

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE DERECHO Y
CIENCIA POLÍTICA



TESIS:

**ERROR DE DIAGNÓSTICO Y RESPONSABILIDAD CIVIL
MÉDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO
QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO
2015**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ABOGADO

AUTOR: BACHILLER ANÍBAL VALENTÍN DÍAZ LAZO

ASESOR: DR. HELSIDES LEANDRO CASTILLO MENDOZA

HUÁNUCO-PERU

2015

DEDICATORIA

A mi amada esposa María Amparo por su comprensión y apoyo constante.

A mis hijas Stefanie y Lesly por ser la fuente de inspiración para vencer los obstáculos más difíciles.

A mis hermanos Hubertino y Claribel por demostrarme la paciencia y la fortaleza ante la adversidad.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes de la Universidad de Huánuco por sus sabias enseñanzas.

A los médicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo por su colaboración para materializar la investigación.

Al Doctor Helsides Leandro Castillo Mendoza por su valioso apoyo para concretizar la Tesis.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

I.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Descripción del problema	14
1.2.- Formulación del problema	17
1.3.- Objetivo general	18
1.4.- Objetivos específicos	18
1.5.- Justificación de la investigación	19
1.6.- Limitaciones de la investigación	20
1.7.- Viabilidad de investigación	20

CAPÍTULO II

II.- MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la investigación	21
2.2.- Bases teóricas	33
2.3.- Definiciones conceptuales	48
2.4.- Hipótesis	51
2.5.- Variables	52
2.5.1.- Variable independiente	52
2.5.2.- Variable dependiente	52
2.6.- Operacionalización de las variables	53

CAPÍTULO III

III.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.- Método y diseño	54
3.1.1.- Método de investigación	54
3.1.2.- Diseño de investigación	54
3.2.- Tipo y nivel de investigación	55
3.2.1.- Tipo	55
3.2.2.- Nivel de investigación	54
3.3.- Población y muestra	56
3.4.- Técnicas e instrumentos de investigación	57
3.4.1.- Para la recolección de datos	57

3.4.2.- Para la presentación de datos	58
3.4.3.- Para el análisis e interpretación de los datos	58

CAPÍTULO IV

IV.- RESULTADOS

4.1.- Procesamiento de datos	60
4.2.- Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis	72

CAPÍTULO V

V.- DISCUSION DE RESULTADOS

5.1.- Contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas	77
5.2.- Presentación de la contrastación de hipótesis general En base a la prueba de hipótesis	82

CONCLUSIONES	86
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	87
------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
-----------------------------------	-----------

ANEXOS	96
---------------	-----------

- Plan maestro
- Instrumento de investigación
- Ficha de consentimiento informado
- Matriz de Consistencia

- Matriz de validación del instrumento de recolección de datos
- Matriz de validación del instrumento
- Solicitud de autorización para realizar trabajo de investigación.
- Autorización del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo.
- Fotografías

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla N° 1.- Nivel de frecuencia del factor humano en el error de diagnóstico	60
Tabla N° 2.- Nivel de frecuencia del factor organizacional en el error de diagnóstico	62
Tabla N° 3.- Nivel de frecuencia del factor técnico en el error de diagnóstico	63
Tabla N° 4.- Nivel de frecuencia de la impericia en la responsabilidad civil médica	65
Tabla N° 5.- Nivel de frecuencia de la negligencia en la responsabilidad civil médica	66
Tabla N° 6.- Nivel de frecuencia de la imprudencia en la responsabilidad civil médica	67
Tabla N° 7.- Relación entre error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica	68
Tabla N° 8.- Relación entre el factor humano y la impericia	69
Tabla N° 9.- Relación entre el factor organizacional y la negligencia médica	70
Tabla N° 10.- Relación entre el factor técnico y la imprudencia	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág
Gráfico N° 1.- Nivel de frecuencia del factor humano en el error de diagnóstico	61
Gráfico N° 2.- Nivel de frecuencia del factor organizacional en el error de diagnóstico	62
Gráfico N° 3.- Nivel de frecuencia del factor técnico en el error de diagnóstico	64
Gráfico N° 4.- Nivel de frecuencia de impericia en la responsabilidad civil médica	65
Gráfico N° 5.- Nivel de frecuencia de negligencia en la responsabilidad civil médica	66
Gráfico N° 6.- Nivel de frecuencia de imprudencia en la responsabilidad civil médica	67
Gráfico N° 7.- Relación entre error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica	68
Gráfico N° 8.- Relación entre el factor humano y la impericia	69
Gráfico N° 9.- Relación entre el factor organizacional y la negligencia médica	70
Gráfico N° 10.- Relación entre el factor técnico y la imprudencia	71

RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación que existe entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015. La hipótesis formulada fue si existe relación entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica.

La población de estudio estuvo conformada por 132 médicos y la muestra estuvo constituida por 64 médicos. Para la selección de la muestra se empleó el muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recolección de los datos se usó la técnica de la encuesta y el instrumento utilizado fue un cuestionario de 30 ítems con respuestas politómicas en escala de Likert. Los datos se procesaron con el programa Excel y el SPSS 22.

Los resultados se muestran en tablas y gráficos considerándose una escala ordinal de alto, medio y bajo. Se obtuvo una relación negativa media ($r_s = -0.5; p > 0.05$) entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica. Se encontró relación negativa perfecta ($r_s = -1.0, p < 0.05$) entre el factor humano y la impericia. Se halló relación negativa media ($r_s = -0.5; p > 0.05$) entre el factor organizacional y la negligencia médica. Se encontró relación negativa entre el factor técnico y la imprudencia ($r_s = -0.5; p > 0.05$).

Se concluye que existe relación negativa inversa perfecta significativa entre el factor humano del error de diagnóstico con la impericia atribuida en la responsabilidad civil médica. No existe relación significativa entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica.

Palabras clave: factor humano, factor organizacional, factor técnico, impericia, negligencia, imprudencia.

ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between the error diagnostic and medical liability at Regional Clinical Surgical Hospital Daniel Alcides Carrion Huancayo 2015. La hypothesis formulated was the correlation between the error diagnostic and medical liability.

The study population consisted of 132 physicians and the sample consisted of 64 doctors. For the selection of the sample simple random probability sampling was used. For data collection was used the survey technique and the instrument used was a questionnaire with 30 items polytomous responses Likert scale. Data were processed with Excel and SPSS 22 program.

The results are shown in tables and graphs considered an ordinal scale of high, medium and low. Between the misdiagnosis and medical liability, an average negative relationship ($p > 0.05$ $r_s = -0.5$) was obtained. Perfect negative correlation ($r = -1.0$, $p < 0.05$) between the human factor and the incompetence was found. Between organizational factors and medical negligence average negative relationship ($p > 0.05$ $r_s = -0.5$) was found. negative relationship between technical factor and recklessness ($p > 0.05$ $r_s = -0.5$) was found.

We conclude that there is significant negative relationship between the inverse perfect human error factor diagnostic attributed to medical malpractice liability. There is no significant relationship between the error diagnostic and medical liability.

Keywords: human factor, organizational factor, technical factor, incompetence, negligence, recklessness.

INTRODUCCIÓN

Señores miembros del Jurado pongo a vuestra consideración la presente tesis titulada “Error de diagnóstico y responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015”, para el cual se ha considerado los siguientes aspectos:

El primer capítulo comprende el problema, los objetivos, y la justificación de la investigación, así como las limitaciones y la viabilidad del estudio.

El segundo capítulo está orientado hacia el marco teórico, cuyo contenido comprende los antecedentes internacionales y nacionales, las bases teóricas y las definiciones conceptuales. Se hace referencia a las variables del estudio y su operacionalización. Fundamentalmente contiene el planteamiento de la hipótesis general y las hipótesis específicas.

El tercer capítulo comprende el la metodología de la investigación, donde se aborda el enfoque empleado, el nivel de investigación, el diseño de tipo correlacional, la población y la muestra. También enfatizamos el tipo de muestreo utilizado así como el tamaño de la muestra. Se describe el procedimiento de recolección de datos, la técnica empleada así como el instrumento utilizado que en este caso específico fue un cuestionario elaborado para tal fin.

El cuarto capítulo está dirigido a mostrar los resultados, se indica el procesamiento de los datos realizado se empleó en Baremo, para la medición de las variables y dimensiones se tomó como referencia una escala ordinal. Los principales hallazgos de la investigación son presentados en texto, tablas y gráficos. Cada uno de las tablas y gráficos tienen su descripción correspondiente. En esta parte de la tesis se ha realizado la contrastación de la hipótesis con la aplicación de la prueba de hipótesis, según el diseño de la investigación la prueba estadística

recomendable es la prueba de correlación Rho de Serman (ρ), considerándose significativo un valor de $p < 0.05$.

El quinto capítulo comprende una parte esencial de la tesis, que es la discusión de los resultados, donde se realiza la contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos y la presentación de la prueba de hipótesis general. Además, se muestra las comparaciones con otros estudios similares, además se presenta las argumentaciones teóricas sobre los hallazgos de la investigación realizada.

En la final de la tesis, se ha considerado las conclusiones según el problema, los objetivos y las hipótesis planteadas, en esta parte se indica que se encontró una relación inversa media entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica. Posteriormente se da algunas recomendaciones las cuales están dirigidas a las autoridades y a los médicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, para que puedan tomar acciones en base a los resultados obtenido en la presente investigación.

Por ultimo debo señalar que para elaborar las referencias bibliográficas se ha empleado el estilo APA (Asociación de Psicólogos Americanos) y también anexamos los siguientes documentos: Plan maestro, Matriz de consistencia, Instrumento de recolección de datos (cuestionario), modelo de consentimiento informado matriz de validación del Instrumento de recolección de datos, matriz de evaluación de experto).

Finalmente, afirmo la enorme satisfacción de haberlo concluido y poner al alcance de todos los investigadores habidos de intercambiar experiencias y conocimientos.

El autor

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Descripción del problema

En el proceso de la atención al paciente está inmerso varios factores que primero determinan un error en el diagnóstico lo cual conducirá a la adquisición de una responsabilidad civil médica sustentado en imprudencia, impericia y negligencia médica.

Según Tapia M (2003), el error, es un acto mal realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que causa alguna lesión, en algunos casos inclusive puede causar hasta la muerte. El error, también es el haber incumplido con los parámetros mínimos y estándares para enfrentar el caso, y no haber cumplido con las normas técnicas de la profesión médica, junto a la impericia e imprudencia médica lo cual también recae en el equipo médico.

Por otro lado, se tiene a la negligencia médica que es el descuido del personal médico, que labora en el hospital donde se da la atención de salud, el personal debe brindar el servicio adecuado al paciente que está atendiendo, no debe de descuidarlo, es primordial prestar total atención a lo que está haciendo pues puede que la vida

del paciente depende de él, puesto que si el paciente llega a empeorar o morir incurre en una falta grave que podría derivarse en una negligencia médica y esto es causa probable de demanda (Tapia T, 2005).

Sin embargo, lo primero que se debe hacer ante una negligencia médica es saber si el caso está inmerso en un plano jurídico de demanda, porque no todos los casos ocurridos en un hospital o un centro de atención de salud son consecuencia de una negligencia médica o un error, puede que el paciente haya acudido tarde y el tratamiento indicado ya no dio el resultado esperado, en este caso se le considera negligencia del paciente y/o de los familiares (Tapia T, 2005).

Entonces, la negligencia de un paciente es cuando acude tardíamente al médico y ya no se le puede administrar el tratamiento adecuado para su enfermedad, la cual puede derivar en lesiones graves e inclusive hasta la muerte del paciente, pero también es negligencia de los familiares del paciente que lo llevan tarde al médico pues puede que se trate de una persona impedida física o mentalmente para poder ir por sí mismo al médico y depende de su familiar o familiares más próximos. La obligación del médico no es de resultados, si no de medios, ósea que el prestador de la atención medica está obligado a ofrecer a su paciente toda la diligencia posible.(Rodríguez, Grille, y Mederos;1998)

La negligencia médica es un descuido que un médico tiene hacia una persona, que por error o imprudencia realiza insatisfactoriamente el tratamiento al paciente ocasionando daño parcial o total pero en este proceso existen varios factores relacionados principalmente con el error de diagnóstico, porque el hacer un diagnóstico correcto oportuno, se indicar un tratamiento adecuado evitando el daño potencial en que podría incurrirse. Estos factores a conocer estar relacionados con el aspecto humano (cognitivo), organizacional de la institución prestadora de salud y los

aspectos técnicos que comprende el equipamiento adecuado, porque la presencia de todo ello garantiza una atención de calidad. Por otro lado se tiene que la vida humana es un valor fundamental, puesto que no se compara con otro tipo de valores. Es por eso que el trabajo se relaciona con el derecho a la vida, todo ser humano tiene el derecho a tener un cuidado especial, dentro de un hospital, con personas que estén especializados en la práctica médica, que estén conscientes de sus actos, el ser humano tiene el derecho a la protección de su salud, a que se les garantice un cuidado especial y único a cada paciente, pero algunas veces no todos corren con la misma suerte, puesto que hay errores médicos e irresponsabilidad dentro de cada especialista que traen consigo una consecuencia, ya que no todos los especialistas tiene la misma responsabilidad y el cuidado necesario dentro de cada paciente.

Los médicos deben tener un pacto social, un conjunto de ordenamientos que garantice el cumplimiento o la irresponsabilidad de sus actos, es por eso que en este pacto se tiene el derecho al cuidado, a la protección de salud y la vida, la sociedad crea el derecho, a fin de garantizar su existencia y su vida dentro de la sociedad, en este pacto se entrega el valor fundamental, de la existencia de su propia vida. Es por eso que se tiene que tener una sanción a la imprudencia médica y a la falta de atención, los que incumplen con este contrato está incumpliendo un derecho, y provocan una negligencia médica.

En este contexto, la determinación de los factores relacionados con la actuación profesional médica en el ejercicio ordinario de su actividad, tiene como propósito conocer los principales consecuencias que se dan, posteriormente a partir de ellos se debe diseñar estrategias para tomar decisiones que permitan mejorar la calidad de atención y evitar las consecuencias de su no cumplimiento. (Noriega,2010)

Es necesario precisar que el diagnóstico, es un acto médico absolutamente asimilable a otros como el de intervenciones quirúrgicas, diversos tratamientos, etc. Por lo tanto cuando emerja alguna duda sobre su corrección, las pautas para la determinación de si es equivocado o no, son esencialmente de la ciencia médica, en segundo lugar cuando se determine científicamente que fue equivocado, debemos trasladarnos al ámbito jurídico para que con la colaboración de los informes periciales correspondientes se determine su calidad de excusable o inexcusable.

Si se concluye que el error es inexcusable, deberá hacerse a la luz de los elementos estructurales de la culpa, que son la impericia, la imprudencia, la negligencia y la violación de leyes o reglamentos. Por último sobre esas bases es que en definitiva ante un eventual litigio, la justicia deberá decidir entre la existencia o no de una responsabilidad médica y el grado de la misma (Grille,2010).

Por último, esta situación descrita anteriormente no es tan simple porque el aumento de reclamaciones en el ámbito médico condiciona a los facultativos a una actuación en la práctica profesional de más seguridad y en ocasiones lleva a solicitar pruebas y procedimientos adicionales, tal como lo refiere Arimany (2007,p 1-2), que entrarían de lleno en la denominada “medicina defensiva”, este tipo de insatisfacción profesional , estrés y “burnout” en los médicos , comporta un incremento del gasto sanitario, mayor riesgo para el paciente, y contribuye a esperar la lista de espera, por lo que es conveniente que esta situación debe cambiar.

1.2.- Formulación del problema

1.2.1.- Problema general

¿Qué relación existe entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015?

1.2.2.- Problemas específicos

1.2.2.1.- ¿Qué relación existe entre el factor humano y la impericia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015?

1.2.2.2.- ¿Qué relación existe entre el factor organizacional y la negligencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015?

1.2.2.3.- ¿Qué relación existe entre el factor técnico y la imprudencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015?

1.3.- Objetivo general

1.3.1.- Determinar la relación que existe entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

1.4.- Objetivos específicos

1.4.1.- Determinar la relación que existe entre el factor humano y la impericia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

1.4.2.- Determinar la relación que existe entre el factor organizacional y la negligencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital

Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

- 1.4.3.- Determinar la relación que existe entre el factor técnico y la imprudencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

1.5.- Justificación de la investigación

El avance y las transformaciones de la actividad médica, acompañado de los evidentes progresos, éxitos y beneficios, paralelamente ha traído un incremento en diversas situaciones donde los médicos se han expuesto a cometer errores que generan daños a los pacientes, tal como lo señala Noriega (2010), ocasionando con ello un crecimiento de las reclamaciones en su contra por mal praxis profesional.

En ese contexto, conocer cuál es el nivel de diligencia que se le puede exigir al médico en su actuación profesional adquiere plena vigencia y relevancia, toda vez que la infracción de tal nivel determinara que el autor deba responder por sus actos y reparar los perjuicios causados. En la responsabilidad civil, como es el caso de la culpa, el cual cumple la función de definir cuál es el umbral mínimo de cuidado y la prudencia que nos debemos mutuamente en la interrelación social, este hecho en la práctica médica debe estar enmarcado dentro de un estándar de cuidado obligado, cuya infracción puede dar lugar a la reparación de los daños ocasionados, lo cual amerita la justificación de su estudio con el propósito de evitarlos.

Además, el conocimiento de la responsabilidad civil médica a partir del error de diagnóstico será de gran utilidad para la toma de decisiones oportunas en busca del mejoramiento continuo de la atención de calidad.

1.6.- Limitaciones de la investigación

Según el proyecto estructurado, específicamente en el diseño de la presente investigación no se ha previsto encontrar limitaciones durante la ejecución de la investigación, por ser un estudio totalmente factible, viable y ético, para lo cual se ha realizado una planificación exhaustiva.

1.7.- Viabilidad de investigación

La tesis aborda una materia que tiene actualidad debido principalmente al aumento considerable del número de litigios donde se ven involucrados los profesionales médicos que intervinieron en los hechos constitutivos de negligencia médica según lo señala Tapia T (2005).

Además, es necesario conocer si existe la mala práctica médica la cual ocurre cuando una persona sufre graves daños como puede ser la muerte, siendo esta en algunas ocasiones, el resultado de una mala conducta profesional tal como lo refiere Gavilanes (2011), estando por lo tanto inmerso en ello, la falla en la selección del tratamiento adecuado o por la falta de habilidad para prestar servicios médicos.

La investigación planteada está orientada al conocimiento del error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica, la misma que es viable de ejecutarlo por ser factible, novedoso, interesante, relevante, ético y disponer de los recursos humanos, financieros y el haber delimitado adecuadamente el ámbito geográfico (lugar) y el período de estudio (tiempo).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la investigación

2.1.1.- Antecedentes Internacionales:

Según Hernández (2002), en su tesis doctoral denominada *“Responsabilidad por malpraxis medica, análisis del problema a través de encuestas a colegios oficiales de médicos y abogados”*, presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba Argentina, refiere que la principal causa de malpraxis medica es la falta de información al paciente y secundariamente, falta de cuidados (historias clínicas deficientes, despersonalización en la asistencia, medios complementarios insuficientes e incumplimiento de protocolos), habiendo incrementado las denuncias esto ha traído como consecuencia la práctica de una medicina “defensiva”. Que tiene connotaciones negativas, pero también algunas positivas, como son el estímulo de la atención al paciente y cuidado con el cumplimiento de estándares.

Según Riofrío (2011), en su tesis denominada *“Necesidad de tipificar la responsabilidad penal de los profesionales de la salud que realicen mala práctica médica”*, para optar el grado de licenciado en

jurisprudencia en la Universidad Nacional de Loja Ecuador, concluye que las causas de la negligencia médica, se puede identificar como la falla del médico, a la conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o falta de conocimiento, o negligencia al proporcionar la atención del paciente.

Según Martin (2012), en su tesis doctoral denominado: *“Análisis de la responsabilidad profesional medica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal”*, presentado en la Universidad de Barcelona, estudiando expedientes abierto por presunta responsabilidad profesional medica en el Consejo de Colegios Médicos de Catalunya (CCMC), que agrupa a los médicos de Barcelona, Leida, Girona y Tarragona, entre 1986 y el 2009.

La investigación de Martín (2012), encontró 94 (1,35%) casos de presunta responsabilidad profesional médica en el ámbito de la especialidad de psiquiatría y 18 (0.25%) casos de la especialidad de medicina legal de un total de 6,952 (100%) procedimientos por presunta responsabilidad profesional médica. Los factores de la denuncia están relacionados con la información o documentación médica.

Parra (2014), en su tesis denominado *“La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa”*, presentada en la Universidad Carlos III de Madrid España, para optar el grado de Doctor, concluye que ante un caso de medicina curativa o terapéutica, por regla general o salvo pacto en contrario, el contrato celebrado entre el médico y paciente tendrá las características de un contrato de asistencia sanitaria, asumiendo el facultativo una obligación de medios para con su paciente , por lo que el médico no garantizará la curación del enfermo, pero si el empleo de las técnicas apropiadas según la de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso.

Según Parra (2014), en los casos de error de diagnóstico, puede considerarse que el daño está dado por la pérdida de la

oportunidad de curación y a efectos de poder determinar la cantidad del perjuicio sufrido por el paciente, se realizará un cálculo de las probabilidades de curación para lo cual primeramente se determinara el daño final, perjuicio que usualmente tendrá una configuración tanto patrimonial (pérdida de ingresos, gastos hospitalarios, etc), como extra patrimonial (sufrimiento , angustia, etc), y posteriormente corresponde calcular la indemnización final en porcentaje en función de las probabilidades de curación que se han perdido.

Según Gavilanes (2011), en su tesis de grado denominado: *“Responsabilidad penal en casos de mala práctica médica”*, realizado en la Universidad San Francisco de Quito como requisito para la obtención del título de Abogado, realizó una encuesta a 100 personas (100%) y concluye que la responsabilidad por prácticas médicas dolosas deben ser de alcance en áreas como la penal, civil y administrativa, tal como lo establece el 63% de los encuestados, quienes piensan que alguien debe responder por las faltas que ha cometido el profesional de la salud.

Gavilanes (2011), señala también que el 37% de sus encuestados opina dejar a un lado la responsabilidad en caso de una mala práctica médica, asimismo refiere que el Estado no debe mantener responsabilidad solidaria por prácticas dolosas de la medicina en el 79% de los encuestados, en contraposición al 21% que piensa que es necesario que el Estado se haga cargo del mismo.

Según Tapia T y Tapia V (2010), en su tesis denominado: *“La mala praxis médica, en el derecho penal y derecho civil”*, presentada previa a la obtención del título de Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador, concluye que la mala práctica médica consiste en la falta del deber de cuidado, que en materia civil es sancionada por daños y perjuicios ocasionados a

la víctima o damnificados indirectos, en materia penal en cambio es sancionada por lesiones cuando se provoca un daño corporal, que puede ser leve o permanente u homicidio cuando el facultativo provoca la muerte del paciente.

Según Martínez (2011), en su trabajo investigativo para obtener el título de Licenciada en Derecho, en la Universidad Centro Americana, Facultad de Ciencias jurídicas. Managua Nicaragua, denominado la *“Negligencia médica y sus efectos en materia penal”*, concluye que el paciente insatisfecho puede dirigirse contra el medico por dos procedimientos, a través de una demanda civil para reclamar la indemnización correspondiente, pero también si estima que hay una responsabilidad penal, presentar denuncia o querrela, no solo con el propósito de obtener una indemnización sino también de lograr una condena para el médico.

Martínez (2011), aplico una encuesta a 50 (100%) personas, encontrando que el 92%(46) tenían conocimiento sobre negligencia médica. El 96%(48) de los encuestados manifestó que se dan muchos casos de negligencia médica y las causas por las que se dan, son: porque los médicos no poseen los conocimientos científicos, y cometen errores, y no son conscientes de lo que están practicando al paciente, otras veces es porque la atención del médico hacia el paciente es tardía o simplemente porque hoy en día se ha materializado económicamente este servicio.

Según Paz (2015), en su monografía denominada *“Responsabilidad Penal del Médico por mala práctica profesional tipificada en el código orgánico integral penal”*, que desarrollo, previa a la obtención de abogada de los Tribunales de Justicia de la Republica de Ecuador y Licenciada en Ciencias Políticas y Sociales. Universidad de Cuenca, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales, en Cuenca Ecuador, señala que para que un médico pueda ser procesado por mala práctica en el ejercicio de su

profesión debe cumplir con los supuestos, es decir debe probarse que se ha infringido el deber objetivo de cuidado y que como consecuencia de ello se ha provocado una lesión o muerte en el paciente o que la muerte se ha producido por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas.

En Estados Unidos de Norteamérica, en el 2003 una revisión sistemática de 53 estudios de autopsias realizados entre 1966 y 2002 encontró errores diagnósticos entre 4.1% y 49,8% de los casos, con una media de 23,5%. En 4% de los casos el error fue letal (Alvarez, 2013; The Pennsylvania Patient Safety Authority, 2010).

Los errores diagnósticos se encuentran en todas las especialidades médicas con cifras que se aproximan al 5% en aquellas situaciones clínicas en donde el diagnóstico o interpretación visual es preponderante como son la especialidad de patología, radiología y dermatología, además existe entre el 10 a 15% en otros campos de la medicina en donde la información y el análisis de datos desarrollan un papel importante en el proceso de diagnóstico. La tasas de error diagnóstico en los servicios de urgencias ha sido calculada entre el 0,6% y 12%.(Alvarez, 2013; The Pennsylvania Patient Safety Authority, 2010).

En un estudio realizado en la Asociación de Cirugía de México, en el año 2004, en 7,715 historias clínicas, se encontró un 49,9% de error médico y un 16.8% de malpraxis (Ramos,2005) .

En la Ciudad de la Habana Cuba, Suarez (2009), realizó una investigación denominada "*Errores médicos en la certeza diagnóstica*", con el objetivo de establecer la relación entre los errores en las diferentes etapas del proceso diagnóstico, y la certeza diagnóstica, incluyó en su estudio 75 (100%) médicos, 43 (57.3%) varones y 32(42.7%) mujeres, concluyendo que el diagnóstico etiológico y nosológico correcto fue de 50.6%(38) casos, diagnóstico

nosológico correcto y etiológico incorrecto fue de 22.7% (17) y diagnóstico nosológico y etiológico incorrecto fue de 26.7%(20).

En un estudio realizado por la Universidad de Harvard sobre la práctica profesional el 14% de los errores médicos resultaron de equivocaciones diagnósticas, mientras 9% se debían a una mala prescripción, además en el mismo estudio el 7%% de los errores médicos se relacionaron con negligencia. (The Pennsylvania Patient Safety Authority, 2010).

Según Alvarez (2013), las enfermedades más comunes que inducen a error son: cáncer, infecciones, fracturas, infarto de miocardio, embolismo, condiciones neurológicas y aneurisma, así mismo las causas más frecuentes de errores diagnósticos reportados entre enero del 2005 a agosto del 2009, fueron cáncer metastásico 12%, fracturas 4%, embolismo pulmonar 4%, síndrome coronario agudo 2% y apendicitis 2%.

Según Tapia (2005), en su tesis presentada en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales en la Universidad de Austral de Chile titulada "*Responsabilidad Civil Medica de los Establecimientos de Salud*", se hace referencia a las demandas interpuestas en ese país en contra de los médicos y los establecimientos de salud las cuales han ido en aumento. Según datos de la Fundación de Asesoría Legal Médica, 87 juicios mensuales por negligencia contra los médicos es el promedio del año 2009; en el 2000, la cifra llegaba a 45 y en 1998 eran sólo 16 casos.

El fenómeno de las demandas interpuestas se ha expandido aceleradamente y está fundamentado en una serie de variables culturales, económicas y legales. Las nuevas normas contenidas en el auge sobre el tema, terminan profundizando un fenómeno que lejos de abaratar, termina encareciendo la salud: la medicina "defensiva" (Tapia, 2005).

Otro estudio también reporta que los casos de responsabilidad médica en Chile van en aumento. (Tapia, 2003) Según cifras del Colegio Médico, en 1995 existían sólo tres denuncias mensuales por negligencia médica, mientras que en el año 2002 esta cifra se incrementó a 58. Por su parte, se estima que los hospitales del sector público tienen juicios por un monto total de 13 mil millones de pesos por indemnizaciones solicitadas por pacientes (con aproximadamente el 52% de las demandas por negligencia médica). Las principales especialidades afectadas son la ginecología (20%) y la cirugía general (12%). Directa o indirectamente, cerca del 30% de los casos de negligencia médica estarían vinculados a la mala administración de la anestesia.(Tapia,2003).

La investigación de Tapia (2003), señala que las cifras son engañosas, porque existe un gran número de negligencias médicas que por ocurrir en establecimientos públicos sólo se investigan y se sancionan mediante procesos administrativos. Según el Ministerio de Salud, entre el año 2000 y 2001 se denunciaron 594 casos por presunta negligencia médica, de los cuales un 47% fue sobreseído y sólo un 9% ha concluido con sanciones (desde amonestación escrita hasta expulsión del servicio). De esos casos, 258 corresponden a situaciones que llevaron a la muerte del paciente.

En una revisión realizada en la Argentina, se hace mención que el error no es inferior a 25% de los diagnósticos, en una revisión sistemática donde se valuó miles de autopsias desde 1966 a 2002, detecto errores de diagnóstico como posible causa de muerte. La tasa media de errores fue de 23,5%, así mismo los errores de diagnóstico ocasionan más eventos adversos que otros, que alcanzan un 15% a 20% y son los más difíciles de evitar. A pesar de estos datos muy preocupantes, la literatura médica es más escasa que en otros errores.(Ceriani, 2015)

Según Salazar (2015), la tasa de errores de diagnóstico oscila entre el 0.6% y el 12% con algunas estimaciones que llegan al 15%, además la tasa de efectos médicos indeseados cuando se cometen estos errores, se encuentra entre 6.9% y 17% .

Según Lee (2002), señala que la mayoría de los médicos (86 %) cree que los informes de errores de los hospitales deben ser confidenciales, mientras que 62% de la población considera que estos informes deben ser liberados públicamente. Esta diferencia sugiere una divergencia fundamental entre la posición de los médicos y el público acerca de cómo se debe mejorar la atención. Los médicos creen que la confidencialidad promoverá la apertura entre los colegas; mientras que la posición de la población está a favor de la "transparencia" y la presión de la responsabilidad pública.

Según Morón y Ramírez (2002), es importante que los profesionales médicos deben tomar conciencia de que su relación profesional con el paciente se desenvuelve dentro del marco jurídico de la responsabilidad civil, en la que el paciente es poseedor de una serie de derechos para obtener la indemnización de los perjuicios que pudiera llegar a sufrir.

2.1.2.- Antecedentes nacionales:

Carhuatocto (2010), en su tesis: *“La Responsabilidad civil médica: El caso de las infecciones intrahospitalarias”*, presentada para optar el grado académico de Magíster en Derecho con Mención en Derecho Civil y Comercial en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Derecho y Ciencia Política. Unidad de Posgrado. Lima-Perú, señala que en el Perú, las quejas por negligencia médica, difieren en las diferentes instituciones del Estado, así por ejemplo las estadísticas de la Defensoría del Pueblo del 2006 al 2009 referidas a casos negligencia médica atendidos por esta institución señalan para los años 2006, 2007, 2008, y hasta julio

del 2009 había un incremento de la frecuencia de casos, reportándose 149, 190, 314 y 151 casos respectivamente.

Además, Carhuatocto (2010), señala que el Instituto de Medicina Legal en el 2005 realizó 307 pericias por supuesta responsabilidad médica, en el 2006 fueron 324, en el 2007 fueron 353 y en el 2008 fueron 494, lo que evidencia que los pacientes están tomando mayor conciencia de sus derechos y que tienden a canalizar sus reclamos por la vía penal, en la mayoría de casos bajo el amparo legal de una denuncia por lesiones leves, graves u homicidio culposo.

Navarro-Sandoval et al (2013), realizó la investigación denominada "*Estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima, Perú*", el cual comprendió un diseño transversal donde se incluyeron todos los informes periciales emitidos del 2005 al 2010, en la División Clínico Forense de Lima, Perú. Se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables.

Navarro-Sandoval et al (2013) encontró, que el 60,3% (495/821) de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica fueron valoradas de acuerdo a la *lex artis*; el 16,8% (138/821) no de acuerdo a la *lex artis*; en 13% (107/821) de los casos no se pudo emitir conclusiones, y en 9,9% (81/821) las conclusiones del informe pericial no incluyen una valoración del acto médico.

Los casos donde la lesión se atribuyó al propio proceso de la enfermedad correspondieron al 80,9% (502/620), y los que se consideraron resultado de la asistencia sanitaria al 19,0% (118/620). La distribución de la causa de la lesión según el cumplimiento de la *lex artis* mostró diferencias significativas, según Navarro-Sandoval et al (2013).

Según Navarro-Sandoval et al (2013), las denuncias por presunta responsabilidad médica se encuentran en aumento, predominantemente en las especialidades quirúrgicas, donde la

probabilidad de ser considerado como un acto médico no adecuado a la “lex artis” es mayor. Asimismo en un porcentaje importante de casos no se llegan a emitir conclusiones valorativas sobre el acto médico.

Minguillo y Sosa (2015), realizaron un estudio sobre la *“Responsabilidad penal en los profesionales médicos en el delito de homicidio culposo en la Provincia de Chiclayo en el 2013”*, en la Universidad de Sipán Chiclayo Perú, siendo el objetivo de la investigación en conocer los factores por las cuales no se ha regulado la sanción penal adecuada establecida en el artículo 111 del Código Penal de Homicidio Culposo respecto a la responsabilidad de los profesionales médicos. Desarrolló una investigación descriptiva – explicativa, formulando la siguiente hipótesis: si la norma penal respecto a la responsabilidad en el delito de homicidio culposo en los profesionales médicos, se vio afectado por empirismos aplicativos y empirismos normativos.

Minguillo y Sosa (2015), concluyeron en su estudio que la norma penal respecto a la responsabilidad en el delito de homicidio culposo en los profesionales médicos, se ve afectada por empirismos aplicativos y empirismos normativos, que están relacionados causalmente y se explican por el hecho de que no existe la correcta interpretación y aplicación de la norma prescrita en el artículo 111 de Código Penal por parte de los responsables ante la sanción de la responsabilidad de los médicos.

Sotomarino (2009), en su trabajo de investigación denominado *“El daño moral en la responsabilidad civil. Análisis en el derecho Comparado y el derecho nacional”*, presentado en la Universidad Particular San Martín de Porres. Lima-Perú, concluye que la responsabilidad contractual y extracontractual se diferencian principalmente, porque en una existe incumplimiento o infracción a un acuerdo libre de voluntades y por otro lado por la comisión de un delito o cuasi delito, pero en ambas la reparación de daño y el

resarcimiento de un perjuicio siempre van a estar dirigidas a tratar de reponer o resarcir de manera dineraria a quien ha sido víctima de tales actos u omisiones.

Según las cifras del Ministerio de Salud (MINSA), al año se registran en el país al menos 405 denuncias por negligencia médica aunque para los representantes de los médicos estas denuncias son sobredimensionadas o se trata de casos mal presentados que solo afectan la imagen del profesional. (Herrada, 2015).

En un estudio sobre la frecuencia de homicidios culposos y dolosos en los años 2011, 2012 y 2013 en el departamento de Junín se reporta una incidencia de 2,8; 1,9; y 2,2 casos respectivamente (Homicidios en el Perú, 2015)

Se reporta un examen jurisprudencial, donde se analiza 19 (100%) casos de negligencia médica, de las cuales 14(73.6%), se entablan contra médicos y establecimientos de salud, y 5(26.4%) solo contra establecimiento de salud. (Woolcott, 1995). También, se reporta que el porcentaje de sentencias que declaran infundada fue de 57.9%(11) y la pretensión de reparación de daños supera a los casos que la declaran fundada 42.1% (08).

Los fundamentos de la mayoría de estas sentencias basan su negativa en la falta de prueba de los extremos de la pretensión, esperando que sea la víctima quien realice un esfuerzo denodado, costoso y generalmente infructuoso para acreditar los hechos ocurridos cuando era sometido al acto médico y estaba, por lo general, en estado de inconciencia. (Woolcott, 1995; Carhuatocto, 2010)

Los principales fundamentos de las resoluciones, para favorecer a la víctima son: El daño que se alega ha sido acreditado en el proceso. El daño se ha producido por un incorrecto o negligente actuar médico y no por otras causas. La lex artis médica, según el caso concreto, imponía al médico un actuar distinto del empleado en

la solución del problema del paciente. Si el médico no hubiera actuado de manera incorrecta, el daño no se hubiera producido. Entre el médico y el centro asistencial, según el caso, existe una relación contractual de la que se desprenden derechos y obligaciones para ambas partes. (Carhuatocto, 2010)

Los principales fundamentos de las sentencias para no favorecer a la víctima son: El daño que se alega no ha sido acreditado en el proceso, el daño se ha producido por circunstancias o razones que no están en la capacidad del médico de evitarlas: las condiciones del paciente, hecho por un tercero. El actuar del médico fue correcto y conforme a la *lex artis* médica. El daño ocurrió a pesar del actuar correcto, por lo que no cabe responsabilizar al médico. No basta probar la culpa médica, para que el profesional médico responda, la culpa debe ser de carácter inexcusable, de conformidad con el artículo 1762 del Código Civil.(Código civil peruano,2015)

En el ámbito de la responsabilidad civil médico, la culpa será el factor de atribución preponderante, pues cumple un rol desincentivador de conductas negligentes. En otras palabras, es la forma como la sociedad desapueba conductas negligentes de los profesionales médicos, y que puede tener su correlato en el ámbito administrativo, en casos muy graves en el fuero penal. De ahí, que los seguros médicos directos, sea del médico o del paciente, no sustituyen a la responsabilidad civil, ante la ausencia de procedimientos disciplinarios eficientes.

La responsabilidad civil por daños médicos parte de ordinario de un presupuesto contractual. En este ámbito el médico que causa un daño médico con la intención de hacerlo (dolo) o por negligencia responde por los perjuicios ocasionados. Sin embargo, el propio centro médico debe responder en estos casos en razón a que realiza una actividad riesgosa de cuyos daños es responsable, como es el caso de las víctimas de infecciones intrahospitalarias por no haber

implementado las medidas de bioseguridad adecuadas. (Carhuacoto,2010)

Así mismo se debe considerar que el peritaje médico legal es uno de los principales mecanismos para encontrar de manera clara y precisa la responsabilidad del médico frente a sus actos.(Gavilanes,2005)

La Ley General de Salud, Ley N° 26842, de 1997, aborda de manera frontal el tema en su artículo 48° según el cual “el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente, derivados del ejercicio negligente, imprudente o imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñan en éste con relación de dependencia. Es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que se ofrece”.(Carhuatocto,2010)

2.2.- Bases teóricas

Diagnóstico médico: El diagnóstico médico es un proceso intuitivo sustentado en la experiencia profesional que incluye el reconocimiento de patrones de enfermedad y está sustentado en los conocimientos, en sus habilidades y destrezas, en la preparación del médico; y la experiencia diagnóstica del médico está determinada por la interpretación apropiada de los síntomas, de la historia previa del enfermo y del examen físico (Alvarez,2013, p 1).

El diagnóstico forma parte de las cinco áreas de interés del cuidado médico del paciente, las cuales están comprendidos por el tratamiento médico y quirúrgico, el diagnóstico, la comunicación de

información y documentación, la relación interpersonal y otros de tipo administrativo (Alvarez,2013, p 1). La palabra medico tiene como origen el verbo “medeo” que quiere decir “cuidar de”, por lo tanto un medico es aquel que cuida (Cámara, 2003,p1).

El término diagnóstico se deriva del griego *diagnostikós* y significa "distinto, que permite distinguir", derivado de *diagignóskhein* “distinguir, discernir” y este de *gignóskein* que significa "conocer". Desde el punto de vista técnico, el diagnóstico, es uno de los momentos más importantes de la actividad médica; constituye el acto inicial de la relación del profesional con el paciente, cuya finalidad es identificar y determinar la naturaleza y las causas de la patología. (Alvarez,2013, p1; Blanco, Hernández y Bosch et al,2002,p 104).

De un buen diagnóstico depende la elección del tratamiento adecuado y el momento oportuno cuando se establece la enfermedad o el mal que lo afecta, para después brindar la información necesaria.(Alvarez,2013, p 1; Blanco et al,2002,p 104). El diagnóstico se considera un proceso dinámico que se inicia desde la primera consulta y culmina con la alta médica, que está dada por la curación, o por la muerte del paciente en el caso de las patologías crónicas o incurables. (Blanco et al, 2002,p 104; Alvarado y Flores,2009,p 16).

En la práctica médica, se deben realizar una evaluación minuciosa del paciente para luego solicitar los exámenes auxiliares adecuados. Los factores que mejoran la probabilidad de lograr un diagnóstico correcto son: escuchar al paciente, recolectar de manera ordenada la información, realización de un examen físico dirigido al problema (sin dejar de evaluar los demás aspectos del mismo), ordenar las pruebas diagnósticas apropiadas y un análisis sintético de los datos, por qué las fallas que pudieran existir durante este

proceso se convertirán en fuentes de error.(Alvarez,2013,p1; The Pennsylvania patient safety authority , 2010,p1).

Clasificación del diagnóstico: El diagnóstico puede clasificarse de acuerdo con sus diversos atributos: primero puede ser de acuerdo con la evolución del proceso de diagnóstico, siendo el diagnóstico: inicial (de sospecha), de presunción o provisional, parcial, transitorio y final o definitivo (a veces de certeza). Una segunda clasificación es de acuerdo con el método utilizado para llegar al diagnóstico, la cual se subdivide en: clínico, de laboratorio, de gabinete, histopatológico, postoperatorio y, de autopsia. (Alvarez,2013, p1)

Una tercera clase de clasificación es de acuerdo con la estrategia utilizada, subdividiéndose en diagnóstico analógico, algorítmico, exhaustivo, por exclusión, etc. Existe una cuarta clasificación de acuerdo con su calidad y de menor a mayor rango en diagnóstico: a).- Clínico, a su vez, puede ser de tipo sintomático o signológico y el otro tipo denominado sindromático; b).- Anatómico o lesional; c.- Fisiopatológico o funcional; d.- Causal; e.- Nosológico y f.- Integral, este último es el ideal, al que todo médico debe aspirar, que incluye a todos los anteriores más el contexto clínico.(Alvarez,2013,p1)

Error médico: El Error se presenta en alto porcentaje de los informes realizados en todo el campo de la medicina y por ello debe ser analizado en sus diversos aspectos (Do pico J y Do Pico C, 2003,p 1-4). El error ha sido definido como, el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto o del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. Los errores pueden incluir problemas de la práctica, productos, proceder o procedimiento y sistemas.(Institute Of Medicine,1999,p1-8).

Además el error médico es considerado cómo cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, y cuyo origen puede relacionarse con el factor

humano, la organización y la implementación del servicio, a través de múltiples y complejos mecanismos. Para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, el error médico es un evento adverso o una aproximación a ser producido, que en la mayoría de casos puede ser prevenido, con los actuales conocimientos de las ciencias médicas.(Institute Of Medicine, 1999,p 1-8).

Otros definen que el error médico es aquel que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional. (Ramos,2005,p40; Blanco et al, 2002,p 104; Alvarado y Flores, 2009,p16).

El error médico también puede ser definido según Ramos (2005,P40), como todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no exista correspondencia con el real problema de salud del paciente. Se excluye la imprudencia, infracciones y la mala práctica.

El error médico es una área de estudio constante, algunas investigaciones indican que el 20 a 30% de los pacientes reciben cuidados inadecuados, y tan solo en Estados Unidos de Norteamérica fallecen entre 44,000 a 98,000 personas cada año, otro estudio menciona que ocurren aproximadamente 250,000 muertes debido a este factor (Villatoro,2011, p 139; Institute of Medicine,1999,p1).

En una investigación en hospitales del Estado de Colorado en Estados Unidos de Norteamérica en 1999, donde se evaluó 15,000 historias clínicas se encontraron que el 54% de los errores médicos eran prevenibles. En ese mismo estado en el año 2000, se realizó otro estudio en hospitales, revisando 1,133 historias clínicas se determinó que el 70% de los eventos adversos eran prevenibles, el

6% potencialmente prevenibles y el 24% no prevenibles. (Ramos, 2005,p 241). Leape (2004,p258), considera que si se ofrece una atención medica segura se reducen los errores médicos en 80% .

Ninguna especialidad médica está exenta de él. Establecer la responsabilidad médica en casos de error diagnóstico es difícil, pues en muchas ocasiones resultan inevitables. No obstante, una vez analizadas sus causas, pueden ser atribuidos a factores cognitivos, del sistema de salud o errores sin culpa, es posible instaurar estrategias que permitan su reducción. El punto medular en el enfoque del error médico y diagnóstico es que una vez cometido y más aún si se comprueba algún tipo de responsabilidad médica, este debe ser encarado con seriedad y transparencia.(Alvarado, 2009,p 16)

Factores relacionados con el error médico: Los principales factores se mencionan a continuación: primero puede ser atribuido a la ignorancia que se subdivide en: a) grosera; b) relativa; y c) ante lo que aún se desconoce. La segunda causa es debido a examen defectuoso por: a) malos hábitos; b) malos métodos; c) malas condiciones para el examen; d) malos pacientes; y e) malas técnicas. Como tercer factor se tienen a los errores de juicio por: a) ignorancia; b) obsesión; c) razonamiento equivocado; d) pusilanimidad; y e) amor propio y vanidad. (Mezquita, 2006, p244; Ceriani,2015,p194-195)

A pesar de los grandes adelantos del siglo XX, el médico continúa cometiendo los mismos errores y otros más, provocados por la abundancia de tecnología diagnóstica, que lejos de haberle facilitado el camino le ha complicado aún más la existencia.

Un factor importante del error de diagnóstico acorde con la época actual , es el tiempo insuficiente para la entrevista clínica, muy frecuente en las instituciones, la insuficiente atención a problemas

de tipo psicosocial, económico, laboral, etc., y la tendencia a depender de la tecnología para emitir diagnósticos.

Otros factores están relacionados con los errores que se cometen en el interrogatorio y el examen físico como son: el tiempo insuficiente para la consulta, anamnesis incompleta, exploración incompleta o defectuosa, errores de juicio: a) diagnóstico temprano; b) obsesión para sostener el diagnóstico inicial; c) error de omisión; premura para solicitar estudios diagnósticos y falta de atención a problemas psicosociales. (Mezquita,2006, p 244; Ceriani,2015,p194)

Se sostiene que la mayoría de los errores médicos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, mucho más frecuentes que en otros sectores y afirma que las evidencias son aplastantes en reconocer que el error médico se debe a múltiples factores y raramente a falta de cuidado o de un solo individuo.(Leape, 2004, p258; Ramos,2005,p 27; Graber, Franklin y Gordon,2002, p981; Trowbridge, 2008,p496).

Al ser los errores diagnósticos típicamente el resultado de múltiples fallas en el proceso diagnóstico y varios factores contribuyentes (Graber, et al, 2005,p 1495; Lopez,2005; Trowbridge, 2008,p496; Alvarado y Flores,2009, p16-23), de acuerdo con su origen se pueden clasificar en: errores cognitivos, que son aquellos que se reflejan en las fallas diagnósticas debido a una mala recolección de datos o interpretación de estos, fallas en el razonamiento o conocimiento incompleto. Su origen se centra en las limitaciones del proceso humano de la información y los sesgos producidos al utilizar la heurística, lo que garantiza que este tipo de errores persistirán.

El segundo origen de los errores de diagnóstico son atribuidos a los errores del sistema, estos se presentan cuando un diagnóstico es retrasado o no se realiza debido a las fallas latentes en los sistemas de salud. Así mismo se consideran a los errores sin culpa, son aquellos que ocurren cuando la presentación del cuadro clínico es silenciosa, atípica, o miméticas de algún cuadro más común. (Graber et al,2002, p 981; Arimany, 2012,p59; Ceriani,2015,p195)

La mayoría de los errores diagnósticos se deben a errores de juicio o por omisión, asociados a errores cognitivos y de sistema en conjunto. Dentro del proceso dinámico que significa establecer el diagnóstico, uno de los grandes desafíos en la práctica médica diaria es la minimización de los errores de tipo cognitivo o de capacidad interpretativa. (Arimany,2012,p59; Phua y Tan,2013,p33; Ceriani, 2015, p195)

Es necesario una mejor comprensión de los orígenes de este tipo de errores diagnósticos y para los cual existen las estrategias del esfuerzo cognitivo, las cuales pueden ser útiles tanto a médicos en formación como a médicos especialistas, al recordar que una buena relación médico-paciente, una anamnesis depurada y un examen físico preciso son las bases en las que se apoya cualquier razonamiento diagnóstico. (Trowbridge,2008, p 496-499; Arimany, 2012, p59-62; Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195)

Existe los sesgos cognitivos relacionados con el error en el diagnóstico, según se describe en la literatura, hay 10 sesgos identificados por la psicología cognitiva al caso concreto del diagnóstico en medicina.(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

Así, se describe el heurístico de disponibilidad, que está referido a la elección de un diagnóstico determinado que puede verse condicionada por la mayor disponibilidad de dicho diagnóstico en la memoria de profesional; por ejemplo, debido a un encuentro reciente

con un paciente que tenía esa enfermedad, a su alta frecuencia en un momento o contexto concreto, a lo destacado de un caso que ha tratado, etc. .(Trowbridge,2008, p 496-499; Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015, p195).

También se hace mención al anclaje de diagnóstico, que es el peligro en este caso de “anclar” donde el diagnóstico que se realiza está basado en datos que aparecen muy tempranamente en el proceso de diagnóstico y no revisarlo posteriormente a la luz de nuevas informaciones. .(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

Otros problemas similares pueden ser el efecto de primacía (sobre-influencia de la información inicial), el efecto de recencia (sobre-influencia de la información recogida en último lugar) y el sesgo confirmatorio (interpretar la información que se va recogiendo de forma que corrobore el diagnóstico inicial, dejando pasar datos que podrían refutarlo).(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

En tercer lugar se tiene la representatividad que es seleccionar un diagnóstico en base a que el paciente presenta síntomas que son muy representativos (prototípicos) de él, obviando que también presenta otros que pueden ser indicativos de otros posibles diagnósticos alternativos.(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

En cuarto lugar se hace mención a la falacia del jugador que consiste básicamente en una apreciación errónea de la probabilidad de ocurrencia de dos sucesos que son en realidad independientes, al igual que un jugador piensa que si una vez no ha tenido suerte, eso indica que en los siguientes intentos su probabilidad de éxito aumenta. Por ejemplo, pensar que es muy improbable que, si ya se ha presentado un caso con una enfermedad grave determinada, vuelva a aparecer en consulta el mismo día otro paciente con el mismo diagnóstico. Esta subestimación de la probabilidad podría

inducir a error en el segundo caso.(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

En quinto lugar es el “parar la búsqueda”, es decir, dejar de investigar posibles diagnósticos alternativos una vez que se encuentra una anomalía en el paciente, anomalía que se toma como causa de los síntomas aunque no tenga porqué serlo necesariamente.(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

En sexto lugar está la influencia del “etiquetado y decisiones previas” que hace referencia el condicionamiento que sobre el proceso diagnóstico tendrían las opiniones de otras personas, ya sean profesionales médicos que han atendido anteriormente al paciente, el propio paciente o personas de su entorno. En especial, el riesgo es que a lo largo de una cadena de intermediarios –en una suerte de “sesgo confirmatorio colectivo” un diagnóstico inicial sea cada vez más firmemente establecido, sin buscar posibles alternativas.(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

En séptimo lugar está el “coste de la inversión”, que es el haber invertido una gran cantidad de recursos (de todo tipo) en confirmar un diagnóstico o en tratar una enfermedad determinada puede hacer que se sea reacio a cambiarlo, aunque haya información que indique que otros diagnósticos alternativos pueden ser acertados.(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

En octavo lugar está la “maximización y minimización de probabilidades” que pudiera existir en función de los resultados la cual consiste en subestimar la probabilidad de que ocurran eventos clínicos con resultados más negativos y sobreestimar la probabilidad de que ocurran aquellos con resultados más positivos. Por ejemplo, atribuir que una complicación de una condición clínica es menos probable de lo que realmente es. (Phua y Tan,2013, p33; Ceriani,2015,p195).

En noveno lugar está el “sesgo retrospectivo”, que se produce cuando, una vez conocido un resultado (p.ej. el fallecimiento de un paciente), se sobreestima “a toro pasado” la idoneidad de los diagnósticos que llevan a tal desenlace, recuperando y destacando aquellos indicios que los confirman y olvidando que antes de conocerse el resultado final, la información no parecía tan clara y concluyente como parece en el presente.(Phua y Tan,2013,p33; Ceriani,2015,p195).

En décimo lugar está el “sobreestimar la propia pericia” que según los datos parece algo bastante frecuente en muchos ámbitos, por ejemplo, Phua y Tan (2013,p33) reporta un estudio donde encontró que el 94% de los profesionales académicos se autoevaluaron en la mitad superior de su profesión. Además Phua y Tan (2013,p33) en su trabajo proponen la realización de intervenciones tanto a nivel organizacional como individual. Por ejemplo una buena gestión del tiempo de consulta que evite tomar decisiones apresuradas, el uso de protocolos, el acceso a información sobre la probabilidad real de los distintos diagnósticos o la organización del trabajo de manera que se prevenga el estrés entre el personal.

Es conveniente cuando se aborda el error médico considerar el “error fundamental de atribución” que combina elementos emocionales y cognitivos, se produce cuando el profesional interpreta que las conductas de los pacientes se deben en exclusiva a las disposiciones y rasgos internos de estos, dejando de lado la influencia de las circunstancias en las que ocurre el comportamiento. En aquellos casos en los que algo va mal, este sesgo actuaría de algún modo protegiendo el propio autoconcepto y autoestima del profesional.(Phua y Tan,2013,p33)

Estos aspectos a considerarse son: agotamiento físico y mental, exceso de confianza, vacilación, timidez, rutina , inadecuada

información y orientación, fallos en la docencia, demoras en la atención, aplicación de nuevas tecnologías, fallo en la fármaco vigilancia, inadecuada relación médico-paciente, transfusiones de sangre no segura, accidentes, inadecuada relación médico-paciente , transfusiones de sangre no segura, inadecuados métodos de trabajo, no actualización o cumplimiento de normas (o buenas prácticas), falta de equidad, errores de escritura y lectura , inyección y vacunación no segura, investigaciones diagnósticas no seguras, y defectos de recursos, equipos y de organización y falta de requisitos de calidad (Villatoro, 2011, p139; Phua y Tan, 2013,p33).

Responsabilidad civil médica: La responsabilidad civil médica es aquella que se genera en ejecución de un acto médico realizado por profesionales de la medicina incumpliendo las reglas de esta profesión o con ocasión de su ejercicio profesional abusan de sus facultades para cometer conductas ilícitas ocasionando no solo un daño a la vida y salud del paciente sino en otros derechos fundamentales.(Carcuatocto,2010, p 90)

Según Arimany (2007,p15), la responsabilidad civil medica consiste en la obligación del médico de reparar el daño o perjuicio causado en el ejercicio profesional.

Por otro lado, se define a la responsabilidad general como la capacidad de todo sujeto activo de derecho, de conocer y aceptar las consecuencias de un acto suyo, supuesto libre e inteligentemente realizado. Es deber de responder.(Poggi,1981,p71).

Según Calabresi (1984), la responsabilidad civil es la institución mediante la cual una persona obtiene una reparación, compensación o indemnización por un daño o perjuicio que ha sufrido y que socialmente es considerado inaceptable, siendo la función principal de la responsabilidad civil la de procurar el restablecimiento del bien

jurídico afectado a su estado primigenio o lo más cercano a dicho estado.

Sin embargo, cuando ello no es posible esta institución acude a medios de compensación que den al titular del bien jurídico afectado la posibilidad de compensar su pérdida con otro bien similar o con una indemnización económica. (Cancio,2001)

La medicina es una de las actividades profesionales más expuestas en la actualidad al riesgo de acciones de indemnización de perjuicios, el paso hacia el siglo XXI parece estar dominado por la búsqueda de una seguridad sanitaria absoluta, testimonio del interés que nuestra época presta a la vida y a la salud.(Tapia,2003,p75).

El problema radica en conocer dónde se encuentra el punto fronterizo cuyo paso genera responsabilidad. En cada actuación médica, se debe tener conciencia de aquello que genera responsabilidad esta puede ser civil o penal, y la primera, de índole contractual o extracontractual.

Cualquier análisis teleológicamente determinado a la conceptualización de una determinada responsabilidad civil sanitaria recae siempre sobre el denominado acto médico, es decir, sobre la intervención ejecutada por el profesional sanitario que debe ser conforme a la *lex artis*, y adecuado a las circunstancias concretas del caso (*ad hoc*). (Soler, 2005,p223-227).

La responsabilidad puede ser contractual o extracontractual. En el primer caso deriva siempre de la relación contractual que nace de los pactos a que llegan los profesionales sanitarios con sus pacientes-clientes. Se trata del tipo de relación jurídica que se constituye principalmente en el ámbito de la medicina privada, de modo tal que cuando un paciente visita en su clínica particular o consulta a un médico u otro profesional sanitario, establece con él un vínculo obligacional del que nacen obligaciones para ambos, para el

paciente, principalmente, la de pagar y para el profesional, la de ejecutar aquello a lo que se ha comprometido.

Por otro lado el medico puede comprometerse a la obtención de un resultado concreto como es la curación o solo a la aplicación de todos los medios para el logro de un resultado. Si el medico se compromete a la curación, asumiría responsabilidad si no la logra. Y si a lo que se compromete es a poner los medios para lograr la curación, su responsabilidad se ceñirá sólo a la ejecución de los medios adecuados, pero no a su resultado. En el primer caso nos encontramos ante el denominado contrato de obra y en el segundo, ante un contrato de arrendamiento de servicios.(Soler,2005,p223-227)

La medicina, es una actividad de medios, de diligencia adecuada que no garantiza el acto terapéutico (la sanidad del enfermo); es decir que, como señala la sentencia del Tribunal Supremo de 24 de mayo de 1999, el médico no se compromete a curar, sino a intentar curar, estableciendo una obligación de medios (Soler,2005,p223-227).

La obligación de medios comprende: la utilización de todos los elementos que conozca la ciencia médica de acuerdo con las circunstancias crónicas y tópicas en relación a un paciente concreto y el otro aspecto es la información que se brinda al paciente, en cuanto sea posible o a sus familiares, sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y riesgos, muy especialmente en el supuesto de intervenciones quirúrgicas, cuyo deber, en las afecciones crónicas, con posibles recidivas, degeneraciones o evolutivas, se extiende a los medios que comporta el control de la enfermedad. Y por último sobre la continuidad del tratamiento hasta el alta.(Soler,2005,p223-227)

Por el contrario, la responsabilidad extracontractual surge de aquellos casos en los que la relación médico-paciente no tiene como base jurídica una relación contractual. El ejemplo típico es el de la medicina pública, donde ni en el médico ni, desde luego, de forma absoluta en el paciente hay elección en el establecimiento de la relación personal.(Soler,2005,p223-227)

Al médico, no puede exigírsele la obligación de obtener un resultado de recuperación del enfermo porque no se trata de una ciencia de garantía de resultados. Lo que se le exige es que ponga todos los medios a su alcance para la deseable curación del enfermo, y es cuando el cumplimiento de tal obligación se produce cuando surge la responsabilidad y, por tanto, la obligación de reparar.

Esta situación nos introduce en el espinoso tema del carácter que la responsabilidad médica tiene para la jurisprudencia, si la misma nace de culpa, negligencia o impericia o si deriva, simplemente, de un mal resultado y, consecuentemente, si, de exigirse aquella impericia, ha de ser probada por quien la alega o si se presume que el médico ha actuado mal y debe probar, en sede procesal judicial, que su actuación ha sido correcta.

Por lo tanto, cuando al médico se exige, una actividad de medios, la responsabilidad tiene siempre un carácter eminentemente subjetivo, de manera tal que es preciso acreditar que existe algún tipo de culpa en el proceso curativo para derivar responsabilidades.

En la responsabilidad civil medica existen los factores de atribución que se pueden definir como las causales por las cuales el ordenamiento jurídico hace responder a una persona por un daño causado sea directa o indirectamente pudiendo clasificarse en objetivos (garantía, riesgo creado, abuso del derecho y la equidad) y

subjetivos (la culpa, leve grave o inexcusable y el dolo).(Carhuatocto,2010,p38)

En el caso de la responsabilidad por daños médicos el factor de atribución más utilizado es el subjetivo, en ese contexto la presencia del dolo, esto es la intención de causar un daño mediante un acto médico es encaminado habitualmente a la vía penal como un delito de lesiones leves, graves u homicidio, empero si no se constituye como parte civil en el proceso penal, el afectado o la familia puede reclamar la indemnización por daños en un proceso civil independiente.

Por otra parte, la culpa se puede definir como el apartamiento de la conducta estándar o razonable de un profesional médico, que aunque no desea la producción del daño, no se comporta diligente para evitar dicho acontecimiento. En ese sentido, se deberá tener en cuenta la probabilidad de ocurrencia de un daño médico si no toma una precaución, la magnitud y el costo de la adopción de una medida de precaución necesaria para evitar el daño médico.(Carhuatocto,2010,p42)

Los presupuestos para que exista responsabilidad civil médica son: a) antijuricidad; b) obligación incumplida, sea convencional o legal, (asistencia médica). La infracción del deber médico de brindar asistencia médica de calidad puede ser por torpeza, imprudencia, falta de atención, la negligencia o la inobservancia de las reglas del arte y la técnica de curar ("lex artis"), la que será determinada por el peritaje médico legal. (Carhuatocto,2010,p 62).

Como consecuencia de la infracción del deber funcional del profesional médico, se produce un daño a la salud del paciente, ya sea somático, psíquico o moral, así como los familiares, si es que ha provocado su fallecimiento o incapacidad. En ese contexto, los perjuicios ocasionados pueden ser pecuniarios, por gastos médicos

resultantes de haberse alargado la enfermedad o de haber tenido que recurrir a consultas externas. (Caruatocoto,2010,p 62)

El daño para ser imputable al profesional médico y/o centro asistencial se debe establecer la relación causal entre el acto médico y el resultado dañoso. En ese orden, la responsabilidad médica tiene una relación directamente proporcional a la previsibilidad del hecho, a mayor previsibilidad mayor responsabilidad y a menor previsibilidad menor responsabilidad. (Carhuacoto,2010)

Finalmente un aspecto importante que debemos agregar es el criterio utilizado por el Código sustantivo para distinguir las dos zonas de la responsabilidad civil es la relación obligacional y no el contrato, por lo cual debería hablarse correctamente de “responsabilidad obligacional” y de “responsabilidad extraobligacional” (Sedano,2000).

La responsabilidad obligacional es la que genera la obligación de reparar el daño, por el incumplimiento de un deber jurídico específico y previamente establecido, denominado “relación jurídica obligatoria”; en tanto que la responsabilidad extraobligacional será consecuencia del incumplimiento de un deber jurídico genérico (no causar daño a los demás), sin que exista entre los sujetos ningún vínculo obligacional previo (Taboada,2001,p27)

2.3.- Definiciones conceptuales

2.3.1.- Acto médico: Comprende todas aquellas actividades que profesionalmente deben cumplirse en relación con la atención que debe brindarse al paciente. El acto médico tiene tres momentos: el diagnóstico, el tratamiento y el postratamiento. (Morón y Ramírez,2002)

2.3.2.- Error de diagnóstico: Es todo diagnóstico que no se ha tenido en consideración o no ha sido detectado, es incorrecto o tardío, donde intervienen varios factores, entre los cuales se tiene al factor humano, organizacional y técnico. (Alvarez,2013,p 1).

2.3.3.- Factor humano: está relacionado a las equivocaciones que cometen los profesionales médicos por la confluencia de malos eventos individuales, cognitivos, físicos, psicológicos, laborales y de comunicación.(Villatoro,2011,p139-146)

2.3.4.- Factor organizacional: está relacionado con la falta de personal capacitado en el manejo de la administración de los servicios de salud enfocada en una cultura de atención de calidad y la falta de una organización en el manejo de la seguridad del paciente. (Villatoro,2011,p139-146)

2.3.5.- Factor técnico: está relacionado con una implementación tecnológica de avanzada y moderno en los servicios de salud con el cual se produce cambios favorables, pero en otras ocasiones esto no es así generando fallas en el sistema de salud.(Villatoro,2011,p 139-146)

2.3.6.- La responsabilidad civil: es la existencia de un daño, de la existencia de una reparación, pero que tiene que haber un nexo causal. Es decir, tiene que haber una consecuencia lógica de la existencia del daño causado y quien, supuestamente, ocasionó ese daño. (Varsi,1998, p 135-146)

2.3.7.- Responsabilidad civil médica: es aquella que se genera en ejecución de un acto médico realizado por profesionales de la medicina incumpliendo las reglas de esta profesión o con ocasión de su ejercicio profesional abusan de sus facultades para cometer conductas ilícitas ocasionando no solo un daño a la vida y salud del

paciente sino en otros derechos fundamentales.(Carhuatocto, 2010, p 90)

2.3.8.- La responsabilidad subjetiva: es aquella en la cual la persona actúa de una manera diligente y no existe ningún tipo de medio peligroso por la cual pueda causar un daño, esa es la responsabilidad subjetiva. (Varsi,1998,p135-146)

2.3.9.- La responsabilidad objetiva: es aquella en la que la persona actúa de una manera dolosa o de una manera culposa y adicionalmente tiene un elemento que sí puede causar un peligro por las consecuencias dañosas contra otra persona. (Varsi,1998,p135-146)

2.3.10.- Imprudencia: Es la falta de prudencia, cordura o moderación. En ella hay insensatez, ligereza y precipitación. La imprudencia viene a ser una conducta positiva que consiste en hacer más de lo que debería hacer. (Ginocchio, 2008, p1-3; Gavilanes,2011,p45, Carhuatocto,2010,p94)

2.3.11.- Negligencia: Es la práctica médica deficiente, con descuido y desatención. Es hacer menos de lo que se debería hacer. (Ginocchio, 2008, p 1-3; Gavilanes,2011,p48, Carhuatocto, 2010, p94)

2.3.12.- Impericia: Esta genéricamente determinada por la insuficiencia de conocimiento para la atención del caso, que se presume y se consideran adquiridos, por la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión, asimismo es la incapacidad técnica para el ejercicio de una función determinada. Existe una impericia absoluta cuando se obra fuera del campo en que uno estaba autorizado por el propio título académico. Existe impericia relativa cuando aún estando autorizado por el propio título profesional se muestra

escasa competencia técnica. (Ginocchio, 2008,p 1-3; Gavilanes,2011, p50, Carhuatocto,2010,p94)

2.3.13.- Culpa médica: consiste en un comportamiento que se aparta de los usos normales de la medicina, ya sea por ignorancia de la técnica apropiada o por una actitud temeraria en el acto médico.(Pizarro,2008,p 541)

2.4.- Hipótesis

2.4.1.- Hipótesis general

2.4.1.1.- Existe relación entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

2.4.2.- Hipótesis específicas

2.4.2.1.- Existe relación entre el factor humano y la impericia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

2.4.2.2.- Existe relación entre el factor organizacional y la negligencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

2.4.2.3.- Existe relación entre el factor técnico y la imprudencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

2.5.- Variables

2.5.1.- Variable independiente

Error de diagnóstico

2.5.2.- Variable dependiente

Responsabilidad civil médica

2.6.- Operacionalización de las variables

Variab les	Definición conceptual de la variable	Definición operacionalización de la variable	Dimensiones	indicadores	Escala de Medición
error de diagnóstico	Es el fracaso de aplicar completamente una acción planeada según la intención o del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (Instituto of Medicine, 1999)	es la acción desafortunada o equivocada durante el proceso de conocer la causa de una enfermedad.	factor humano	Establece errores atribuidos al factor humano	Ordinal
			factor organizacional	Establece errores atribuidos con el factor organización	Ordinal
			factor técnico	Establece errores atribuidos con el factor técnico	Ordinal
Responsabilidad civil medica	Es aquella que se genera en ejecución de un acto médico realizado por profesionales de la medicina incumpliendo las reglas de esta profesión o con ocasión de su ejercicio profesional abusan de sus facultades para cometer conductas ilícitas ocasionando no solo un daño a la vida y salud del paciente sino en otros derechos fundamentales. (Caruatocto, 2010, p 90)	Es el acto médico que ha ocasionado daño y consiste en la obligación de reparar o compensar estos daños derivados.	Imprudencia	Establece factores relacionados con la imprudencia	Ordinal
			Negligencia	Establece factores relacionados con la negligencia	Ordinal
			Impericia	Establece factores relacionados con la impericia	Ordinal

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

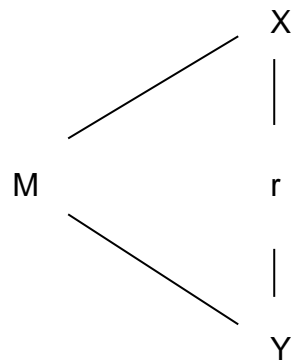
3.1.- Método y diseño

3.1.1.- Método de investigación

El estudio fue proyectado para aplicar el método científico, que según Pineda (1994,p 22) refiere que es el “conjunto de postulados, principios, operaciones y reglas que orientan a la investigación para alcanzar el resultado propuesto”.

3.1.2.- Diseño de investigación

Según Hernández et al (2003,p 184), el diseño se refiere “al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea”. El diseño correccional grafico es el siguiente (Diaz,2010,p 33):



Leyenda:

M: muestra

X : variable independiente = error de diagnóstico.

Y : variable dependiente = responsabilidad civil médica

3.2.- Tipo y nivel de investigación

3.2.1.- Tipo

El tipo de investigación científica es cuantitativa, donde la información que se recolecta y analiza son datos cuantitativos o numéricos de las variables de estudio. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población. El principal objetivo del enfoque cuantitativo es explicar.(Hernández,2003; Pineda,p 81). Además, la investigación fue de tipo prospectivo, transversal, observacional y descriptivo (Pineda, p81-82)

3.2.2.- Nivel de investigación

La investigación tiene un nivel correlacional, tal como lo señala Hernández et al (2003,p 124), afirmando que “los estudios

correlacionales, tienen el propósito de evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables”.

3.3.- Población y muestra

La población, es considerada como el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación (Pineda, 1994,p 108). En nuestro estudio la población estuvo conformada por todos los médicos que laboran en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo (N), que laboraron durante el mes de noviembre del 2015, la cual constituyó de 132 médicos.

La muestra, es un subconjunto o parte de la población en el que se realiza la investigación con el propósito de generalizar los hallazgos al todo (Pineda,p108).

La muestra para ser representativa debe poseer las características básicas del todo. Según Hernández et al (2003,p307), la muestra probabilística es esencial en los diseños de investigación transversal cuantitativa, para lo cual es fundamental determinar el tamaño de la muestra, siendo el principal objetivo reducir el tamaño del error de la investigación.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó, según lo establecido por varios investigadores tales como: Hernández et al (2003,p307-310), Díaz (2010,p46), y Villatoro (2011):

$$n = \frac{Z\alpha^2 (pxq)}{E^2}$$

n = muestra

Z α = 1.96

e = error = 5% = 0.05

p = probabilidad de error de diagnóstico = 4.1% = 0.041

q= probabilidad de que no exista error de diagnóstico (1-p)

q= 1-0.045 = 0.959 = 95.9%

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.041 \times 0.959)}{(0.05)^2} = 60.4$$

$$n = 61$$

Para la determinación de la muestra final se procedió con la aplicación del método probabilístico aleatorio simple, hasta completar 64 médicos (n), número mayor a lo mínimamente exigido para ser una muestra representativa. Además se ha considerado los siguientes criterios de inclusión: médico que estuvo laborando en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo durante el mes de noviembre del 2015, aceptación de participar en el estudio mediante la firma de consentimiento informado y ser varón o mujer. Los criterios de exclusión fueron: médico que se encuentra de vacaciones, con licencia laboral o que no desea participar.

3.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1.- Para la recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta que consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias (1994,p 129).

El instrumento de recolección de datos empleado fue un cuestionario, donde las preguntas y respuestas para obtener la información son formuladas por escrito, y no se requiere la presencia del investigador. Además, el cuestionario fueron aplicados a la

fueron la fuente primaria de información en este caso a los médicos. (Hernández, 2003; Díaz, 2010, Pineda, p129)

3.4.2.- Para la presentación de datos

Los principales hallazgos de la investigación son mostrados en tablas y gráficos, para lo cual se utilizó el programa Excel.

3.4.3.- Para el análisis y la interpretación de los datos

Los datos fueron procesados con el programa Excel y analizados aplicando la estadística descriptiva e inferencial, para lo cual se empleó paquete estadístico SPSS 22.

Se utilizó la prueba de correlación para determinar la asociación entre variables. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Los pasos seguidos en la prueba de hipótesis fueron: formular la hipótesis nula (H_0) y la hipótesis alterna (H_a) de acuerdo al problema, seguidamente se eligió el nivel de significancia o riesgo que fue un valor de $p < 0.05$, posteriormente se determinó el estadígrafo más apropiado, que para el caso específico del estudio fue la prueba de correlación de Rho de Spearman (r_s), luego se determinó el valor del coeficiente de la prueba estadística y al final se procedió a contrastar las hipótesis, según el valor de p hallado. Si el valor de p hallado estuvo comprendido en la región crítica ($p \leq 0.05$) entonces se rechaza la hipótesis nula, se acepta la hipótesis alterna. En otra, situación si se obtiene un valor de $p > 0.05$, se acepta la hipótesis nula (H_0), entonces se rechaza la hipótesis alterna (H_a).

Para el análisis estadístico correspondiente se formuló las hipótesis correlacional, que corresponden a los estudios

correlacionales, que especifican las relaciones entre dos o más variables (Hernández et al,2003, p 149-175).

Según Martínez et al (2009,p 9), las escalas de interpretación de la correlación de Spearman (r_s) son: Correlación negativa perfecta (-1.0), correlación negativa fuerte moderada débil (-0,5), ninguna correlación (0), correlación positiva moderada fuerte (+0.5) y correlación positiva perfecta (+1.0).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1.- Procesamiento de datos

Se incluyó en el estudio 64 (100%) médicos, 78.13%(50) fueron varones y 21.87%(14) fueron mujeres, el promedio de edad fue de 42.28+- 11.63 años (rango: 25 a 66).

Tabla N° 1

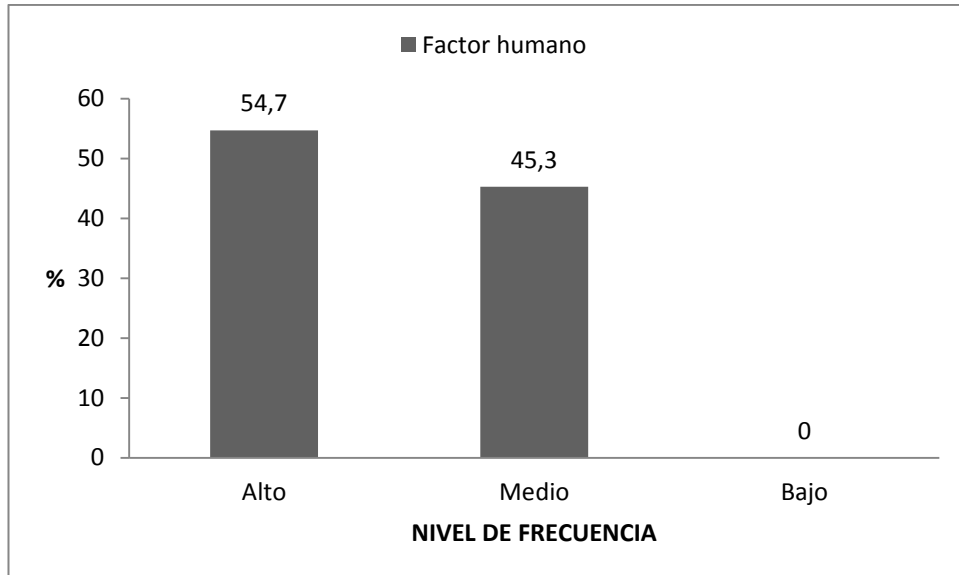
Nivel de frecuencia del factor humano en el error de diagnóstico

Nivel de frecuencia	Factor humano	
	n	%
Alto	35	54,7
Medio	29	45,3
Bajo	0	0,0
Total	64	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 1

Nivel de frecuencia del factor humano en el error de diagnóstico



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 1, nivel de frecuencia del factor humano en el error de diagnóstico.

Como se observa en la Tabla N° 1 y Gráfico N° 1, el factor humano dado por la pobre o nula actualización médica, la falta de entrenamiento, el empleo del juicio medico inadecuado, la fatiga por el excesivo trabajo, la ausencia del sistema de control de calidad en la atención y la pobre comunicación entre compañeros de trabajo están relacionados con una mayor frecuencia de error de diagnóstico, encontrándose en un nivel alto (54.7%) y medio (45.3%).

Tabla N° 2

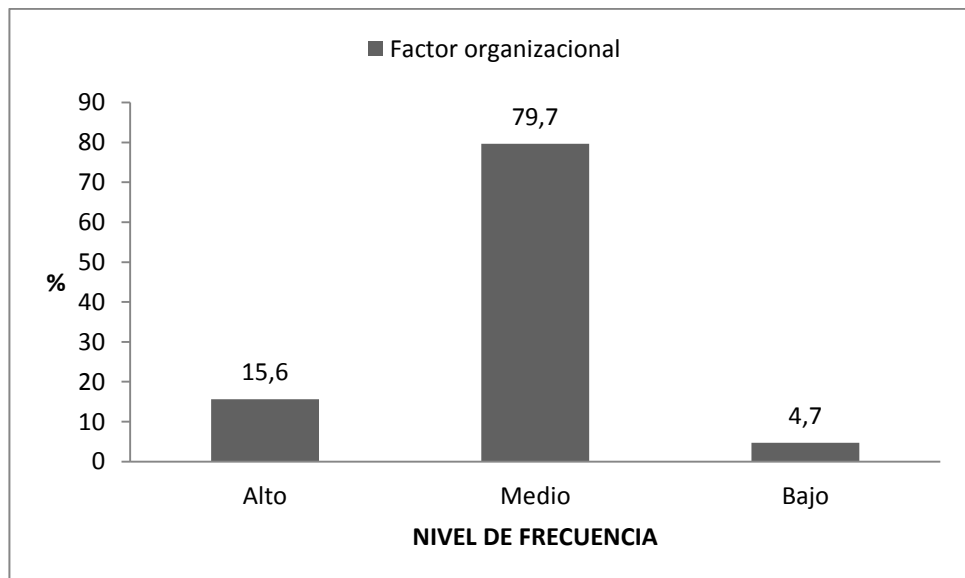
Nivel de frecuencia del factor organizacional en el error de diagnóstico

Nivel de frecuencia	Factor organizacional	
	n	%
Alto	10	15,6
Medio	51	79,7
Bajo	03	4,7
Total	64	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Tabla N° 2

Nivel de frecuencia del factor organizacional en el error de diagnóstico



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 2, nivel de frecuencia del factor organizacional en el error de diagnóstico.

Como se observa en la Tabla N° 2 y Gráfico N° 2, el factor organizacional de la institución prestadora de salud, que está dado por la ausencia de áreas laborales adecuadas, la excesiva demanda de pacientes en el servicio de emergencia, la falta de una lista de cotejos y el consecuente monitoreo de los mismos, la falta de liderazgo e incentivos laborales, la falta de recursos humanos y financieros y el mal manejo gerencial del servicio de salud, están relacionados con una mayor frecuencia de error de diagnóstico, encontrándose la mayoría de veces en un nivel medio (79.7%), alto (15,6%) y bajo (4,7%).

Tabla N° 3

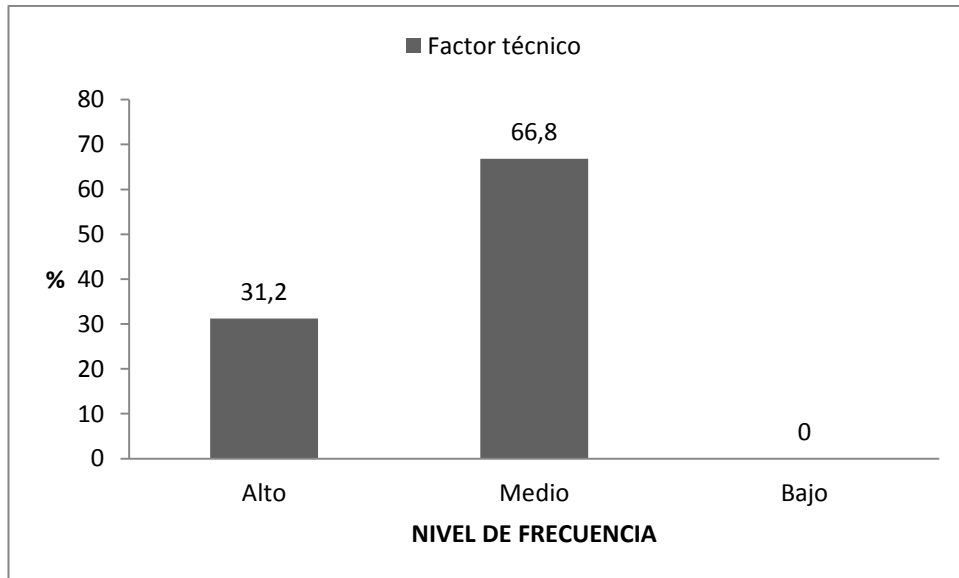
Nivel de frecuencia del factor técnico en el error de diagnóstico

Nivel de frecuencia	Factor técnico	
	N	%
Alto	20	31,2
Medio	44	66,8
Bajo	0	0,0
Total	64	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 3

Nivel de frecuencia del factor técnico en el error de diagnóstico



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 3, nivel de frecuencia del factor técnico en el error de diagnóstico.

Como se observa en la Tabla N° 3 y Gráfico N° 3, el factor técnico dado por la falta de equipo tecnológico adecuado y de vanguardia, la escasa o nula automatización de procesos técnicos, la falta de integración técnica del equipo de trabajo y la escasa información técnica de los directivos, del personal y de los familiares, según los encuestados estas situaciones están relacionadas con una mayor frecuencia de error de diagnóstico, encontrándose en un nivel medio (68.8%) y alto (31.2%).

Tabla N° 4

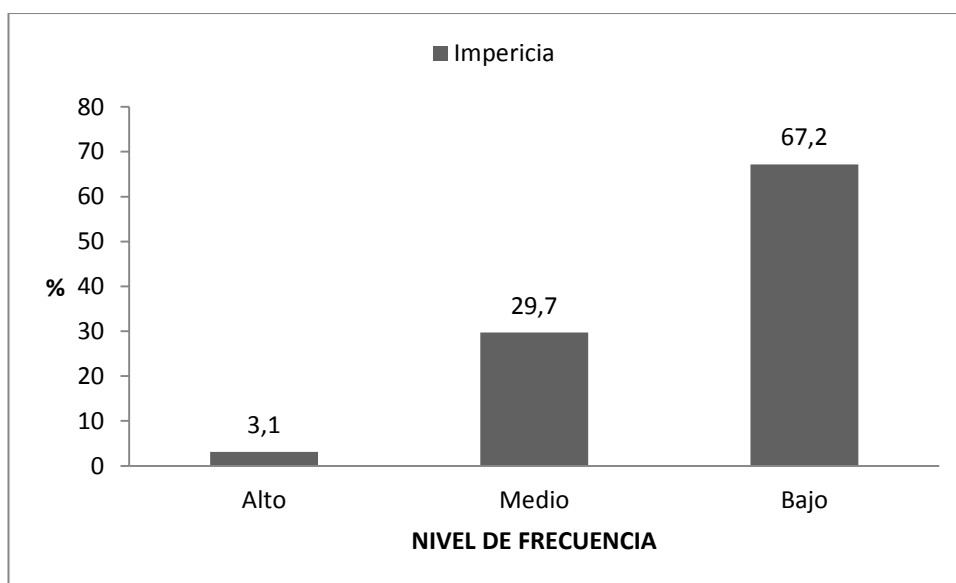
Nivel de frecuencia de la impericia en la responsabilidad civil médica

Nivel de frecuencia	Impericia	
	n	%
Alto	2	3,1
Medio	19	29,7
Bajo	43	67,2
Total	64	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 4

Nivel de frecuencia de la impericia en la responsabilidad civil médica



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 4, nivel de frecuencia de la impericia en la responsabilidad civil médica.

Como se observa en la Tabla N° 4 y Gráfico N° 4, el factor impericia está dado por la falta parcial o total de conocimientos básicos, por la falta parcial y total de conocimientos técnicos exigibles en el ejercicio del acto médico, también es considerado realizar mal el acto médico, estando

relacionados con mayor frecuencia a un nivel bajo (67.2%) y medio (29.7%) con la responsabilidad civil médica.

Tabla N° 5

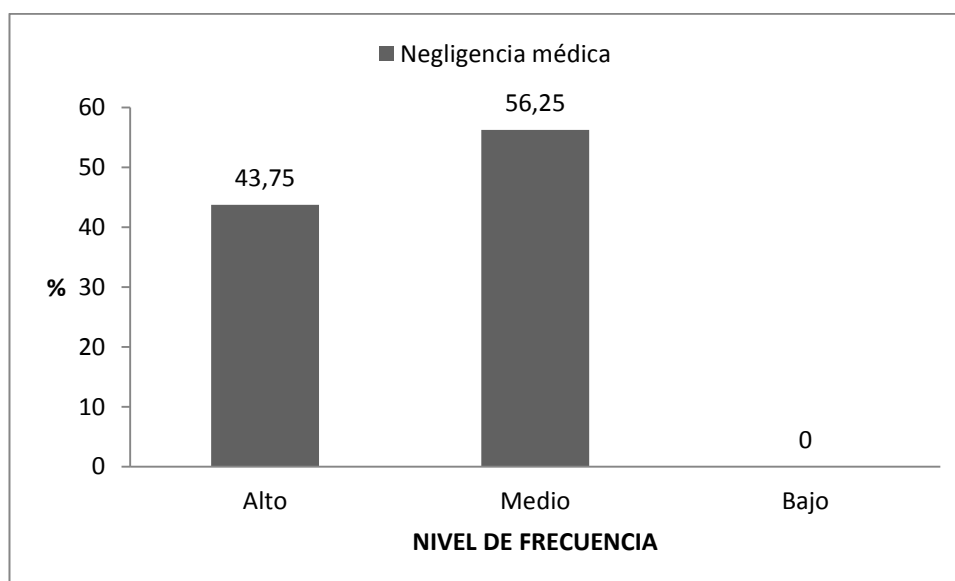
Nivel de frecuencia de la negligencia en la responsabilidad civil médica

Nivel de frecuencia	Negligencia médica	
	N	%
Alto	28	43,75
Medio	36	56,25
Bajo	0	0,00
Total	64	100,00

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 5

Nivel de frecuencia de la negligencia en la responsabilidad civil médica



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 5, nivel de frecuencia de la negligencia médica en la responsabilidad civil médica.

Como se observa en la Tabla N° 5 y Gráfico N° 5, el factor de negligencia médica que está dado por la realización de un acto médico

con descuido y omisión, no enfrentar un riesgo o peligro existiendo la obligación de hacerlo, realizar su actividad menos de lo que debe realizar, no medica cuando es necesario, no hospitaliza existiendo riesgos y no solicita estudios complementarios pertinentes, todas estas situaciones están relacionados con mayor frecuencia a un nivel bajo (70.3%) y medio (28.1%) con la responsabilidad civil médica.

Tabla N° 6

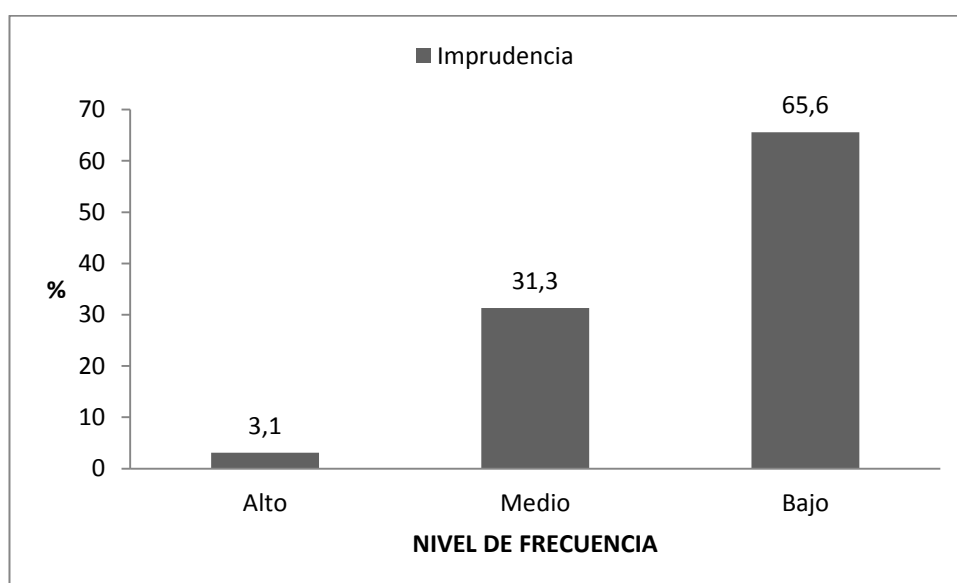
Nivel de frecuencia de la imprudencia en la responsabilidad civil médica

Nivel de frecuencia	Error de diagnóstico	
	n	%
Alto	2	3,1
Medio	20	31,3
Bajo	42	65,6
Total	64	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 6

Nivel de frecuencia de la imprudencia en la responsabilidad civil médica



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 6, nivel de frecuencia de la imprudencia en la responsabilidad civil médica.

Como se observa en la Tabla N° 6 y Gráfico N° 6, el factor imprudencia que está dado por la realización del acto médico haciendo más de lo que debe hacer con ligereza sin adoptar las precauciones adecuadas, asumir riesgos sin la necesidad de hacerlo, las cuales están relacionados con la frecuencia de una mayor responsabilidad civil, según la encuesta se encontró en un nivel bajo (65.6%) y medio (31.3%).

Tabla N° 7

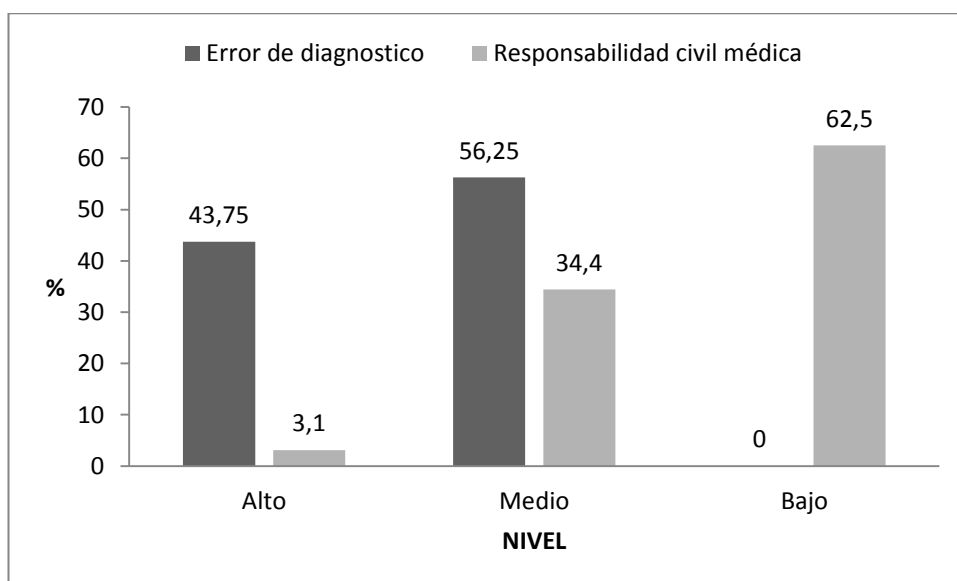
Relación entre error de diagnóstico y responsabilidad civil médica

Nivel de relación	Error de diagnóstico		Responsabilidad civil médica	
	n	%	n	%
Alto	28	43,75	2	3,10
Medio	36	56,25	22	34,40
Bajo	0	0,00	40	62,50
Total	64	100,00	64	100,00

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 7

Relación entre error de diagnóstico y responsabilidad civil médica



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 7, sobre error de diagnóstico y responsabilidad civil médica.

Tabla N° 8

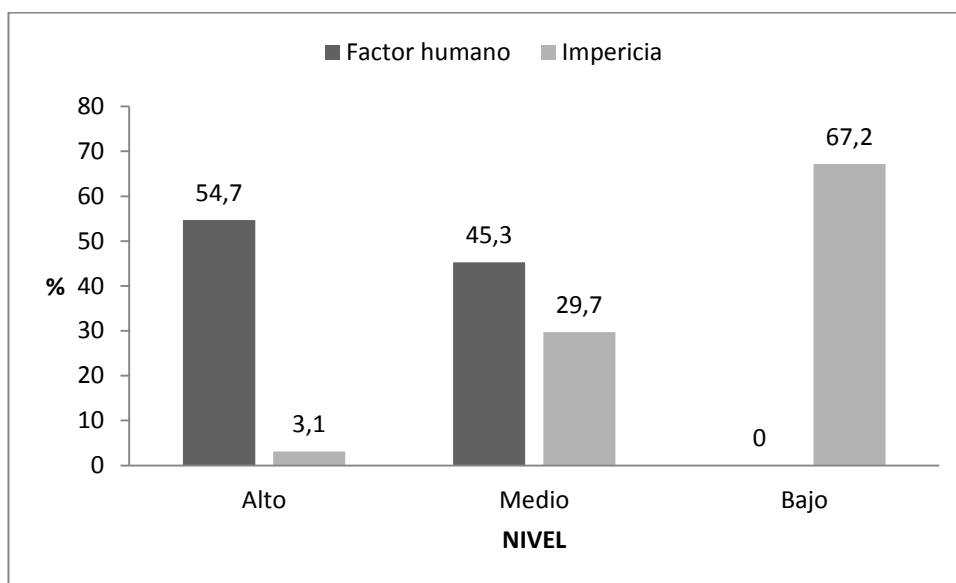
Relación entre factor humano e impericia

Nivel	Factor humano		Impericia	
	n	%	n	%
Alto	35	54,7	2	3,1
Medio	29	45,3	19	29,7
Bajo	0	0,0	43	67,2
Total	64	100,0	64	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 8

Relación entre factor humano e impericia



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 8, Factor humano e impericia

Como se observa en la Tabla N° 8 y Gráfico N° 8, el factor humano del error de diagnóstico se relaciona inversamente con la impericia de la responsabilidad civil médica.

Tabla N° 9

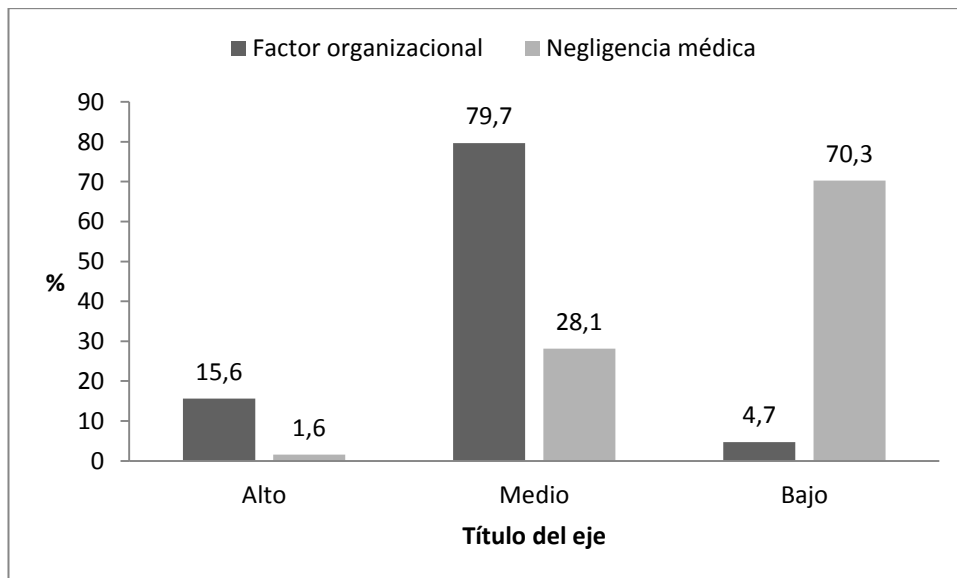
Relación entre factor organizacional y negligencia médica

Nivel	Factor organizacional		Negligencia	
	N	%	n	%
Alto	10	15,6	1	1,6
Medio	51	79,7	18	28,1
Bajo	03	4,7	45	70,3
Total	64	100,00	64	100,00

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 9

Relación entre factor organizacional y negligencia médica



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 9, sobre factor organizacional y negligencia médica.

Como se observa en la Tabla N° 9 y Gráfico N° 9, el factor organizacional del error de diagnóstico se relaciona inversamente con la negligencia de la responsabilidad civil médica.

Tabla N° 10

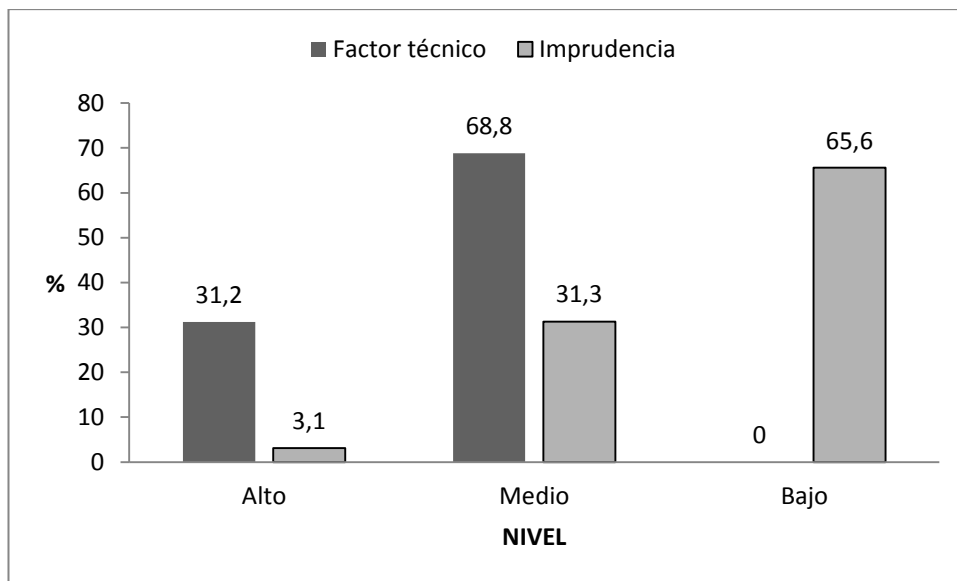
Relación entre factor técnico e imprudencia

Nivel	Factor técnico		Imprudencia	
	n	%	n	%
Alto	20	31,2	2	3,1
Medio	44	68,8	20	31,3
Bajo	0	0,0	42	65,6
Total	64	100,0	64	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos-noviembre 2015.

Gráfico N° 10

Relación entre factor técnico e imprudencia



Fuente: Elaborado de la Tabla N° 10, sobre factor técnico e imprudencia.

Como se observa en la Tabla N° 10 y Gráfico N° 10, el factor técnico del error de diagnóstico se relaciona inversamente con la imprudencia de la responsabilidad civil médica.

4.2.- Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis

4.2.1.- Hipótesis general

a).- **Ho:** No existe relación entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

Ha: Si existe relación entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

b).- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

c).- Prueba de hipótesis: Rho Spearman (r_s)

d).- Cálculos:

			Error de diagnóstico	Responsabilidad civil médica
Rho de Spearman	Error de diagnóstico	Coefficiente de correlación	1,000	-,500
		Sig. (bilateral)	.	,667
		N	3	3
Responsabilidad civil médica	Responsabilidad civil médica	Coefficiente de correlación	-,500	1,000
		Sig. (bilateral)	,667	.
		N	3	3

5.- Establecimiento de los criterios de decisión: para la prueba bilateral, se rechaza H_0 , en el nivel de significación α , si r_s calculado es mayor que el r_{s_t} del valor crítico de la tabla o menor que $-r_{s_t}$ del valor crítico de la tabla (valor crítico: $r_{s_t} : - 0.988$).

Conclusión: Según la prueba de correlación de Rho de Spearman se obtuvo un valor de $r_s = - 0.5$, con un nivel de significación de $p >$

0.05, la cual no representa que existe una correlación negativa media, porque es mayor que el valor crítico previsto por lo tanto no se rechaza la hipótesis nula (H_0)

4.2.2.- Hipótesis específica 1

a).- H_0 = No existe relación entre el factor humano y la impericia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

H_a = No existe relación entre el factor humano y la impericia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

b).- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

c).- Prueba de hipótesis: Rho Spearman (r_s)

d).- Cálculos:

Correlaciones			Factor humano	Impericia
Rho de Spearman	Factor humano	Coefficiente de correlación	1,000	-1,000**
		Sig. (bilateral)	.	.
		N	3	3
	Impericia	Coefficiente de correlación	-1,000**	1,000
		Sig. (bilateral)	.	.
		N	3	3

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

5.- Establecimiento de los criterios de decisión: para la prueba bilateral, se rechaza H_0 , en el nivel de significación α , si r_s calculado es mayor que el r_{s_t} del valor crítico de la tabla o menor que $-r_{s_t}$ del valor crítico de la tabla (valor crítico: $r_{s_t} : - 0.988$).

Conclusión: Según la prueba de correlación de Rho de Spearman se obtuvo un valor de $r_s = -1.0$, con un nivel de significación de $p < 0.05$, la cual representa que existe una correlación negativa perfecta, porque es menor que el valor crítico previsto por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0), se acepta la hipótesis alterna (H_a).

4.2.3.- Hipótesis específica 2

a).- H_0 = No existe relación entre el factor organizacional y la negligencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

H_a = Si existe relación entre el factor organizacional y la negligencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

b).- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

c).- Prueba de hipótesis: Rho Spearman (r_s)

d).- Cálculos:

			Factor organizacional	Negligencia médica
Rho de Spearman	Factor organizacional	Coefficiente de correlación	1,000	-,500
		Sig. (bilateral)	.	,667
		N	3	3
	Negligencia médica	Coefficiente de correlación	-,500	1,000
		Sig. (bilateral)	,667	.
		N	3	3

5.- Establecimiento de los criterios de decisión: para la prueba bilateral, se rechaza H_0 , en el nivel de significación α , si r_s calculado es mayor que el r_{s_t} del valor crítico de la tabla o menor que $-r_{s_t}$ del valor crítico de la tabla (valor crítico: $r_{s_t} : - 0.988$).

Conclusión: Según la prueba de correlación de Rho de Spearman se obtuvo un valor de $r_s = - 0.5$, con un nivel de significación de $p > 0.05$, la cual no representa que existe una correlación negativa media, porque es mayor que el valor crítico previsto por lo tanto no se rechaza la hipótesis nula (H_0)

4.2.4.- Hipótesis específica 3

a).- H_0 = No existe relación entre el factor técnico y la imprudencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

H_a = Existe relación entre el factor técnico y la imprudencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

b).- Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

c).- Prueba de hipótesis: Rho Spearman (r_s)

d).- Cálculos:

			Factor técnico	Imprudencia
Rho de Spearman	Factor técnico	Coefficiente de correlación	1,000	-,500
		Sig. (bilateral)	.	,667
		N	3	3

Imprudencia	Coefficiente de correlación	-,500	1,000
	Sig. (bilateral)	,667	.
	N	3	3

5.- Establecimiento de los criterios de decisión: para la prueba bilateral, se rechaza H_0 , en el nivel de significación α , si r_s calculado es mayor que el r_{s_t} del valor crítico de la tabla o menor que $-r_{s_t}$ del valor crítico de la tabla (valor crítico: $r_{s_t} : - 0.988$).

Conclusión: Según la prueba de correlación de Rho de Spearman se obtuvo un valor de $r_s = - 0.5$, con un nivel de significación de $p > 0.05$, la cual no representa que existe una correlación negativa media, porque es mayor que el valor crítico previsto por lo tanto no se rechaza la hipótesis nula (H_0)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1.- Contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas.

El error de diagnóstico o la equivocación en que puede incurrir el médico durante el proceso de la determinación del padecimiento de la enfermedad o de la patología que padece un paciente es atribuido a múltiples factores, entre los más importantes se señalan al factor humano, al factor organizacional institucional y al factor técnico. En este contexto el error de diagnóstico puede estar relacionado con la presencia de la responsabilidad civil médica, y esta es consecuencia de una impericia, imprudencia y negligencia médica. En el estudio que se desarrolló se encontró una relación inversa entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica, pero que esta no es estadísticamente significativa.

Según Salazar (2015), la tasa de errores de diagnóstico oscila entre el 0.6% y el 12% con algunas estimaciones que llegan al 15%, además la tasa de efectos médicos indeseados cuando se cometen estos errores, se encuentra entre 6.9% y 17%.

Cualquier análisis teleológicamente determinado a la conceptualización de una determinada responsabilidad civil sanitaria recae siempre sobre el denominado acto médico, sobre la intervención ejecutada por el profesional sanitario que debe ser conforme a la *lex artis*, y adecuado a las circunstancias concretas del caso.(Soler, 2005,p223-227). Por lo tanto el médico debe basar su trabajo en la *lex artis*, es por ello la importancia de conocer el desarrollo de su accionar durante la atención que brinda al paciente.

Según Carhuatocto (2010,p38), en la responsabilidad civil médica existen los factores de atribución que se pueden definir como las causales por las cuales el ordenamiento jurídico hace responder a una persona por un daño causado sea directa o indirectamente pudiendo clasificarse en objetivos (garantía, riesgo creado, abuso del derecho y la equidad) y subjetivos (la culpa, leve, grave o inexcusable y el dolo).

En nuestro estudio analizamos el factor humano que está dado por la pobre o nula actualización médica, la falta de entrenamiento, el empleo del juicio medico inadecuado, la fatiga por el excesivo trabajo, la ausencia del sistema de control de calidad en la atención y la pobre comunicación entre compañeros de trabajo, las cuales fueron encontrados con una mayor frecuencia de error de diagnóstico, encontrándose en un nivel alto (54.7%) y medio (45.3%).

El factor humano se encontró relacionado inversamente con el factor impericia está dado por la falta parcial o total de conocimientos básicos, por la falta parcial y total de conocimientos técnicos exigibles en el ejercicio del acto médico, también es considerado realizar mal el acto médico, estando relacionados con mayor frecuencia a un nivel bajo (67.2%) y medio (29.7%) con la responsabilidad civil médica.

Según Phua y Tan (2013, p 33), señala que cuando se aborda el error médico se debe considerar el “error fundamental de atribución” que combina elementos emocionales y cognitivos, se produce cuando el

profesional interpreta que las conductas de los pacientes se deben en exclusiva a las disposiciones y rasgos internos de estos, dejando de lado la influencia de las circunstancias en las que ocurre el comportamiento.

Estos aspectos a considerarse son: agotamiento físico y mental, exceso de confianza, vacilación, timidez, rutina, inadecuada información y orientación, fallos en la docencia, demoras en la atención, aplicación de nuevas tecnologías, fallo en la farmacovigilancia, accidentes, inadecuada relación médico-paciente, transfusiones de sangre no segura, inadecuados métodos de trabajo, no actualización o cumplimiento de normas o buenas prácticas, falta de equidad, errores de escritura y lectura, inyección y vacunación no segura, investigaciones diagnósticas no seguras, defectos de recursos, equipos y de organización y falta de requisitos de calidad (Villatoro, 2011, p139; Phua y Tan, 2013,p33).

El factor impericia que está dado por la realización de un acto médico haciendo más de lo que se debe hacer con ligereza sin adoptar las precauciones adecuadas, asumir un riesgo sin la necesidad de hacerlo, tener una actuación médica precipitada sin prever las consecuencias que se deriven de ello, están relacionados con mayor frecuencia a un nivel bajo (67.2%) y medio (29.7%) con la responsabilidad civil médica.

Si se considera al factor organizacional de la institución prestadora de salud como un factor de atribución asociado al error de diagnóstico, esta situación puede estar dado por la ausencia de áreas laborales adecuadas, la excesiva demanda de pacientes en el servicio de emergencia, la falta de una lista de cotejos y el consecuente monitoreo de los mismos, la falta de liderazgo e incentivos laborales, la falta de recursos humanos y financieros y el mal manejo gerencial del servicio de salud, que están relacionados con una mayor frecuencia de error de diagnóstico, encontrándose la mayoría de veces en un nivel medio (79.7%), alto (15,6%) y bajo (4,7%).

Por otro lado, tenemos el factor de negligencia médica que está dado por la realización de un acto médico con descuido y omisión, no enfrentar

un riesgo o peligro existiendo la obligación de hacerlo, realizar su actividad menos de lo que debe realizar, no medica cuando es necesario, no hospitaliza existiendo riesgos y no solicita estudios complementarios pertinentes, todas estas situaciones están relacionados con mayor frecuencia a un nivel bajo (70.3%) y medio (28.1%) con la responsabilidad civil médica.

Según lo refieren varios juristas, un origen importante de los errores de diagnóstico son atribuidos a los errores del sistema, estos se presentan cuando un diagnóstico es retrasado o no se realiza debido a las fallas latentes en los sistemas de salud. (Graber et al,2002, p 981; Arimany, 2012,p59; Ceriani,2015,p195).

Según Leape (2004,p258) sostiene que la mayoría de los errores médicos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización.

Según Hernández (2002), en su tesis doctoral, refiere que la principal causa de malpraxis medica es la falta de información al paciente y secundariamente, a la falta de cuidados durante la atención médica (historias clínicas deficientes, despersonalización en la asistencia, medios complementarios insuficientes e incumplimiento de protocolos), dentro de este contexto se han incrementado las denuncias por malpraxis lo que ha traído como consecuencia la práctica de una medicina “defensiva”. La misma, que tiene connotaciones negativas, pero también algunas positivas, como son el estímulo para una adecuada atención al paciente y el cuidado que se debe tener con el cumplimiento de estándares.

Según Tapia T y Tapia V (2010), concluye que la mala práctica médica consiste en la falta del deber de cuidado, que en materia civil es sancionada por daños y perjuicios ocasionados a la víctima o damnificados indirectos.

Al médico, no puede exigírsele la obligación de obtener un resultado de recuperación del enfermo porque no se trata de una ciencia de garantía de resultados. Lo que se le exige es que ponga todos los medios a su alcance para la deseable curación del enfermo, y cuando se incumple tal obligación es cuando surge la responsabilidad y, por tanto, la obligación de reparar.

El factor técnico en el error de diagnóstico está dado por la falta de equipo tecnológico adecuado y de vanguardia, la escasa o nula automatización de procesos técnicos, la falta de integración técnica del equipo de trabajo y la escasa información técnica de los directivos, del personal y de los familiares, según los encuestados estas situaciones están relacionados con una mayor frecuencia de error de diagnóstico, encontrándose en nuestro estudio dentro de un nivel medio (68.8%) y alto (31.2%).

Así mismo, se analiza el factor imprudencia que está relacionado con la responsabilidad civil médica, que está dado por la realización del acto médico haciendo más de lo que debe hacer con ligereza sin adoptar las precauciones adecuadas, asumir riesgos sin la necesidad de hacerlo, las cuales están relacionados con la frecuencia de una mayor responsabilidad civil, según la encuesta se encontró en un nivel bajo (65.6%) y medio (31.3%).

En nuestra serie investigada, se encontró que existe relación inversa media entre el factor técnico y la imprudencia. La doctrina refiere que la medicina es una de las actividades profesionales más expuestas en la actualidad al riesgo de acciones de indemnización de perjuicios, el paso hacia el siglo XXI parece estar dominado por la búsqueda de una seguridad sanitaria absoluta, testimonio del interés que nuestra época presta a la vida y a la salud. (Tapia,2003,p75). En ese sentido el médico está obligado a ser diligente cuando realiza el acto médico, aun empleando tecnología de última generación..

Por ultimo debemos mencionar, lo que dice Morón y Ramírez (2002), que es importante que los médicos deben tomar conciencia de que su relación profesional con el paciente, se desenvuelve dentro del marco jurídico de la responsabilidad civil, en la cual el paciente es poseedor de una serie de derechos para obtener la indemnización de los perjuicios que pudiera llegar a sufrir. Concordante con lo que menciona Pizarro (2008;p541), quien señala que los médicos tienen la obligación de medios y no de resultados, porque se comprometen hacer todo lo posible para lograr una curación pero no aseguran un resultado específico o concreto.

5.2.- Presentación de las prueba de hipótesis

5.2.1.- Hipótesis general.

En el presente estudio, según la prueba de hipótesis aplicada (correlación de spearman, r_s) con un nivel de significancia del 5%, el valor crítico previsto es de $r_{s_t} = - 0.988$. El valor estimado del coeficiente de correlación de Spearman es de $r_s = -0.5$, la cual es superior al valor crítico previsto entonces no se rechaza la hipótesis nula (H_0), y no se acepta la hipótesis alterna (H_a). Se concluye que el coeficiente de correlación es distinto de cero, es decir que existe una relación inversa media entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en los médicos encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

5.2.2.- Hipótesis específica 1.

En el presente estudio, según la prueba de hipótesis aplicada (correlación de spearman, r_s) con un nivel de significancia del 5%, el valor crítico es de $r_{s_t} = - 0.988$. El valor estimado del coeficiente de correlación de Spearman es de $r_s = -1.0$, la cual es inferior al valor crítico previsto entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0), y se acepta

la hipótesis alterna (H_a). Se concluye que el coeficiente de correlación es significativamente distinto de cero, es decir que existe una relación significativa inversa perfecta entre el factor humano y la impericia en los médicos encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

5.2.3.- Hipótesis específica 2.

En el presente estudio, según la prueba de hipótesis aplicada (correlación de spearman, r_s) con un nivel de significancia del 5%, el valor crítico previsto es de $r_{s_t} = - 0.988$. El valor estimado del coeficiente de correlación de Spearman es de $r_s = -0.5$, la cual es superior al valor crítico previsto entonces no se rechaza la hipótesis nula (H_0), y no se acepta la hipótesis alterna (H_a). Se concluye que el coeficiente de correlación es distinto de cero, es decir que existe una relación inversa media entre el factor organizacional y la negligencia médica en los médicos encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

5.2.4.- Hipótesis específica 3.

En el presente estudio, según la prueba de hipótesis aplicada (correlación de spearman, r_s) con un nivel de significancia del 5%, el valor crítico previsto es de $r_{s_t} = - 0.988$. El valor estimado del coeficiente de correlación de Spearman es de $r_s = -0.5$, la cual es superior al valor crítico previsto entonces no se rechaza la hipótesis nula (H_0), y no se acepta la hipótesis alterna (H_a). Se concluye que el coeficiente de correlación es distinto de cero, es decir que existe una relación inversa media entre el error el factor técnico y la imprudencia en los médicos encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.

5.3.- Análisis de la propuesta modificatoria del artículo 36 de la Ley General de Salud

El continuo avance de la ciencia en todas las ramas de la actividad hacen que surjan más métodos para resolver problemas técnicos y científicos, pero cuya eficiencia no ha sido del todo comprobado, además suele suceder que problemas de fácil solución a veces se manifiestan difíciles de resolver. Cuando el profesional médico pudiera incurrir en una falta sancionada por la normatividad, entonces debe asumir las consecuencias de ello.

En ese orden de ideas, la normatividad sean estas leyes, reglamentos u otros documentos relacionados a la responsabilidad civil medica deben ser congruentes entre sí y de acuerdo al medio social. En ese contexto es importante resaltar la incompatibilidad entre los artículos 36 de la Ley General de Salud y el artículo 1762 del código civil. La normatividad especial regula toda la actividad profesional médica, en ese sentido la necesidad de buscar la innovación de las actividades científicas y no que las mismas sean neutralizadas, por lo tanto es posible flexibilizar la norma.

Del mismo modo cuando se hace una interpretación restrictiva de la norma que regula el acto médico, la doctrina afirma que el supuesto privilegio con que gozan los médicos, se refiere a la pericia y no a la diligencia de tal manera que sólo cuando el cumplimiento de la obligación implique un significativo grado de dificultad será posible aplicar el artículo 1762 del código civil. Por otro lado, se entiende a la pericia como el aspecto técnico de la diligencia, pero sino media tal dificultad, el profesional se encontrará sometido al régimen general de responsabilidad civil.

El artículo 36 de la Ley General de Salud, señala que los profesionales, técnicos y auxiliares son responsables por los daños y perjuicios que ocasionan al paciente por el ejercicio negligente ,

imprudente e imperito de sus actividades. Según esta norma especial ya no es indispensable la culpa inexcusable o el dolo para que el médico asuma responsabilidad, basta solo la falta de diligencia, para invocar la culpa leve.

Si se tiene en consideración que el artículo 1762 del código civil se aplica a las actividades profesionales en general y el artículo 36 de la Ley General de Salud a las actividades médicas en particular, en este contexto pudiera plantearse la existencia de esta antinomia normativa, la misma que debe ser corregida.

CONCLUSIONES

- 1.- Se determinó que no existe relación entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en los médicos encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015, donde se obtuvo un valor de $r_s = - 0.5$, con un valor de $p > 0.05$, la cual determina que esta relación inversa media no es significativa. .
- 2.- Se determinó que existe relación inversa entre el factor humano y la impericia en los médicos encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015, donde se obtuvo un valor de $r_s = - 1.0$, con un valor de $p < 0.05$, la cual determina que existe una correlación negativa perfecta significativa.
- 3.- Se determinó que no existe relación entre el factor organizacional y la negligencia en los médicos encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015, donde se obtuvo un valor de $r_s = - 0.5$, con un valor de $p > 0.05$, la cual significa que existe una correlación negativa media, pero que esta no es significativa.
- 4.- Se determinó que no existe relación inversa media entre el factor técnico y la imprudencia en los médicos encuestados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015, donde se obtuvo un valor de $r_s = - 0.5$, con un valor de $p > 0.05$, la cual determina que existe una correlación negativa media, pero que esta no es significativa.

RECOMENDACIONES

- 1.- A los médicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico recomendándoles realizar el acto médico con diligencia y en forma oportuna, cumpliendo estrictamente lo establecido en las guías de práctica clínica actualizada.
- 2.- A los establecimientos de salud para que establezcan una política institucional orientada a la calidad de la atención del paciente, con monitoreo permanente para disminuir los índices de error de diagnóstico y consecuentemente el incremento de la demanda por responsabilidad civil médica.
- 3.- Actualización médica profesional permanente, según el avance de la tecnología y la ciencia, para evitar las imprudencias e impericias que podrían devenir como consecuencia de su desconocimiento.
- 4.- Implementar las mejores condiciones laborales para realizar el acto médico con la prudencia del caso, e internalizar el trabajo en equipo, proporcionando la información pertinente y oportuna.
- 5.- Proponer la revisión de la normatividad relacionada con los casos de responsabilidad civil médica, para que las sanciones a determinarse sean adecuadas a la realidad y al avance tecnológico de la ciencia médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado, A.T. y Flores, G. (2009). Errores médicos. *Acta med. costarric* . 51(1):16-23.

Álvarez, G.A. (2013). Error médico. Definición. Estadísticas y Causas. *Apuntes sobre salud. Portafolio.co*. 8 de enero. Disponible en: <http://www.portafolio.co/opinion/blogs/apuntes-salud/error-medico-definicion-estadisticas-y-causas>. Obtenido el: 15 de 11 / 2015

Arimany, J. (2007). La Medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanitas. Humanidades médicas*. Temas del mes on line. Nº 12. p 1-26. 12 febrero.

Arimany, J.(2012). La responsabilitat Professional medica: Perspectiva de la situació actual. *Revista de la Real Academia de Catalunya*.27(2): 59-62

Blanco M, Hernández O, Bosch R, y Moreno M. (2002). Errores cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica bajo observación directa. *Rev Cubana Med Milit*. La Habana Cuba. 31(2):104-9.

Calabresi, G. (1984). *El Costo de los Accidentes - Análisis Económico y Jurídico de la Responsabilidad Civil*. Ed. Barcelona-España. Editorial. Ariel

Camara, N.T. (2003). Erro Médico e responsabilidade civil. *Suplemento de Derecho Medico*. Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/doctri/doctri.html>. Obtenido el 15/11/2015.

Cancio, M. (2001). *Líneas Básicas de la teoría de la imputación objetiva*. Ediciones Jurídicas Cuyo, México.

Carhuatocto, H.O. (2010). *La Responsabilidad civil médica: El caso de las infecciones intrahospitalarias*. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Derecho con Mención en Derecho Civil y Comercial. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Derecho y Ciencia Política. Unidad de Posgrado. Lima-Perú.

Ceriani, J. (2015). Errores de diagnóstico en la práctica médica. *Arch Argent Pediatr.*; 113(3): 194-195

Código Civil Peruano. (2015). *Artículo N° 1762*. Juristas Editores EIRL. Octubre 2015.

Díaz, A. (2010). *Construcción de Instrumentos de Investigación y Medición Estadística*. 1ra edición. Universidad Peruana Los Andes. Huancayo-Perú.

Do Pico, J. y Do Pico, C. (2003) Error en Medicina. Error en Diagnostico. Págs: 1-4. Recuperado de: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/articulos/error%20de%20medicina%20-%20error%20de%20diagnostico.pdf> , obtenido el 19/09/2015.

Denuncias de homicidios dolosos y culposos en cifras de la Policía Nacional del Perú, 2005-2013. (2015). Homicidios en el Perú Contándolos uno a uno 2011-2013. *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Disponible en: http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1193/cap04.pdf Obtenido el 19 /09/2015.

Gavilanes, C.G. (2011). *Responsabilidad penal en casos de mala práctica médica*. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Abogado. Universidad San Francisco de Quito. Ecuador. Quito, 1 de junio

Ginocchio, L.F. (2008). Negligencia Médica. *Monografías. Com.* Lima-Perú. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos55/negligencia-de-los-medicos/negligencia-de-los-medicos.shtml>. Obtenido el 19 de setiembre del 2015.

Graber M, Franklin N, Gordon R.(2005). Diagnostic Error in Internal Medicine. *Arch Intern Med*; 165: 1493-1499. doi:10.1001/archinte.165.13.1493

Graber M, Gordon R, Franklin N. (2002). Reducing Diagnostic Errors in Medicine: What is the goal? *Acad Med.* ; 77: 981-992.

Grille A. (2010). Sobre responsabilidad médica. Error de diagnóstico. *Revista del Sindicato de Médicos del Uruguay*. Recuperado de: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias94/art16.htm>. Obtenido el 10/10/2015

Hernández, A. (2002). *Responsabilidad por malpraxis medica, análisis del problema a través de encuestas a colegios oficiales de médicos y abogados*. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina. Córdoba.

Hernández R, Fernández C, Baptista P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Tercera Edición. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Herrada, E. (2014). *MINSA recibe 400 denuncias por negligencias médicas*. Diario la Primera. 11 de febrero. Lima Perú.

Institute of Medicine (1999). *Growing consensus about Medical Error*. chapter 1. To Err is Human Report. Building a safer Health Systems. Institute Of Medicine - IOM. Boston MA. EEUU. Disponible en: <http://books.nap.edu/catalog/9728.html> . Obtenido el: 19 de setiembre 2015.

Lee, T. (2002). A Broader Concept of Medical Errors. *N Engl J Med*; 347:1965-1967

Leape, L. (2004). Making health care safe: Are we up to it?. *J Ped Surg*; 39:258-266.

López, M.A. (2005). Implicaciones de los dictámenes periciales. *Revista Médico-Legal*. 29: 36-40.

Martin, C. (2012). *Análisis de la responsabilidad profesional medica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal*. Tesis doctoral .Universidad de Barcelona. España.

Martínez, L.A. (2011). *La Negligencia Médica y sus efectos en materia penal*. Trabajo investigativo para obtener el título de Licenciada en Derecho, en la Universidad Centro Americana, Facultad de Ciencias jurídicas. Managua Nicaragua.

Martínez R, Tuya L, Martínez M, Pérez A, Cánovas A.M.(2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Rev haban cienc méd* La Habana. Vol VIII, Nro 2.

Mezquita, J.F. (2006). El arte del diagnóstico. *Med Int Mex*; 22:246-52

Minguillo, L.L. y Sosa, E.M. (2015). *La responsabilidad penal en los profesionales médicos en el delito de homicidio culposo en la provincia de Chiclayo en el 2013*. Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú

Morón, M. y Ramírez, M.F. (2002). *Contrato de Seguro de Responsabilidad Civil Médica*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Jurídicas. Bogotá. Colombia.

Navarro-Sandoval C, Arones-Guevara S, Carrera-Palao R, Casana-Jara K, Colque-Jaliri T. (2013). Estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima, Perú. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. vol.30 no.3 Lima jul.

Noriega, F. (2010). *La negligencia médica ante la doctrina y jurisprudencia nacionales*. Universidad de Chile. Disponible en:

http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/de-noriega_f/html/index-frames.html. Obtenido el 19 de setiembre del 2015.

Parra, D. (2014). *La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa*. Tesis Doctoral. Universidad Carlos III de Madrid España.

Paz, M.C.(2015). *Responsabilidad Penal del Medico por mala práctica profesional tipificada en el código orgánico integral penal*. Monografía previa a la obtención de abogada de los Tribunales de Justicia de la Republica de Ecuador y Licenciada en Ciencias Políticas y Sociales. Universidad de Cuenca, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales. Cuenca Ecuador.

Phua, D.H. y Tan, N.C . (2013). Cognitive aspect of diagnostic errors. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 42 (1), 33-41

Disponible en: <https://psynthesis.wordpress.com/2013/05/20/sesgos-cognitivos-y-errores-en-el-diagnostico-medico/>. Obtenido el 11/11/2015

Pineda, E.B. De Alvarado E.L, De Canales F.H. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. Segunda Edición. Washington D.C. E.U.A. Organización Panamericana de la Salud. p1-225

Pizarro, C. (2008). Responsabilidad profesional médica: Diagnóstico y Perspectivas. *Rev Med Chile*.136:539-543

Poggi, V.L. (1981). *Responsabilidad Médica*. Simposio realizado por la Fundación Alberto J Roemmers el 5 y 6 de octubre de 1981 en la Academia Nacional de Medicina. Págs: 71-81

Ramos, B.(2005). Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2005, vol.31, n.3 pp. 239-244

Riofrío, L.M. (2011). *Necesidad de tipificar la responsabilidad penal de los profesionales de la salud que realicen mala práctica médica*. Tesis para optar el grado de licenciado en jurisprudencia en la Universidad Nacional. Loja Ecuador.

Rodríguez H, Grille A, Mederos D. (1998). *Responsabilidad civil derivada del acto médico*. En: Sindicato de Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica. SMU. Montevideo-Uruguay.

Salazar, L. (2015). Correlación Clínico Patológica: El error médico como causa de mortalidad materna. *Revista Colombiana Salud Libre*. 10(1): 31-37

Sedano, D. (2000). La responsabilidad civil médica en el Perú. *Revista Jurídica del Perú*. Año LII, N° 36, Julio.

Soler, L. (2005). La culpa en el ámbito de la responsabilidad civil médica. Estado jurisprudencial y modalidades de manifestación. *Rev Calidad Asistencial*. 20(4):223-7

Sotomarin, R. (2009). *El daño moral en la responsabilidad civil. Análisis en el derecho Comparado y el derecho nacional*. Trabajo de Investigación. Universidad Particular San Martín de Porres. Lima-Perú.

Suarez B, Morales E, Blanco M, Suarez A, Rossell A. (2009). Errores médicos en la certeza diagnóstica. *Revista Ciencias.Com*. 13 de Mayo.

Taboada, L. (2001). *Elementos de la responsabilidad civil*. Grijley, Junio del 2001: 27

Tapia, T.C. (2005). *Responsabilidad Civil Médica de los Establecimientos de Salud*. Memoria para optar el Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Austral. Chile.

Tapia, M. (2003). Responsabilidad civil médica: riesgo terapéutico, perjuicio de nacer y otros problemas actuales. Facultad de Derecho. Universidad de Chile. *Revista de derecho*. 15(2): 75-111 disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-09502003000200004&script=sci_arttext. obtenido el 11/11/2015

Tapia, T. y Tapia, V. (2010). *La mala praxis médica, encuadre y consecuencias en el derecho penal y derecho civil*. Tesis presentada previa a la obtención del título de Abogado de los Tribunales y Juzgados de la República del Ecuador. Corrientes-Argentina.

The Pennsylvania Patient Safety Authority. (2010). Diagnostic error in acute care. *Pa Patient Saf Advis* . Sep;7[3]:76-86.

Trowbridge, Robert. (2008). Twelve tips for teaching avoidance of diagnostic errors. *Medical Teacher* . :496-500

Varsi, J. (1998). Aspectos conceptuales al daño de la persona en el acto médico y la responsabilidad civil. *Seminario Nacional Acto Médico*. Lima Perú. Págs: 135-146

Villatoro, A. (2011). Error Médico en Medicina de Urgencias. *En: Manual de Medicina de Emergencias*. Editorial El Manual Moderno SA. México. Págs: 139-146

Woolcott, O. (1995). El artículo 1762º del Código Civil. 1984: ¿Principio de responsabilidad o irresponsabilidad profesional?. *Rev. Aequitas*, Año 2, N° 2, CIDDE, Lima.

ANEXOS

PLAN MAESTRO
TITULO DEL PROYECTO: ERROR DE DIAGNÓSTICO Y
RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2015

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	REACTIVO	OPCION DE RESPUESTA
Error de diagnóstico	Factor humano	Establece errores atribuidos al factor humano	Fatiga por trabajo excesivo	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= indeciso (no desacuerdo, ni de acuerdo) 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
			Falta de entrenamiento	
			Pobre comunicación con compañeros y pacientes	
			Ausencia del sistema de control de calidad	
			Juicio medico inadecuado	
			Pobre o nula actualización medica	
	Factor Organizacional	Establece errores atribuidos al factor organización	Ausencia de áreas laborales adecuadas	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= indeciso (no desacuerdo, ni de acuerdo) 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
			Sobre cupo de pacientes en la sala de emergencias	
			Falta de listas de cotejo de procesos y monitoreo de ellos	
			Falta de recursos humanos y financieros para atención de pacientes	
			Falta de liderazgo e incentivos laborales	
			Mal manejo gerencial del servicio de urgencias	
	Factor técnico	Establece errores atribuidos con el factor técnico	Escasa o nula automatización de procesos técnicos	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= indeciso (no desacuerdo, ni de acuerdo) 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
			Falta de equipo tecnológico adecuado y de vanguardia	
			Falta de integración de equipo de trabajo	
Escasa información técnica al equipo de trabajo, directivos y familiares				
Responsabilidad civil	Imprudencia	Establece factores relacionados con la imprudencia	Realizar un acto médico con ligereza, sin adoptar las adecuadas precauciones	1= Nunca 2= rara vez 3= algunas veces 4= con frecuencia 5= siempre
			Enfrentar un riesgo o peligro sin necesidad.	
			Actuar precipitadamente, sin prever las consecuencias en las que podía incurrir el obrar en forma irreflexiva.	
			Hacer más de lo que se debe, como es sobremedicando o sobredosificando.	
	Negligencia	Establece factores relacionados con la negligencia	Realizar sus actividades con descuido y omisión.	1= Nunca 2= rara vez 3= algunas veces 4= con frecuencia 5= siempre
			Enfrentar un riesgo o peligro existiendo la obligación de hacerlo.	
			Hacer menos de lo que debe realizar al no tomar las debidas precauciones.	
			No medicar cuando es necesario.	
			No hospitalizar existiendo riesgos.	
			No solicitar estudios pertinentes.	
	Impericia	Establece factores relacionados con la impericia	Falta parcial o total de conocimientos básicos exigibles en el ejercicio del acto médico.	1= Nunca 2= rara vez 3= algunas veces 4= con frecuencia 5= siempre
			Falta parcial o total de conocimientos técnicos exigibles en el ejercicio del acto médico.	
			Realizar mal el acto médico.	
			No realizar debiendo hacer el acto médico.	

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Solicito tu colaboración desarrollando el siguiente **Cuestionario**, el cual busca conocer el "Error de diagnóstico y responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2015".

Los datos que brindes, serán totalmente anónimos y confidenciales, por lo que pido **SINCERIDAD** en tus respuestas. Edad: Sexo: M () F () Especialidad:

Instrucciones: Marca con una aspa (X) en los casilleros o recuadros que consideres pertinente como respuesta.

A	Variable independiente	Opción de respuesta				
	Error de diagnostico	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso (ni desacuerdo, ni acuerdo)	de acuerdo	Muy de acuerdo
1	¿Considero que la fatiga por trabajo excesivo es causa de error de diagnóstico?					
2	¿Identifico que la falta de entrenamiento ocasiona error en el diagnóstico?					
3	¿Considero que la pobre comunicación entre compañeros de trabajo y pacientes es un factor de error de diagnóstico?					
4	¿Es probable que la ausencia del sistema de control de calidad en la atención es una causa de error de diagnóstico?					
5	¿Creo que el juicio medico inadecuado es un factor de error en el diagnostico?					
6	¿Identifico que la pobre o nula actualización médica es causa de error médico?					
7	¿Es posible que la ausencia de áreas laborales adecuadas es una causa de error en el diagnóstico?					
8	¿Creo que el sobre cupo de pacientes en la sala de emergencias es una causa de error de diagnóstico?					
9	¿Creo que la falta de listas de cotejo de procesos y el monitoreo de ellos es una factor de error en el diagnóstico?					
10	¿Considero que la falta de recursos humanos y financieros para atención de pacientes es un factor de error de diagnóstico?					
11	¿Creo que la falta de liderazgo e incentivos laborales es una causa de error en el diagnóstico?					
12	¿Considero que el mal manejo gerencial del servicio de emergencia es una causa de error de diagnóstico?					
13	¿Creo que la escasa o nula automatización de procesos técnicos es una causa de error de diagnóstico?					
14	¿Creo que la falta de equipo tecnológico adecuado y de vanguardia es un factor de error de diagnóstico?					
15	¿Considero que la falta de integración técnico del equipo de trabajo es un factor de error?					

16	¿Considero que la escasa información técnica del equipo de trabajo, directivos y familiares es una causa de error de diagnóstico?					
B	Variable dependiente	Opción de respuesta				
	Responsabilidad civil medica	nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	siempre
17	¿Realiza un acto médico con ligereza, sin adoptar las adecuadas precauciones?.					
18	¿Enfrenta un riesgo o peligro sin necesidad?.					
19	¿El medico actúa precipitadamente, sin prever las consecuencias en las que podía desembocar el obrar en forma irreflexiva?.					
20	¿El medico hace más de lo que se debe, como es sobremedicando o sobredosificando?					
21	¿El medico realiza sus actividades con descuido y omisión?.					
22	¿El medico no enfrenta un riesgo o peligro existiendo la obligación de hacerlo?.					
23	¿El medico hace menos de lo que debe realizar al no tomar las debidas precauciones?.					
24	¿El medico no médica cuando es necesario?					
25	¿El medico no hospitaliza existiendo riesgos?					
26	¿El medico no solicita estudios pertinentes?					
27	¿Existe falta parcial o total de conocimientos básicos exigibles en el ejercicio del acto médico?.					
28	¿Existe falta parcial o total de conocimientos técnicos exigibles en el ejercicio del acto médico?.					
29	¿El acto médico se realiza mal ?.					
30	¿El acto médico no se realiza debiendo hacerlo?.					

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACION: ERROR DE DIAGNOSTICO Y RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2015

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. ANIBAL VALENTIN DIAZ LAZO

Yo.....,.....
con DNI:..... consiento voluntariamente participar en el estudio y doy permiso al investigador responsable de la Universidad de Huánuco, para que realice el estudio del “ERROR DE DIAGNOSTICO Y RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2015”. Y en pleno uso de mis facultades mentales declaro haber sido ampliamente informado y comprendo los siguientes puntos:

1. Que este tipo de estudio se ha efectuado en otros lugares con resultados favorables y que ahora se desea comprobar en este lugar.
2. Se me ha explicado el proyecto de investigación en los puntos más importantes y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.
3. Que esta investigación no ocasionara ningún tipo de molestias o riesgos durante mi participación.

Fecha:

Firma de participante
DNI:

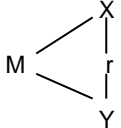
Firma de investigador
DNI:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: **ERROR DE DIAGNÓSTICO Y RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2015**

Autor : Aníbal Valentín Díaz Lazo

				Operacionalización				
	Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Diseño del Método	
G E N E R A L	¿Qué relación existe entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015?	Determinar la relación que existe entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.	Existe relación entre el error de diagnóstico y la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.	I N D E P E N D I E N T E	Error de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> Factor humano Factor Organizacional Factor técnico 	<ul style="list-style-type: none"> Establece errores atribuidos al factor humano 	Población = 132 médicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo Muestra = 61 médicos como mínimo determinado con formula, incluidos en forma aleatoria simple con criterios de inclusión y exclusión $n = \frac{Z\alpha^2 (p \times q)}{E^2}$ Tipo de investigación: Descriptivo-correlacional Método de investigación Observacional Enfoque: Cuantitativo DISEÑO: Observacional
							<ul style="list-style-type: none"> Establece errores atribuidos con la organización 	
E S P E	1. ¿Qué relación existe entre el factor humano y la imprudencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico	1 Determinar la relación que existe entre el factor humano y la	1. Existe relación entre el factor humano y la imprudencia de la	D E P		Impericia		

C Í F I C O 1	Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015?	imprudencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.	responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.	E N D I E N T E			<ul style="list-style-type: none"> • Establece factores relacionados con la imprudencia 	correlacional Diagramas:  Leyenda:
E S P E C Í F I C O 2	2. ¿Qué relación existe entre el factor organizacional y la negligencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015?	2 Determinar la relación que existe entre el factor organizacional y la negligencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.	2. Existe relación entre el factor organizacional y la negligencia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.	D E P E N D I E N T E	Responsabilidad civil	Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> • Establece factores relacionados con la negligencia 	M = muestra X = Variable independiente Y = variable dependiente r= relación 1. Técnicas e instrumentos de obtención de datos 1.1. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE DATOS Observación Entrevistas Encuesta 1.2. INSTRUMENTOS DE

E S P E C Í F I C O	3. ¿Qué relación existe entre el factor técnico y la impericia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015?	3. Determinar la relación que existe entre el factor técnico y la impericia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.	3. Existe relación entre el factor técnico y la impericia de la responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015.	D E P E N D I E N T E		impericia	Establece factores relacionados con la impericia	<p>OBTENCIÓN DE DATOS: Cuestionario</p> <p>2. Técnicas para el procesamiento de datos Manual y Electrónico Excel y SPSS</p> <p>3. Técnicas para análisis e interpretación de datos</p> <p>-Aplicación de estadística descriptiva e inferencial: prueba no paramétricas</p> <p>4. Técnica para la prueba de hipótesis. Prueba X^2, T student, Prueba de correlación de Spearman.</p> <p>5. Técnicas para el informe final. De acuerdo al esquema de la Escuela de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Huánuco</p>

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TÍTULO DE LA TESIS: ERROR DE DIAGNÓSTICO Y RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO
DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2015**

VARIABLE INDEPENDIENTE: ERROR DE DIAGNÓSTICO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS/PREGUNTAS	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES			
				Mu y en des acu erdo	En des acu erdo	ind ecis o	De acu erdo	Mu y de acu erdo	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y DIMENSION		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACIÓN ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA					
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
ERROR DE DIAGNÓSTICO	Factor humano	Fatiga por trabajo excesivo	¿Considera que la fatiga por trabajo excesivo es causa de impericia en la responsabilidad civil médica?																	
		Falta de entrenamiento	¿Identifico que la falta de entrenamiento ocasiona impericia en el diagnóstico médico?																	
		Pobre comunicación con compañeros y pacientes	¿Considera que la pobre comunicación entre compañeros y pacientes es un factor de impericia?																	
		Ausencia del sistema de control de calidad	¿Es probable que la ausencia del sistema de control de calidad en la atención es una causa de impericia?																	
		Juicio medico inadecuado	¿Creo que el juicio medico inadecuado es un factor de impericia?																	
		Pobre o nula actualización medica	¿Identifico que la pobre o nula actualización médica es causa de impericia?																	
	Factor Organizacional	Ausencia de áreas laborales adecuadas	¿Es posible que la ausencia de áreas laborales adecuadas es una causa de negligencia en la responsabilidad civil medica?																	
		Sobre cupo de pacientes en la sala de emergencias	¿Creo que el sobre cupo de pacientes en la sala de emergencias es una causa de negligencia ¿																	
		Falta de listas de cotejo de procesos y monitoreo de ellos	¿Creo que la falta de listas de cotejo de procesos y monitoreo de ellos es una factor de negligencia?																	

		Falta de recursos humanos y financieros para atención de pacientes	¿Considero que la falta de recursos humanos y financieros para atención de pacientes es un factor de negligencia?																
		Falta de liderazgo e incentivos laborales	¿Creo que la falta de liderazgo e incentivos laborales es una causa de negligencia?																
		Mal manejo gerencial del servicio de urgencias	¿Considero que el mal manejo gerencial del servicio de emergencia es una causa de negligencia?																
	Factor técnico		Escasa o nula automatización de procesos	¿Creo que la escasa o nula automatización de procesos es una causa de imprudencia?															
			Falta de equipo tecnológico adecuado y de vanguardia	¿Creo que la falta de equipo tecnológico adecuado y de vanguardia es un factor de imprudencia?															
			Falta de integración de equipo de trabajo	¿Considero que la falta de integración de equipo de trabajo es un factor de imprudencia?															
			Escasa información al equipo de trabajo, directivos y familiares	¿Considero que la escasa información al equipo de trabajo, directivos y familiares es una causa de imprudencia?															

FIRMA DEL EVALUADOR:

FECHA:

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Cuestionario de recolección de datos

OBJETIVO: Recoger información sobre “Error de diagnóstico en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015”.

DIRIGIDO A: Médicos que laboran en el hospital en el mes de noviembre del 2015.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Helsides Leandro Castillo Mendoza

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en Derecho, Doctor en Ciencias de la Educación

VALORACIÓN:

MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO

FIRMA DEL EVALUADOR

DNI:

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DE LA TESIS: ERROR DE DIAGNÓSTICO Y RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO

DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2015

VARIABLE DEPENDIENTE: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS/PREGUNTAS	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACION Y/O RECOMENDACIONES			
				nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	siempre	RELACION ENTRE LA VARIABLE Y DIMENSION		RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA					
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
Responsabilidad civil médica	Imprudencia	Realizar un acto médico con ligereza, sin adoptar las adecuadas precauciones	¿Realiza un acto médico con ligereza, sin adoptar las adecuadas precauciones?.																	
		Enfrentar un riesgo o peligro sin necesidad.	¿Enfrenta un riesgo o peligro sin necesidad?.																	
		Actuar precipitadamente, sin prever las consecuencias en las que podía incurrir el obrar en forma irreflexiva.	¿El medico actúa precipitadamente, sin prever las consecuencias en las que podía desembocar el obrar en forma irreflexiva?.																	
		Hacer más de lo que se debe, como es sobremedicando o sobredosificando.	¿El medico hace más de lo que se debe, como es sobremedicando o sobredosificando?.																	
	Negligencia	Realizar sus actividades con descuido y omisión.	¿El medico realiza sus actividades con descuido y omisión?.																	
		Enfrentar un riesgo o peligro existiendo la obligación de hacerlo.	¿El medico no enfrenta un riesgo o peligro existiendo la obligación de hacerlo?.																	
		Hacer menos de lo que debe realizar al no tomar las debidas precauciones.	¿El medico hace menos de lo que debe realizar al no tomar las debidas precauciones?.																	
		No medicar cuando es necesario.	¿El medico no medica cuando es necesario?.																	
		No hospitalizar existiendo riesgos.	¿El medico no hospitaliza existiendo riesgos?.																	

		No solicitar estudios pertinentes.	¿El medico no solicita estudios pertinentes?																	
	Impericia	Falta parcial o total de conocimientos básicos exigibles en el ejercicio del acto médico.	¿Existe falta parcial o total de conocimientos básicos exigibles en el ejercicio del acto médico?.																	
		Falta parcial o total de conocimientos técnicos exigibles en el ejercicio del acto médico.	¿Existe falta parcial o total de conocimientos técnicos exigibles en el ejercicio del acto médico?.																	
		Realizar mal el acto médico.	¿El acto médico se realiza mal ?.																	
		No realizar debiendo hacer el acto médico.	¿El acto médico no se realiza debiendo hacerlo?.																	

FIRMA DEL EVALUADOR:

FECHA:

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Cuestionario de recolección de datos

OBJETIVO: Recoger información sobre “Responsabilidad civil médica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015”.

DIRIGIDO A: Médicos que laboran en el hospital en el mes de noviembre del 2015.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Helsides Leandro Castillo Mendoza

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en Derecho, Doctor en Ciencias de la Educación

VALORACIÓN:

MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO

FIRMA DEL EVALUADOR

DNI: