalizado el trámite administrativo y cumplimiento de requisitos el profesional médico, obtendrá la calidad de “Auditor Médico Acreditado” recibiendo del Ministerio de Salud una matrícula de “Auditor Médico” con vigencia indefinida (mientras no se determine su suspensión temporal o definitiva en caso de existir resolución ejecutoriada por responsabilidad ejecutiva o administrativa, sentencia civil o penal y pliego de cargo ejecutoriado).

A objeto de analizar la acreditación, debe considerarse principalmente cuál será el trabajo a desarrollar por el Auditor Médico, siendo pertinente colocar como punto de partida para el análisis, el concepto de Auditoría Médica que para Virginia Garaycochea Cannon es el proceso interdisciplinario, que permite al Cuerpo Médico realizar la evaluación del

78 República Dominicana. (2017). Normativa sobre auditoría médica. 18/10/2019, de Superintendencias de Salud y Riesgos Laborales Sitio web: <http://www.sisalril.gov.do/Resoluciones/Res.Adm.No.%2000219-2017,%20que%20aprueba%20la%20normativa%20sobre%20Auditoria%20M%C3%A9dica.pdf>



acto médico⁷⁹, por lo que el profesional en salud a efecto de llevar adelante el proceso de evaluación deberá contar con la debida capacidad e idoneidad. Guiados por la normativa descrita precedentemente el profesional médico a objeto de su Acreditación como Auditor Médico deberá contar esencialmente con dos requisitos, posgrado en Auditoría Médica y la experiencia profesional mínima de 10 años.

Revisado el Plan de Estudios de la “Especialidad en Auditoría Médica” de la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca se identifica que la misma contempla las siguientes asignaturas: “Módulo I GESTIÓN DE CALIDAD, 1.- Calidad en Salud, 2.- Identificación e Intervención de Barreras de Calidad, 3.- Habilitación y Acreditación en Salud, Gestión Clínica y Liderazgo para el Cambio, 4.- Gestión por Procesos y Desarrollo de Indicadores de Calidad, 5.- Calidad en Salud Componentes Éticos y Seguridad del Paciente y Procesos de Calidad; Módulo II INVESTIGACIÓN, 1.- Bases Conceptuales de la Investigación Científica, 2.- Taller de Trabajo de Grado I, 3.- Taller de Trabajo de Grado II; Módulo III Auditoría Médica, 1.- Auditoría en Salud y Herramientas de Apoyo a la Auditoría en Salud, 2.- Instrumentos, Procedimientos y Desarrollo de Auditorías⁸⁰.

Por otra parte, la Universidad Mayor de San Andrés que oferta la “Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica”, consigna en su Plan de Estudios las siguientes asignaturas: 1. Introducción a la Gestión de Calidad, 2. Sistemas de Gestión y Calidad, 3. Gestión por Procesos e Instrumentos de la Calidad, 4. Gestión y Calidad en Servicios de Salud, 5. Liderazgo y Trabajo en equipo, 6. Bioética y Ética Médica, 7. Marco Lógico, 8. Auditoría y sus alcances, 9. Legislación en Función Pública, 10. Taller de Propuesta de Intervención, 11. Normas y Técnicas de la Auditoría, 12. Instrumentos de la Auditoría, 13. Responsabilidad Profesional, 14. Paquetes Informáticos, 15. Práctica de campo en Auditoría, 16. Taller de Defensa de Grado.

Efectuando el análisis del perfil del auditor, consultados los Planes de Estudio de Posgrado en Auditoría Médica de ambas universidades estatales, se identifica que sus asignaturas dan una visión general sobre la auditoría en salud, requisito de formación que debe ser complementado por la especialidad del profesional médico y la experiencia para el caso que se audita.

79 Virginia Garaycochea Cannon. (2000). AUDITORÍA MÉDICA. 18/10/2019, de Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño Sitio web: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v03_n1/auditor%C3%ADa.htm

80 UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA. (2018). Especialidad Superior en Auditoría Médica y Gestión de Calidad 3ra. Versión, Modalidad Presencial - Plan de Estudios. 18/10/2019, de CEPI Sitio web: <https://posgrado.usfx.bo/posgrado/programas.php?op=ve&tipo=di&prog=553&inf=pro>

El requisito exigido relativo a la experiencia profesional no necesariamente refleja la capacidad e idoneidad del profesional médico que obtendrá el status o condición de Auditor Médico, considerando además que esta condición es de carácter indefinido como refleja la Resolución Ministerial N° 571; se observa con preocupación la normativa actual ya que la misma no efectúa una medición o calificación adecuada de los conocimientos y capacidades, así como no contempla el componente de la capacitación y/o actualización permanente de los profesionales como condicionante para mantener su acreditación de manera indefinida en el tiempo.

Esta situación descrita denota una gran contradicción en la normativa de acreditación ya que esencialmente, volviendo al concepto de Auditoría Médica descrito por Garaycochea, ésta tiene el objeto de evaluar el acto médico, por lo cual a efecto de obtener una correcta valoración, la auditoría médica en un ideal debería ser realizada por un experto o especialista en el área que involucre al acto médico, por lo que se deduce que un profesional que carezca de la especialidad requerida no podría pronunciarse ni emitir juicio de valor al respecto por tratarse de áreas ajenas a su conocimiento y experiencia; asimismo, por un aspecto ético el médico auditor debe pronunciarse únicamente sobre sus conocimientos, si ese es el caso, al no ser especialista o conocedor de todas las áreas de la medicina, requerirá del apoyo de otros profesionales “no acreditados” para emitir su valoración final dentro de una auditoría médica.

En consecuencia, la acreditación se constituye en el simple cumplimiento de formalismos que no contemplan aspectos relacionados a la capacitación continua y/o actualización, valoración del conocimiento, especialidad en el área que se audita y la calificación y evaluación del trabajo desempeñado por el médico auditor, reduciéndose a requisitos como fotocopias de Cédula de Identidad, Título Académico, Título en Provisión Nacional, matrícula profesional, recibo de depósito bancario, fotografías, formulario de solicitud de acreditación, no tener resolución ejecutoriada por responsabilidad ejecutiva o administrativa, ni sentencia civil o penal y no tener pliego de cargo ejecutoriado; aspectos que son comunes para cualquier cargo público.

Con relación al perfil del médico auditor, Luis Eduardo Pavón Rosero y María Angélica García Salazar, señalan que en Ecuador no existe una norma que establezca la actividad de la auditoría médica, sin embargo cita o sugiere el perfil ideal del médico auditor:

- ▶ *“Experiencia laboral mayor de 8 años para el Nivel III, mayor de 5 años para el Nivel II, mayor de 4 años Nivel I en la Institución.*



- ▶ *Haber realizado cargos de jefatura o de coordinación en los servicios de Hospitalización y/o Consulta Externa.*
- ▶ *Tener título de médico Especialista en: medicina Interna, medicina Intensiva, Cirugía, ginecología, Pediatría y otras especialidades.*
- ▶ *Haber realizado cursos de capacitación en Administración de Salud o Salud Pública.*
- ▶ *Profesional médico dedicado a la labor docente en las áreas médicas.*
- ▶ *Presentar juicio clínico acertado, capacidad para tomar decisiones apropiadas sobre la atención del enfermo.*
- ▶ *Desarrollar buenas relaciones inter-personales de los empleados y profesionales a fin de favorecer un óptimo trabajo en equipo.*
- ▶ *Tener reconocido prestigio, ser objetivo e imparcial en sus evaluaciones”⁸¹.*

Del perfil ideal del auditor médico propuesto por Pavón y García, resaltan elementos importantes como la experiencia laboral en establecimientos de salud diferenciada por niveles, la experiencia en cargos de jefatura, además de considerar las especialidades como la base del perfil y aspectos éticos de gran relevancia como el juicio clínico acertado y tener reconocido prestigio.

En nuestro marco normativo existen criterios que resultan útiles a objeto de efectuar una valoración al conocimiento y experiencia de los profesionales médicos, tal es el caso de los criterios establecidos en el D.S. 28476 de 2 de diciembre de 2005 Reglamento de Escalafón Profesional para los Profesionales Médicos que contemplan aspectos relativos al buen trato al paciente, la actividad asistencial, la participación en la elaboración o actualización de normas y protocolos, participación en actividades de capacitación comunitaria, el reconocimiento a la eficiencia, la actividad y publicaciones científicas, atención de emergencias, consulta externa, en quirófano y otros, además de la actividad docente asistencial en servicios de salud entre otros, otorgándole a dichos aspectos una puntuación que permite su calificación y revisión.

A objeto de describir esta modalidad de calificación se citan ejemplos en el marco del D.S. 28476 de 2 de diciembre de 2005 de manera referencial:

81 Pavón y García.2017. LA AUDITORÍA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL EN LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA DEL ECUADOR. Imprenta Calderón. Quito – Ecuador

Artículo 2.11 del Reconocimiento a la eficiencia:

1. *“Cumplimiento en la ejecución del POAI, Compromisos de Gestión, planes y programas en los respectivos niveles con economicidad, licitud y transparencia.*

Los instrumentos de verificación serán los siguientes:

- a) *Producción, productividad y coberturas programadas. A través de los POAI y Compromisos de Gestión.*

El puntaje por año de esta actividad será 1 punto por año con un tope máximo de 4 puntos”

Artículo 3 de la actividad docente:

- a) *“Actividad docente asistencial en servicios de la salud.*

Los elementos de verificación serán los siguientes:

- b) *Certificado extendido por el jefe de enseñanza y/o del establecimiento de salud.*

El puntaje por año de esta actividad será de 2.5 puntos por año con un tope máximo de 10 puntos”

Asimismo, el Manual de Auditoría en Salud aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008 en su primera parte, Conceptos, describe el perfil del auditor de la siguiente forma: *“Formación profesional en salud relacionada con la materia o situación que se audita; formación de Postgrado en Gestión de Calidad y Auditoría; Experiencia asistencial; Responsabilidad; Capacidad de Análisis y síntesis; Ética; Imparcialidad; Sujeción a códigos y normas; Confidencialidad; Prudencia; No vinculación; Amabilidad; Disposición para el trabajo en equipo”*. Este perfil resalta elementos que son esenciales para la valoración del profesional médico, sin embargo, dichos elementos no son contemplados en su integridad por la normativa en el proceso de acreditación de auditores médicos externos.

A efecto de realizar una correcta valoración de la realidad de las auditorías médicas en Bolivia, es importante observar la situación de los SEDES, como es el caso de Beni, que en su intento de lograr la acreditación de profesionales, informó que viene realizando gestiones con el posgrado de la Universidad Autónoma de Beni y la Escuela Boliviana de Posgrado a fin de contar con profesionales que cumplan los requisitos exigidos por la norma.

Por otra parte, el Ministerio de Salud mediante Informe Técnico CITE: MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/31/2019 de fecha 10 de octubre de 2019 menciona que de igual forma



efectuó gestiones similares durante las gestiones 2013-2014 habiendo organizado un Diplomado en Gestión de Calidad y Auditoría Médica a nivel nacional con el apoyo de la Universidad NUR, formando un total de 68 auditores médicos en siete departamentos siendo 7 en el Beni, 19 en Chuquisaca, 4 en Cochabamba, 12 en La Paz, 2 en Oruro, 17 en Potosí y 7 en Santa Cruz; respecto a Pando indicó que no pudo enviar a ningún profesional y que los cursantes de Tarija aún no lograron el título, situación que evidencia que los esfuerzos aunados por el Ministerio de Salud se limitaron a gestiones realizadas hace cinco años.

Asimismo, el SEDES La Paz informó que si bien cuenta con tres auditores médicos acreditados, han identificado como problemática la falta de incorporación en la normativa de auditoría odontológica, servicios de diagnóstico, laboratorio, farmacia entre otros, al respecto es pertinente aclarar que ninguno de los SEDES cuenta con auditores en todas las especialidades que son sujetas a auditoría médica. El SEDES Cochabamba indicó que sus auditores médicos acreditados tienen la capacidad técnica para auditar a cada especialidad; contrariamente el SEDES Santa Cruz, respecto al perfil del auditor médico, señaló que considera que el aspecto de la formación profesional en salud relacionada con la *“materia que se audita”* sería una ambigüedad de la norma.

Por lo expuesto, el proceso de acreditación carece de toda valoración al conocimiento, capacidad, especialidad y experticia de los profesionales en salud, toda vez que no contempla elementos esenciales que caracterizan a un proceso de acreditación, contemplándose en nuestra normativa como el cumplimiento de requisitos y simples formalismos inefectivos, aspecto que lo convierte en un proceso innecesario, toda vez que el mismo se asemeja más a un proceso de simple registro, por lo cual en el marco del análisis efectuado debe considerarse la adopción de un sistema de registro que remplace el proceso de acreditación, que contenga los elementos de capacitación, formación continua, calificación que contemple además de la formación la actividad asistencial, actividad docente, la investigación institucional, actividad científica, capacidad de análisis, imparcialidad, así como la eficiencia del profesional médico además de componentes posteriores al registro como ser la supervisión y evaluación permanente.

El perfil del auditor médico acreditado como se encuentra plasmado en nuestra actual normativa, no lo faculta para establecer indicios de mala práctica médica, ni garantiza su idoneidad por la falta de especialidad en la materia que se audita, capacitación continua y/o actualización, valoración del conocimiento, calificación y evaluación del trabajo desempeñado por el médico auditor.

Catorce años sin concretarse el proceso de acreditación

La acreditación de auditores médicos se encuentra regulada por la Ley N° 3131 que norma el Ejercicio Profesional Médico en Bolivia que data del 8 de agosto de 2005 y su Decreto Reglamentario N° 28562 de 22 de diciembre de 2005, empero el procedimiento de dicha acreditación no se define sino hasta el 13 de agosto de 2019, mediante Resolución Ministerial N° 571.

De la revisión de la normativa se identifica que desde agosto de 2005 hasta agosto de 2019, han transcurrido 14 años sin que se haya concretado el proceso de acreditación de médicos auditores, aspecto que genera preocupación ya que en más de una década no se han puesto en vigencia las normas descritas y no se han reglamentado los procedimientos sino hasta 13 de agosto de 2019, restando a la fecha vislumbrar los resultados de su aplicación.

Con relación al término Auditor Acreditado, analizado el contenido de la Ley N° 3131 y su Decreto Reglamentario, ambas normativas mencionan que debe existir la acreditación para los profesionales médicos que realicen auditorías médicas, sin efectuar distinción entre los médicos que realicen AMI y AME, por lo que se deduce que todo médico que efectúe labores de auditor puede realizar su trámite de acreditación, sin embargo, tal situación no condice con lo dispuesto en el Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica y Resolución Ministerial N° 571 que orientan la acreditación únicamente a los auditores médicos externos.

Asimismo, genera gran preocupación la posición manifestada por el Ministerio de Salud en su nota con Cite MS/VMSyP/DGSSyC/ACAL/CE/108/2019 de fecha 13 de agosto de 2019, que en su parte pertinente señala lo siguiente: 1.- Sobre la acreditación de auditores médicos por parte del Ministerio de Salud, establecida en el Artículo 16 de la Ley N° 3131 de 8 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico, señala que dicha normativa *“entrará en vigencia una vez se apruebe y publique la Resolución Ministerial que se encuentra en proceso de aprobación”*; 2.- Indica que *“...no es requisito imprescindible la acreditación de auditores médicos, bastando el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Artículo 18 del mencionado decreto”*; es decir del D.S. 28562 de 22 de diciembre de 2005, Reglamento a la Ley del Ejercicio Profesional Médico⁸².

Los puntos analizados de la nota emitida por el Ministerio de Salud, evidencian que pese a los 14 años transcurridos a la fecha no se tiene claros los procedimientos a seguir en lo que compete a la acreditación, y generan dudas respecto a la vigencia de la Ley N° 3131 así

82 Nota Cite: MS/VMSyP/DGSSyC/ACAL/CE/108/2019 de fecha 13 de agosto de 2019.(Fotocopia simple).



como del D.S. 28562. Asimismo, afirma que la acreditación de auditores médicos no sería un requisito imprescindible aspecto que es contrario a lo dispuesto por la norma.

Por otra parte, el Ministerio de Salud mediante Cite MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/31/2019 de fecha 10 de octubre de 2019, respecto al proceso de acreditación informó que aún no ha podido aplicarse en su parte operativa la Resolución Ministerial N° 571 de 13 de agosto de 2019 ya que implica la elaboración de varios documentos subsidiarios tales como los formularios de solicitud de acreditación como auditores médicos, una guía de acreditación, la matrícula de auditor médico, así como la determinación de los procedimientos a seguir y las instancias ministeriales involucradas: indica que son pequeños detalles que han venido retrasando dicha operativización y que espera que para la segunda semana del mes de octubre de 2019 puedan implementarse plenamente las disposiciones de la Resolución Ministerial N° 571 de 13 de agosto de 2019, aspecto que de igual forma evidencia que el proceso de acreditación desde la gestión 2005 hasta el mes de octubre de 2019 no logra efectivizarse.

Existe responsabilidad por parte del Ministerio de Salud, que pese a la reglamentación de los requisitos de la acreditación previstos en el Decreto Supremo N° 28562 Reglamento a la Ley del Ejercicio Profesional Médico, no operativizó el procedimiento para efectuar la acreditación de auditores médicos, sino hasta el 13 de agosto de 2019, es decir 14 años después de la previsión normativa.

El proceso de acreditación limita la ejecución de las AME

A objeto de realizar el presente análisis, la Defensoría del Pueblo solicitó información a las distintas entidades involucradas en la realización de auditorías médicas obteniendo información que permitirá efectuar una valoración sobre la situación de los SEDES a nivel nacional, Ministerio de Salud y ASUSS, misma que refleja lo siguiente:

Considerando que solo se cuenta con auditores médicos acreditados en el eje troncal, de los nueve departamentos, solo tres cuentan con auditores médicos acreditados que realizan AME; el SEDES La Paz, cuenta con tres auditores médicos acreditados; Cochabamba con dos auditores médicos acreditados, estos profesionales conforman una sola Comisión de AME; y Santa Cruz tiene un auditor médico acreditado, dicho profesional es la única persona que atiende todas las solicitudes de AME.

El resto de los seis departamentos, Beni, Pando, Oruro, Potosí, Tarija y Chuquisaca, no cuentan con auditores médicos acreditados, por lo cual no realizan AME.

Al no contar estos seis departamentos con auditores médicos acreditados que puedan realizar las auditorías médicas externas, los distintos SEDES remiten las solicitudes al

Ministerio de Salud para su atención a través de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad en cumplimiento al Artículo 68 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica; esta situación ocasiona que una gran cantidad de solicitudes se concentren en la ciudad de La Paz, procedimiento que dilata el acceso de la población a los resultados de las AME de manera pronta y oportuna.

Efectuada la consulta a nivel nacional a los nueve SEDES, cinco de ellos identificaron como una problemática la falta de auditores médicos acreditados además de la falta de reglamentación que permita su acreditación; por otra parte, señalaron también que no cuentan con ítems para médicos auditores, sobre este aspecto la Norma Técnica señala en su Artículo 4 numeral 4.8, que el auditor acreditado será declarado automáticamente en Comisión a dedicación exclusiva cuando sea requerido para el cumplimiento de una AME. Pese a la disposición normativa que establece la declaratoria en comisión, los SEDES Cochabamba y Oruro manifestaron como una problemática la falta de ítems específicos para auditores médicos, sobre este aspecto el Ministerio de Salud mediante Informe Técnico CITE: MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/31/2019 de fecha 10 de octubre de 2019 informó que el tipo de contratación y la función exclusiva al cargo de los auditores médicos, depende de cada una de las instituciones que realicen auditorías médicas y que no corresponde al Ministerio de Salud la contratación de auditores médicos departamentales; asimismo, señaló que los SEDES dependen de los Gobiernos Autónomos Departamentales y que los mismos no tienen una organización uniforme, y que desconocen la cantidad de ítems destinados a la contratación de auditores médicos con los que cuenta cada SEDES así como desconoce la fecha de la última convocatoria para reclutar auditores médicos.

Es importante resaltar que pese a la existencia de auditores médicos acreditados en el eje troncal del país, los tres auditores médicos del SEDES La Paz son declarados en comisión por periodos trimestrales, sin embargo en la gestión 2019, esta declaratoria en comisión fue realizada de manera anual; asimismo, ninguno de los auditores médicos acreditados de los SEDES La Paz, Cochabamba y Santa Cruz realizan su labor como auditores médicos de manera exclusiva.

Similar situación ocurre en la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social ASUSS que informó mediante Cite ASUSS/DGE/DTFyCSS/UFAM/INF/N°0104/2019 de 16 de octubre de 2019, que cuenta con cuatro médicos auditores no acreditados, de los cuales solo tres tienen ítem y cumplen funciones específicas de auditoría y que no existe disponibilidad de ítems para la incorporación de nuevos auditores médicos; asimismo, refiere que no cuenta con un registro nacional que concentre la cantidad de auditores médicos de los Entes Gestores de



la Seguridad Social de Corto Plazo debido a que se encuentran en proceso de recolección de información.

Por su part, e el Ministerio de Salud mediante Informe Técnico CITE: MS/VMSP/DGSS/URSSC/ACAL/IT/31/2019 de fecha 10 de octubre de 2019, informó que cuenta con un ítem para incorporación de un auditor médico en su Área de Calidad y Auditoría en Salud, sin embargo, señala que no se ha podido conseguir un auditor médico para esa plaza, asimismo indicó que es muy difícil cumplir con el perfil del auditor médico descrito en el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, que hasta el momento no ha acreditado a ningún auditor médico y no conocen el número de auditores que se encuentren ejerciendo funciones en el territorio nacional ni por departamento. Por otra parte, informó que nunca llegó a elaborarse una nómina nacional de auditores autorizados y acreditados, situación que es por demás desconcertante, considerando que es la autoridad facultada por ley para efectuar la acreditación de auditores médicos en Bolivia.

Producto del análisis de la normativa vigente y la realidad de los SEDES a nivel nacional, ASUSS y de la información remitida por el Ministerio de Salud, es evidente que el proceso de acreditación de auditores médicos ha resultado ser inefectivo e inaplicable, ya que el mismo no ha respondido adecuadamente a las necesidades de la población que demandan la presencia de auditores médicos que atiendan las AME, procesos de acreditación que en el periodo comprendido entre 2005 y 2019, aún no entran en plena vigencia ya que en la presente gestión el Ministerio de Salud aún se encuentra definiendo los procedimientos respectivos, identificando dicha instancia ministerial dificultades tanto en su implementación como en su aplicación.

Del análisis efectuado se concluye que la normativa que prevé la acreditación de profesionales médicos para la realización de auditorías médicas, entre ellas la Ley N° 3131, Decreto Supremo N° 28562 y Resolución Ministerial N° 571, no solucionan ninguna necesidad real ya que la acreditación se constituye en un obstáculo para el acceso de la población a las AME.

De la información expuesta se concluye que existen dificultades en el desarrollo de auditorías médicas, producto de la falta de procedimientos claros respecto a la acreditación y consecuentemente su implementación.

LA CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO, INSTANCIA INEXISTENTE

Los modos alternativos de resolución de conflictos como la conciliación y arbitraje pueden ser una vía aplicable a temas relacionados a salud. Estos se encuentran enunciados en la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico señalando en su Artículo 18 que señala “Se crea el Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje que regula la relación de conflicto médico - paciente ocupándose de sus controversias, debiendo ser reglamentado por Decreto Supremo en su estructura y funcionamiento”. Sin embargo, dicho instituto no ha sido creado y la reserva legal no fue aún efectivizada por lo que nunca existió una reglamentación específica para la conciliación y arbitraje médico. Pese a estas condiciones, la Norma Técnica de Auditoría en Salud otorga esta vía, así como la de optar por las medidas de un proceso administrativo o derivar el caso al Ministerio Público.

La Norma Técnica en Auditoría en Salud abre paso a una instancia inexistente, reconocida así por todas las autoridades encargadas de realizar informes de AME.

Sin embargo, las instituciones de conciliación y arbitraje no pueden ser utilizadas para todo tipo de casos, sobre todo en materia de salud, contrariamente a lo que establece el Artículo 64.3 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud. Esta disposición se abre inclusive a casos con secuelas o daños irreversibles atribuibles a mala praxis médica, lo que es completamente errado.

Por un lado, tenemos un conflicto de un choque de normas entre el Código Penal y la Norma Técnica de Auditoría en Salud. La primera con una mayor jerarquía establece que los delitos contra la integridad corporal y la salud son de orden público, perseguibles automáticamente por el Estado; y por otro lado, la Norma Técnica de Auditoría en Salud establece que “secuelas o daños irreversibles atribuibles a mala praxis médica,” vale decir actos médicos atentatorios a la integridad física y a la salud, pueden ser conciliados o resueltos en un arbitraje. Esto involucra una ilegalidad, puesto que la Norma Técnica de Auditoría en Salud de menor jerarquía, contraviene al Código Penal de mayor rango constitucional. Pese a que pueda existir una conciliación o un laudo arbitral de por medio que resuelva un caso de mala práctica médica, el Estado se encuentra aún en la obligación de perseguir el delito atentatorio contra la integridad corporal y salud.

Por otro lado, tenemos la experiencia y razonabilidad de otras legislaciones que establecen que solo determinados casos pueden ser conocidos por las instancias de la mediación, conciliación o arbitraje médico. Nos referimos a casos de ausencia de consentimiento, riesgos no mencionados, no respeto a la intimidad o dignidad, no respeto de la confidencialidad, no



información al paciente, no respeto a la voluntad del paciente, error de diagnóstico, maltrato, entre otros. Como se puede apreciar, hacemos referencia mayormente a faltas médicas que no son técnicas, debido a que una falta o error médico de carácter técnico involucra la afectación de la integridad física, derecho humano que no puede ser limitado o negociado.

La Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico creó el Instituto de Conciliación y Arbitraje el cual debió ser implementado por el Ministerio de Salud en el plazo de nueve meses desde la publicación del Decreto Supremo N° 2856. Sin embargo, a la fecha es evidente el incumplimiento por parte del Estado en la implementación de esta instancia, conllevando a que el paciente víctima no pueda tener una opción alternativa para obtener justicia.

En la hipótesis de que esta instancia hubiese sido efectivamente creada, la Norma Técnica de Auditoría en Salud, una vez más, manipula la figura de conciliación y arbitraje, facultándola para tratar *“casos con secuelas o daños irreversibles atribuibles a mala praxis médica”* yendo en contra del alcance de estos medios alternativos de resolución de conflictos en el ámbito de la salud que se limitan a tratar faltas de humanismo y ética, y no así faltas técnicas relacionadas a la integridad física y salud. Sin dejar de lado que la Norma Técnica de Auditoría en Salud contraviene igualmente lo previsto en el Código Penal respecto a la persecución de delitos de carácter público, tales como los atentatorios a la integridad física, salud y vida.

INEXISTENCIA DE MECANISMOS DE INFORMACIÓN

La legitimación es la posibilidad de acceder a los tribunales, es la facultad de promover e intervenir en un proceso concreto como parte activa o pasiva.

Partiendo del concepto de legitimación, es importante señalar que tanto el paciente afectado como los familiares del mismo hasta el primer grado, gozan de legitimación activa para presentar solicitudes de AME por hechos que pudieran suscitarse de presunta mala práctica médica, legitimación que es poco conocida entre los pacientes o usuarios de los servicios de salud, que ante su desconocimiento, se ven limitados en el ejercicio de sus derechos de participación activa.

Si bien existe el Manual de Auditorías en Salud y Norma Técnica que señala el procedimiento a seguir en las auditorías médicas, describiendo las formas de solicitud, recusación, admisión o rechazo, evaluación técnica, emisión de informe de AME y apelación, tanto pacientes como usuarios desconocen esta normativa y ante la falta de acceso a información

relacionada a auditorías médicas, ven limitadas sus facultades de ser promotores del inicio de una AME.

Suscitado un hecho de mala práctica médica todo paciente o familiar quiere una explicación detallada del hecho ocurrido, al respecto el Presidente de la Sociedad Peruana de Cardiología describe, que *“Después de un suceso adverso, los pacientes quieren una completa explicación de qué ocurrió y saber que todo lo que les sucedió a ellos o algún miembro de su familia no ocurrirá a nadie más”*⁸³, situación que refleja en cierta medida la expectativa de la población ante la realización de una auditoría médica.

Este desconocimiento se ve claramente reflejado en los testimonios recabados por la Defensoría del Pueblo que señalan:

El caso de una señora que manifiesta que su padre de 62 años habría sido víctima de mala praxis, señala que: *“...no solicitó Auditoría Médica Interna porque desconocía de esa posibilidad y que la AME fue solicitada en enero de 2018 mediante requerimiento fiscal dentro la denuncia penal que presentó contra los odontólogos...”*

Similar situación ocurre en el caso de una señora que indica que su hija habría sido víctima de negligencia médica en una clínica por una lesión de tobillo y que posterior a una intervención quirúrgica sufrió paro y fue ingresada a Terapia Intensiva donde falleció, la misma indica que: *“...no solicitó la realización de Auditoría Médica Interna porque desconocía de ello y la AME fue realizada por instrucción del Director del SEDES a solicitud de la Defensoría del Pueblo...”*

Otro testimonio refiere el caso de la esposa de un trabajador que ingresó a una operación por cálculos en la vesícula, quien de manera posterior sufre convulsiones e ingresa a Terapia Intensiva, la esposa señala que: *“...de manera personal no solicitó la auditoría médica interna y fueron los del sindicato de trabajadores de la Universidad quienes solicitaron dicha auditoría, esto debido al poco conocimiento que tenía... posteriormente se enteró que dicha solicitud estaba mal ya que ella tenía que pedirlo de manera personal”*

Estos aspectos descritos en los testimonios denotan la falta de conocimiento y falta de acceso a la información por parte de pacientes y usuarios, quienes desconocen los procedimientos que implican las auditorías médicas, así como las víctimas y familiares desconocen su facultad de poder solicitar la realización de una auditoría médica y conocer los resultados emergentes de la misma.

83 Oscar Alvarado. (2005). La Seguridad del Paciente. 18.10.19, de Sociedad Peruana de Cardiología Sitio web: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v31_n2/PDF/a01.pdf



Al respecto, la Constitución Política del Estado en su capítulo tercero de los “Derechos civiles y políticos”, describe que las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a “acceder a la información, interpretarla, analizarla y comunicarla libremente, de manera individual o colectiva”.

En conclusión de los testimonios citados, se advierte el desconocimiento de la normativa por parte de los pacientes y usuarios, de los procedimientos referentes a auditorías médicas, lo cual conlleva a la falta de ejercicio de sus derechos que implica el acceso a la información y su legitimación activa en cuanto a presuntas vulneraciones sobre mala práctica médica, limitando el accionar de víctimas y familiares en su búsqueda de una explicación de los hechos y su acceso a la justicia pronta y oportuna.

LA FUNCIÓN DE UN TRIBUNAL DE ÉTICA

No como otro método de solución de conflictos, pero sí de una jurisdicción opcional para la búsqueda de justicia, se debe rescatar el tema de la deontología médica. La profesión de la medicina cuenta con un colegio, una organización en la que prepondera el principio de confraternidad del cual se hacía referencia en pasadas líneas. Estos organismos, en el derecho comparado y en nuestro contexto, cuentan con tribunales específicos a tratar temáticas de ética y deontología de la profesión.

La deontología médica es la moral general aplicada a la medicina. Es esta moral y humanismo que inspiran a un código de ética médica, donde se encuentran todos los deberes del profesional de salud en relación a su paciente. Dentro de una normativa de esta naturaleza se encuentran principios que no debieran dejar de ser considerados tales, como el respeto a la dignidad, la dedicación, la prohibición de ejercer la medicina como un comercio, la obligación del desarrollo profesional continuo, el derecho del paciente de la libre elección, el respeto a la vida, la obligación de socorrer a personas en peligro, entre otros.

El Colegio Médico o un Colegio Médico, entre sus funciones, debería tener como misión hacer cumplir la ética profesional. Un Colegio Médico no constituye una sociedad de protección, sino una institución encargada de una misión de interés general, de vigilancia al respeto de los principios de moralidad, probidad, competencia, dedicación, indispensables al ejercicio de la medicina. Tiene una función de servicio público.

El Colegio Médico de Bolivia cuenta con el Código de Ética y Deontología Médica desarrollado en 167 artículos que tratan estos aspectos. Por otra parte, se cuenta de igual manera con el Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia que cuenta con el

Estatuto y Reglamento de los Tribunales de Ética y Deontología, Comités de Bioética y Comités de Normas de la Investigación Biomédica. En este cuerpo normativo se establece el funcionamiento de dichos Tribunales a nivel nacional y departamental, sus competencias, atribuciones, como se procede a la denuncia, el inicio del proceso, pruebas testificales, apelación, tipos de resoluciones y sanciones.

Los pacientes víctimas, ante la búsqueda de una respuesta coherente a su demanda de justicia y reparación de daño, podrían acudir a dicha instancia que se vería en la obligación de emitir un dictamen sancionatorio previa a una valoración de los aspectos de humanismo que son aplicables a cada caso. Cada error o falta médica emerge de estos principios olvidados que se los debe hacer resurgir. La ética tanto en la profesión médica como en las otras, debiera ser un pilar fundamental e infaltable.

En este entendido, algunos de estos pacientes recurren a los respectivos colegios médicos, sin embargo en dicha instancia no se les otorgan ninguna orientación y mucho menos una solución ante sus denuncias y reclamos, tal como se evidencia en los testimonios recabados:

Se tiene el testimonio de la hija del señor de 62 años que habría sido víctima de mala praxis en la atención que le brindaron profesionales odontólogos y maxilofaciales por un problema dental (osteomielitis), indica que: *“...en marzo de 2017 acudió a una reunión del Directorio del Colegio de Odontólogos, donde de manera verbal informó el caso de su padre demostrando con fotografías sobre el estado en el que se encontraba. No pusieron interés en su caso puesto que no le dijeron nada”*.

Asimismo, el caso de la señora que manifiesta que su padre de 81 años, habría sido víctima de negligencia médica, indica que: *“...acudió al Colegio Médico para hacer conocer de manera verbal el caso de su papá, pero no le registraron y le pidieron que presente por escrito”*.

El caso de la señora que señala que su esposo, a quien le detectaron cálculos en la vesícula en una revisión médica, debiendo ser intervenido, menciona que ingresó a cirugía caminando con todos los estudios solicitados y pese a haber sido informado de que la cirugía habría sido un éxito, ingresa a terapia intensiva, y después de que estuvo dos semanas en un coma inducido, le informan que su esposo tendría un edema en su cerebro (agua en el cerebro), en su testimonio indica que *“...presentó denuncia al presidente del Colegio Médico...pero no recibió respuesta a su denuncia hasta ahora...indica que recibió amenazas por parte del Colegio Médico que le iniciarían procesos de difamación y calumnia por tal razón no realizó la denuncia al Tribunal de Ética”*.



De igual forma, se tiene el caso de una señora que manifiesta que internó a su hijo de seis meses por un problema de resfrío, quien posteriormente recibe el diagnóstico de neumonía, sepsis nosocomial y otras enfermedades intrahospitalarias lo que le llevó a una falla multiorgánica, la madre señala que habría sido víctima de mala práctica médica, en su testimonio señala que *“...realizó denuncias tanto al Colegio Médico de Bolivia, al Colegio Médico de La Paz y a la Sociedad Científica de Pediatría, pero en ninguno de los tres le dieron curso”*.

Se tiene el caso de una señora que acude a un hospital para el nacimiento de su primer hijo, refieren que habrían cumplido con los controles prenatales en los que no se evidenció ninguna anomalía o enfermedad, sin embargo después de que le diera por primera vez de lactar, lo habrían llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos en incubadora sin dar mayor explicación, los médicos le indicaron que habría nacido prematuramente, al respecto los padres indican que el embarazo habría llegado a término, después de tres días su bebé fallece y refieren que les entregaron el cuerpo sin mayores explicaciones. En su testimonio señala que *“...realizó una denuncia al Colegio Médico, pero no le dieron respuesta en más de un año pese a que su reglamento señala que en 120 debe resolverse en el Tribunal de Ética, cuando fue a hacer su reclamo señalaron que había pasado el plazo y que era culpa del denunciante por no haber dado seguimiento”*.

De los 16 testimonios recogidos, siete declaran que los pacientes víctimas o sus familiares recurrieron al respectivo Colegio Médico o Colegio de Odontólogos para denunciar su caso. Dentro de este grupo, en tres oportunidades los solicitantes no obtuvieron respuesta alguna, pese a que inclusive en uno de los casos se acudió al Colegio Médico de Bolivia, fuera de la instancia departamental; pese a que en otro caso el interesado esperaba ya un año una respuesta por parte del Tribunal de Ética del Colegio Médico, sabiendo que se tienen 120 días para concluir una causa. En otros dos casos, una denuncia no fue admitida ya que no la presentaron por escrito y la otra fue ignorada pese a que fue hecha de manera pública en una reunión del Colegio de Odontólogos. Finalmente, en las otras dos situaciones restantes, no se da curso por el argumento de que el Colegio Médico no cuenta con un reglamento específico para casos con residentes involucrados y en otra oportunidad concluyen por desconocer a un profesional maxilofacial dentro de su gremio sin que pueda ser éticamente juzgado.

En este contexto, la Defensoría del Pueblo en dos oportunidades, en fechas 23 de agosto y 8 de octubre de la presente gestión, solicitó al Colegio Médico de Bolivia información respecto al número de denuncias recibidas por los tribunales de ética de los colegios médicos departamentales por casos de mala práctica médica, costos y requisitos para la presentación de una denuncia, número de resoluciones emitidas por los tribunales de ética, cantidad de pro-

fesionales de salud sancionados en el marco del Estatuto y Reglamento de los Tribunales de Ética y Deontología, sin que a la fecha se hubiera recibido respuesta a estas interrogantes. Esta situación no permite a la institucional defensorial emitir un pronunciamiento sobre la efectividad de esta instancia, sin embargo, los testimonios demuestran la falta de respuesta al paciente víctima o a sus familiares, y la poca confianza hacia estos tribunales, además del incumplimiento de los Artículos 9 y 10 del Estatuto y Reglamento de los Tribunales de Ética y Deontología, Comités de Bioética y Comités de Normas de la Investigación Biomédica, sobre las competencias de aperturar, procesar y resolver procesos de infracción al Código de Ética y Deontología Médica a denuncia de los propios colegiados, de particulares o de instituciones.

El acceso verdadero a una nueva jurisdicción para el paciente víctima, en este caso el Tribunal de Ética del Colegio Médico, implicaría otorgarle otra vía de acceso a la justicia. Esto en un afán preventivo y sancionatorio para situaciones de mala práctica médica. Sin embargo, la realidad evidenciada en los testimonios demuestra la inaccesibilidad a este tipo de proceso, que debiera estar fundado en los principios de la deontología médica.

II. CONCLUSIONES

- ▶ El Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico y la Norma Técnica de Auditoría en Salud establecen errónea e inconstitucionalmente que la Auditoría Médica Externa es el instrumento para establecer indicios o evidencias de mala práctica médica, desvirtuando la naturaleza de la institución de la auditoría médica en sí y como la misma es conceptualizada en la Constitución Política del Estado y la Ley N° 3131. Esta malinterpretación conlleva a error a pacientes víctima en la búsqueda de justicia.
- ▶ Desde la equivocada perspectiva y reglamentación de la AME dentro del Reglamento a la Ley N° 3131 y de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, de la revisión de informes de AME y sus antecedentes; de las respuestas a los requerimientos de informe al Ministerio de Salud, SEDES, ASUSS, Ministerio Público, Órgano Judicial y Colegio Médico de Bolivia, y de la toma de testimonios a pacientes víctimas y a sus familiares, se puede establecer que:
 - *El auditor médico externo es confundido con un juez. Es considerado como una autoridad competente para absolver o condenar actos de mala práctica médica, que puede ser recusado*



y su decisión puede ser apelada. El hecho de que el auditor dentro de la AME sea un juez, implica que la AME como tal se constituya en un segundo proceso, previo o paralelo, que el paciente víctima debe seguir para obtener justicia.

- *El “proceso” de AME es injusto debido a que no respeta los principios de imparcialidad e igualdad de partes en el marco del debido proceso. El juez auditor médico tiene la tendencia de favorecer a los suyos malinterpretando el principio deontológico médico de la confraternidad entre profesionales de salud.*
- *El auditor médico externo se atribuye competencias de un experto en la materia que audita o juzga. Sin embargo, la Norma Técnica de Auditoría en Salud le permite emitir criterios que irían más allá de sus conocimientos por carecer de una especialidad, sin llegar a determinar el daño causado y la magnitud del mismo, como lo harían en una experticia o peritaje.*
- *El auditor médico externo excluye al paciente víctima y se concentra únicamente en lo establecido en el EC revisando el mismo para evidenciar indicios de responsabilidad. Dicho conjunto de documentos médicos puede estar incompleto, viciado, modificado o poco claro, y sobre todo, no refleja toda la situación que atravesó el paciente víctima.*
- *La Norma Técnica de Auditoría en Salud no es cumplida por los auditores médicos externos, es solo considerada como un conjunto de lineamientos no obligatorios puesto que no existe ninguna sanción ni control a su vulneración.*
- *La AME es un proceso ineficaz e ineficiente para determinar indicios o evidencias de responsabilidad en posibles actos de mala práctica médica. Primero porque el resultado final de la misma no ayudará al paciente víctima a acceder a la justicia; y segundo debido a que los componentes viciados de este “proceso” solo dificultan la obtención de justicia por parte del paciente víctima o sus familiares.*
- *El proceso de AME, fuera de dilatar y re victimizar al paciente afectado o a sus familiares, termina por emitir un prejuizgamiento viciado que influye directamente en las decisiones que pueda*

tomar el juez o en el accionar del fiscal, haciendo que el paciente víctima no tenga acceso a la justicia.

- *La acreditación con la que deben contar los auditores médicos externos es solo un formalismo que no tiene ningún fondo en cuanto la calidad de dichos profesionales, haciendo únicamente que el número de auditores médicos sea reducido, perjudicando al paciente víctima en el acceso a una AME para supuestamente obtener justicia.*
 - *La conciliación y arbitraje que propone la Norma Técnica de Auditoría en salud va en contra de la jerarquía constitucional contraviniendo al Código Penal a momento de intentar mediar delitos de acción pública. Existe una manipulación a estos medios alternativos de resolución de conflictos, debido a que en materia médica tienen limitación hasta faltas con determinado nivel de gravedad.*
 - *El Tribunal de Ética del Colegio Médico debiera ser una vía más de obtención de justicia para el paciente víctima, sancionando a profesionales que vulneraron los principios de ética y deontología médica a momento de haber realizado actos de mala práctica. El funcionamiento de esta jurisdicción implicaría una democratización del derecho a la salud dejando atrás la antigua relación condescendiente que existía del médico hacia su paciente.*
- ▶ Desde la correcta perspectiva de la auditoría en salud establecida en la Constitución Política del Estado y la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, se puede establecer que la auditoría médica es un instrumento de gran importancia en el sistema de salud y su vigilancia por su calidad y correcta gestión, siendo completamente legítimas dentro de la Norma Técnica de Auditoría en Salud todas las formas de auditoría médica, con excepción de la AME, que busca indicios de responsabilidad.



II. DETERMINACIONES DEFENSORIALES

RECOMENDACIONES

A LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL

- ▶ En el marco del Numeral 3 del Paragrafo I del Artículo 158 y de los párrafos I y II del Artículo 39 de la Constitución Política del Estado, así como los extremos del presente informe, se recomienda dictar una Ley que sancione las acciones y omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica, que permita al paciente víctima o sus familiares acceder a la justicia, bajo la especificaciones y parámetros técnicos a coordinarse con el Ministerio de Salud.
- ▶ En el marco del Numeral 3 del Paragrafo I del Artículo 158 y de los párrafos I y II del Artículo 39 de la Constitución Política del Estado, elaborar una norma derogatoria del Artículo 16 de la Ley N° 3131 de 8 de agosto de 2005, y de los Artículos 17 y 18 del Decreto Supremo N° 28562 de 22 de diciembre de 2005, por la inefectividad e inaplicabilidad de la acreditación y la ineficacia e ineficiencia de la AME.

AL MINISTERIO DE SALUD

- ▶ En el marco de los párrafos I y II del Artículo 39 de la Constitución Política del Estado y Artículos 14 y 90 del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, así como del contenido del presente Informe, se recomienda elaborar una norma derogatoria de los Artículos 17 y 18 del Decreto Supremo N° 28562 de 22 de diciembre de 2005, por la inefectividad e inaplicabilidad de la acreditación y la ineficacia e ineficiencia de la Auditoría Médica Externa.
- ▶ En el marco de los párrafos I y II del Artículo 39 de la Constitución Política del Estado y Artículos 14 y 90 del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, se recomienda elaborar una norma que modifique:
 1. El inciso f) del Artículo 11 del Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018, con relación a la atribución de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social (ASUSS) dejando sin efecto lo relativo a auditorías médicas externas.
 2. El inciso n) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894, por ser contrario al párrafo II del Artículo 39 de la Constitución Política del

Estado, con relación a la atribución del Ministerio de Salud de elaborar normas de auditoría médica que evalúen la calidad de la atención de las prestaciones de salud, dejando sin efecto lo relativo a la “mala praxis” médica.

3. La Norma Técnica de la Auditoría en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008, dejando sin efecto dentro del Título I, Capítulo I, el Artículo 4 en sus numerales 4.7 y 4.8 y el Capítulo IV procedimiento de Auditoría Médica Externa en sus Artículos 42 al 69, debido a que los auditores médicos acreditados no están facultados para establecer indicios de mala práctica y por la concepción errónea de la AME como instrumento de búsqueda de indicios de mala práctica médica.
4. El numeral 64.3 del Artículo 64 de la Norma Técnica de Auditoría en Salud, respecto al caso previsto en su tercer párrafo sobre el Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje (secuelas o daño irreversibles atribuibles a mala praxis médica), por ser contrario al Código Penal que establece que los delitos contra la integridad corporal y la salud son de orden público, perseguibles automáticamente por el Estado.
 - ▶ En el marco de los párrafos I y II del Artículo 39 de la Constitución Política del Estado y Artículos 14 y 90 del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, se recomienda elaborar una norma que deje sin efecto la Resolución Ministerial N° 571 de 13 de agosto de 2019, debido a que el proceso de acreditación de auditores médicos resulta ineficiente e ineficaz.
 - ▶ Emitir los informes de Auditoría Médica Externa de los 45 casos pendientes reportados de solicitudes de Auditorías Médicas Externas y revisión de Auditorías Médicas Externas por apelación, en el marco de la actual vigencia del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica.
 - ▶ Implementar mecanismos de socialización de información que permita a la población conocer el alcance de las auditorías médicas internas, en el marco de lo establecido en el presente informe.
 - ▶ Implementar acciones de seguimiento y supervisión a los procedimientos de Auditoría Médica Interna en cumplimiento a los Artículos 30 y 38 de la Norma Técnica aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008.



A LA AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ASUSS)

En virtud al Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018, se recomienda:

- ▶ Concluir el proceso de inventario y clasificación de la documentación correspondiente al INASES y ASINSA, a objeto de su correspondiente atención, en cumplimiento a lo dispuesto en la disposición transitoria única del Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018.
- ▶ Emitir los informes de Auditoría Médica Externa de los 52 casos que reportaron pendientes, en cumplimiento del inciso f) del Artículo 11 del Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018 y en el marco de la actual vigencia del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008.
- ▶ Supervisar el seguimiento a los procedimientos de Auditoría Médica Interna de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco del Artículo 30 de la Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008 y el inciso c) del Artículo 11 del Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018.
- ▶ Implementar mecanismos de socialización de información que permita a la población conocer el alcance de las auditorías médicas internas, en el marco de lo establecido en el presente informe.

A LOS SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES (SEDES)

En el marco del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008, validado por los SEDES a nivel nacional, se recomienda:

- ▶ Implementar mecanismos de socialización de información que permita a la población conocer el alcance de las auditorías médicas internas, en el marco de lo establecido en el presente informe.
- ▶ Realizar acciones de seguimiento y supervisión a los procedimientos de Auditoría Médica Interna en cumplimiento a los artículos 30 y 38 de la Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008.

AL COLEGIO MÉDICO DE BOLIVIA

En el marco del Estatuto y Reglamento de los Tribunales de Ética y Deontología, Comités de Bioética y Comités de Normas de la Investigación Biomédica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0622 de 25 de julio de 2008 se recomienda:

- ▶ Instruir a los colegios departamentales aperturar los procesos por infracción al Código de Ética y Deontología Médica que correspondan por denuncia de los colegiados, de particulares o de instituciones en cumplimiento al Artículo 9 del Estatuto y Reglamento de los Tribunales de Ética y Deontología, Comités de Bioética y Comités de Normas de la Investigación Biomédica.
- ▶ Instruir a los colegios departamentales adoptar mecanismos de socialización de la normativa del Colegio Médico de Bolivia y su procedimiento de apertura de procesos por infracción, incumplimiento por acción u omisión, contravención o violación de la Ley del Ejercicio Profesional Médico y Estatutos, Reglamentos y Código de Ética del Colegio Médico de Bolivia.

RECORDATORIO DE DEBERES LEGALES

AL MINISTERIO DE SALUD

- ▶ Recordar el deber legal de cumplir lo dispuesto en el párrafo I del Artículo 39 de la Constitución Política del Estado y el Artículo 15 de la Ley N° 3131 de 8 de agosto de 2005 que establecen la naturaleza de la Auditoría Médica.

A LOS SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES

- ▶ Recordar el deber legal de cumplir lo dispuesto en el párrafo I del Artículo 39 de la Constitución Política del Estado y el Artículo 15 de la Ley N° 3131 de 8 de agosto de 2005 que establecen la naturaleza de la Auditoría Médica.
- ▶ Dar cumplimiento al Título II, Capítulos I y II Procedimiento de la Auditoría Médica Interna de la Norma Técnica de la Auditoría en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008 referente a la auditoría médica interna como procedimiento de evaluación en relación a la atención en salud.



- ▶ Dar cumplimiento con las acciones de seguimiento y supervisión a los procedimientos de Auditoría Médica Interna en cumplimiento a los Artículos 30 y 38 de la Norma Técnica aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008.

A LA AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL ASUSS

- ▶ Recordar el deber legal de cumplir lo dispuesto en el párrafo I del Artículo 39 de la Constitución Política del Estado y el Artículo 15 de la Ley N° 3131 de 8 de agosto de 2005 que establecen la naturaleza de la Auditoría Médica.

AL COLEGIO MÉDICO DE BOLIVIA

- ▶ Recordar el deber legal de los Tribunales de Ética y Deontología Médica previsto en los numerales 1 y 2 del Artículo 10 del Estatuto y Reglamento de los Tribunales de Ética y Deontología, Comités de Bioética y Comités de Normas de la Investigación Biomédica, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0622 de 25 de julio de 2008, de conocer y procesar todas las denuncias que por acción u omisión significaren incumplimiento, contravención o violación de los Estatutos, Reglamentos y Código de Ética del Colegio Médico de Bolivia y de conocer y procesar el incumplimiento, contravención o violación, por acción u omisión de la Ley del Ejercicio Profesional Médico y disposiciones conexas.
- ▶ Dar cumplimiento al inciso a) del Artículo 12 de la Ley N° 3131 de 8 de agosto de 2005 que establece como deber profesional médico cumplir con los principios éticos de la Declaración de Ginebra, aprobados por la Asociación Médica Mundial.
- ▶ Recordar el deber legal de cumplir con los Artículos 10 y 11 del Estatuto Orgánico del Colegio Médico de Bolivia, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0622 de 25 de julio de 2008, sobre el cumplimiento de requisitos previo al ejercicio de cualquier Especialidad Médica y el deber y obligación de todo médico general y especialista de cumplir en todos los actos de su vida profesional con los principios éticos y deontológico.
- ▶ Cumplir el Artículo 151 del Código de Ética y Deontología Médica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0622 de 25 de julio de 2008, que establece que se encuentra prohibido para todo profesional de salud de emitir una certificación sin haber practicado un acto médico.

BIBLIOGRAFÍA

- Ricardo Rezzónico, Cristina Menzica, María Rezzonico. (2016). Auditoría Médica y Garantía de Calidad de Gestión Sanitaria. Argentina: Journal S.A.
- Jorge D. Lemus. (2017). Auditoría Médica y Profesional Integral. Argentina: CORPUS.
- Pavón y García. (2017). LA AUDITORÍA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL EN LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA DEL ECUADOR. Imprenta Calderón. Quito – Ecuador

INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS

- Cipriano GÓMEZ LARA. (2015) EL DEBIDO PROCESO COMO DERECHO HUMANO
- Dra. PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGRA, Ministra de Salud. (2016). NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Santa Beatriz – Lima: Grupo Raso E.I.R.L.

LEGISLACIÓN NACIONAL

- Constitución Política del Estado
- Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico de 08 de agosto de 2005
- Decreto Supremo N° 28562 Reglamento de la Ley N°3131 del Ejercicio Profesional Médico de 22 de diciembre de 2005.
- Decreto Supremo N° 29894 Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional de 07 de febrero de 2019
- Código de Ética y Deontología Médica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0622 de 25 de julio de 2008
- Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008.
- Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008.

PAGINAS WEB

- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/hipoc_jur.pdf
- http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/43643/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43478384>
- <http://adubra100.blogspot.com/2016/01/historia-de-la-medicina-boliviana.html>



- <https://www.historiadelnuevomundo.com/index.php/2015/01/el-protomedicato-de-indias-control-sanitario-en-el-nuevo-mundo/>
- <https://www.lavozdetarija.com/2019/07/27/mala-praxis-medica-o-reaccion-alergica-la-lucha-eterna-de-una-familia-de-yacuiba/>
- <https://eju.tv/2018/09/solo-hay-2-audidores-medicos-para-casi-2-millones-de-personas/>
- http://www.la-razon.com/sociedad/auditoria-salud-vivienda-social_0_3065093504.html
- http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina_con_formato_version_oct/apa.htm
- <http://www.diccionariojuridico.mx/definicion/imparcialidad/>
- <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/53/53-9.pdf>
- <https://diccionario.leyderecho.org/Prueba-Pericial/>
- <https://diccionario.leyderecho.org/acreditacion/>
- <http://www.diccionariojuridico.mx/definicion/conciliacion/>
- <http://www.diccionariojuridico.mx/definicion/arbitraje/>
- <https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/bolivia-defensoria-del-pueblo-recibio-15-denuncias-de-negligencia-medica-en-7-meses>
- <https://www.radiofides.com/es/2019/04/15/nino-de-3-anos-muere-por-presunta-negligencia-medica-en-oruro/>
- <https://elfulgor.com/nota/5d68645cab3f1/cns-coadyuva-a-esclarecer-el-caso-de-presunta-negligencia-medica->
- https://elpotosi.net/local/20190606_fiscalia-indaga-muerte-de-dos-neonatos-por-negligencia-medica.html
- <https://www.radiofides.com/es/2019/06/03/muere-recien-nacido-por-presunto-caso-de-negligencia-medica-en-tupiza/>
- El Potosí. (2019). Fiscalía indaga muerte de dos neonatos por negligencia médica. 02.08.219, de El Potosí Sitio web: https://elpotosi.net/local/20190606_fiscalia-indaga-muerte-de-dos-neonatos-por-negligencia-medica.html
- <https://www.lostiempos.com/actualidad/cochabamba/20180827/denuncias-mala-praxis-deben-enfrentar-burocracia-amenazas>
- <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2018/9/17/10-denuncias-por-mala-praxis-negligencia-medica-en-un-mes-194114.html>
- <https://www.exitonoticias.com.bo/articulo/social/victimas-mala-praxis-cochabamba-puertas-ministerio-salud/20190816122428034748.html>
- https://correodelsur.com/seguridad/20190731_indagan-si-hubo-supuesta-negligencia-en-cesareas.html
- <https://elpais.bo/falta-de-especialista-eterniza-las-auditorias-por-negligencia-medica-en-tarija/>

- <https://elpais.bo/falta-de-especialista-eterniza-las-auditorias-por-negligencia-medica-en-tarija/>
- http://www.la-razon.com/sociedad/Justicia-medicos-negligencia-vegetal-deportista-yacuiba-bolivia_0_3220477961.html
- <https://diarionuevosur.com/atencion-tardia-familiares-denunciaron-un-supuesto-caso-de-negligencia-medica-en-la-cns/>
- http://www.la-razon.com/sociedad/Santa_Cruz-denuncia-negligencia-medica-hospital-muerte-bebe-primer-mayo_0_3098090179.html
- <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20190422/mujer-muere-al-tener-mellizos-padre-denuncia-negligencia>
- https://issuu.com/lapalabradelbeni/docs/lpb_07102015
- http://www.la-razon.com/sociedad/auditoria-salud-vivienda-social_0_3065093504.html
- <https://www.radiofides.com/es/2019/04/03/una-mujer-muere-tras-operacion-de-cesarea-en-pando-denuncian-negligencia-medica/>
- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/zidovudina>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003332.htm>
- <https://definicion.mx/manual/>
- <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/demarche-qualite-et-gestion-des-risques-dans-les-etablissements-de-sante>
- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/zidovudina>. “Medicamento que inhibe el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA. Es un tipo de antivírico sistémico. También se llama AZT.”
- <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1968/17.pdf>
- <http://dipgis.umsa.bo/wp-content/uploads/ESPECIALIDAD-EN-GESTI%C3%93N-DE-CALIDAD-Y-AUDITORIA-M%C3%89DICA.pdf>
- <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/ineficacia-contractual/ineficacia-contractual.htm>.
- <https://www.lexico.com/es/definicion/ineficiencia>
- http://www.la-razon.com/sociedad/bolivia-reportan-casos-negligencia-medica_0_3179082081.html
- <https://web.archive.org/web/20121217024708/http://www.aaahc.org/what-is-accreditation/>
- <https://www.cna.gov.co/1741/article-187231.html>
- http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina_con_formato_version_oct/apa.htm
- http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina_con_formato_version_oct/apa.htm
- <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
- <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/queEs.htm>



- <http://etimologias.dechile.net/?acreditar>
- <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539380004.pdf>
- <http://www.sisalril.gov.do/Resoluciones/Res.Adm.No.%2000219-2017,%20que%20aprueba%20la%20normativa%20sobre%20Auditoria%20M%C3%A9dica.pdf>
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v03_n1/auditor%C3%ADa.htm
- <https://posgrado.usfx.bo/posgrado/programas.php?op=ve&tipo=di&prog=553&inf=pro>
- https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUNjQ1NztbLUouLM_DxblwMDCwNzAwuQQGZapUt-ckhIQaptWmJOcSoAz0sn9TUAAAA=WKE
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v31_n2/PDF/a01.pdf
- <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2019/5/31/fiscalia-investiga-muerte-por-supuesta-negligencia-medica-en-hospital-cossmil-219730.html>
- http://www.la-razon.com/sociedad/Negligencia-medica-familias-ayuda-Defensor_0_2999700013.html

OTROS DOCUMENTOS

- Nota Cite: MS/VMSyP/DGSSyC/ACAL/CE/108/2019 de fecha 13 de agosto de 2019(Fotocopia simple).

DELEGACIONES DEFENSORIALES DEPARTAMENTALES Y COORDINACIONES REGIONALES

LA PAZ

Av. Mariscal Santa Cruz N° 1336 Edf. Lobima Piso
2 (Entre Colombia y Almirante Grau)
Telf.: (2) 2113588

ORURO

Calle Soria Galvarro N° 5212 entre Tupiza y León
Telf.: (2) 5112471 - 5112927

COCHABAMBA

Calle 16 de Julio N° 680 (Plazuela Constitución)
Telf./Fax: (4) 4140745 - 4140751

SANTA CRUZ

Calle Andres Ibañez N° 241
Telf./Fax: (3) 3338808 - 3111695

BENI

Calle Félix Pinto N° 68 entre Suarez y 18 de Noviembre
Telf.: (3) 4652200 - 4652401

PANDO

Calle Cochabamba N° 86 detrás del templo de
Nuestra Señora del Pilar
Telf./Fax: (3) 842 3888 - 71112900

TARIJA

Calle Ingavi N° 789 Esq. Ramón Rojas, El Molino
Telf./Fax: (4) 6112441 - 6116444

YACUIBA

Calle Juan XXIII S/N entre Martín Barroso y Cornelio Ríos
Telf.: (4) 682 7166 * Fax: (4) 6822142

DESAGUADERO

Av. La Paz Esq. Calle Ballivian
S/N (Ex local Suipacha)

EL ALTO

Av. Juan Pablo II N° 75 (Altura Cruz Papal)
Telf.: (2) 2112572 - 211 2573 * Fax: (2) 2119808

CARANAVI

Calle Tocopilla S/N Edif. COSAPAC Piso 1
Telf./Fax: (2) 8243934

LLALLAGUA

Calle Oruro N° 33 entre Bolívar y Cochabamba
Telf./Fax: (2) 5821538

CHAPARE

Calle Hans Grether N° 10
Telf./Fax: (4) 4136334

PUERTO SUÁREZ

Av. 6 de Agosto N° 29 entre La Paz y Santa Cruz
Telf. 67290016

RIBERALTA

Av. Plácido Méndez, Plácido Molina, Gabriel René Moreno
y Cosme Gutierrez Manzano 59 Zona A, Distrito 1
Telf./Fax: 73993148

SUCRE

Calle J.J. Perez N° 602 Esq. Trinidad
Telf./Fax: (4) 6916115 - 6918054

POTOSÍ

Av. Serrudo N° 143 Esq. Arce, Edificio Renovación
Telf./Fax: (2) 6120805 - 6124744

MONTEAGUDO

Av. Paraiso y Leonidas Ferrufino S/N
Telf.: (4) 6473352

LA PAZ

Oficina Central: Calle Colombia N° 440 - Zona San Pedro
Central (2) 2113600 - 2112600 * Casilla 791



800 10 8004
LÍNEA GRATUITA



www.defensoria.gob.bo



@DPBoliviaOf

Descargue el material
escaneando el código QR